

Sesión de comunicaciones orales A1: Malaria

Auditorium, Facultad de Farmacia
Domingo 18 de Julio: 11.30-14.00

1.- Vigilancia molecular de la resistencia a fármacos antipalúdicos de cepas importadas de *Plasmodium falciparum*

J. Gascón¹, N. Mühlberger², G. Peyerl³, I. Oliveira¹, A. Mayor¹, C. Dobaño¹, T. Jelínek², M. Corachán¹

¹Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España. ²Institut of Tropical Medicine, Berlín, Germany. ³Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, University of Munich, Germany

La aparición de resistencias por parte de cepas de *Plasmodium falciparum* a fármacos antipalúdicos es uno de los grandes problemas con los que nos enfrentamos en la actualidad. Las resistencias a la cloroquina y a la combinación sulfadoxina/pirimetamina supone un serio problema de salud pública en las zonas endémicas. La emergencia de estas resistencias ha supuesto también un reto para la política de profilaxis antipalúdica. Numerosos estudios correlacionan mutaciones genéticas selectivas con la aparición de resistencias fenotípicas en cepas de *P. falciparum* a fármacos antipalúdicos. Se presentan los resultados de las cepas aisladas de 53 pacientes, diagnosticados de paludismo por *P. falciparum* entre Nov-2000 y Marzo-2003 en el Hospital Clínic de Barcelona. El estudio se efectuó en el contexto de la red europea de vigilancia epidemiológica de enfermedades importadas (TropNetEurop). De cada paciente, se usaron 10 microl de sangre total en papel Whatman 3 MM para la extracción de ADN del parásito. Se analizaron las mutaciones relacionadas con la resistencia a Cloroquina: Pfcr76, Pfmdr1 86; con la de antifolatos del grupo I: DHFR 108, DHFR 51, DHFR 59 y las relacionadas con antifolatos del grupo II

DHPS 436, DHPS 437, DHPS 540 y DHPS 581 mediante amplificación por PCR y digestión por enzimas de restricción (RFLP). La mayoría de personas (n=50) habían hecho un viaje a África Subsahariana. El 63% de las cepas aisladas presentaban mutaciones en Pfcr76 y el 54% en Pfmdr1 86. En el grupo I de antifolatos, los resultados fueron: DHFR 51, DHFR 108 y DHFR 59 (33,3%, 44,2% y 48,8% respectivamente). Para el grupo II de antifolatos la presencia de mutaciones fue: DHPS 436, 35,4%; DHPS 437, 34,8%; DHPS 540, 8,5%; y DHPS 581, 0%. Se discute la distribución geográfica de los resultados y la interpretación fenotípica de los mismos. La monitorización de la resistencia en cepas de *P. falciparum* importadas en un contexto amplio como TropNetEurop, aunque poco útil para el tratamiento de los pacientes afectados, permite obtener una información importante de la dinámica que ocurre en las zonas endémicas, que en algunas ocasiones puede ser crucial para tomar decisiones en cuanto al uso terapéutico y profiláctico de los fármacos antipalúdicos.

Trabajo de la Red TropNetEurop.

2.- Estudio de las mutaciones puntuales en los genes DHFR, DHPS responsables de las resistencias de malaria a la sulfadoxina / pirimetamina en muestras recolectadas en Bata (Guinea Ecuatorial) durante el año 2002

P.J. Berzosa¹, A. Guerra-Neira², A. de Lucio¹, E. Moyano¹, Z.G. Chen¹, A. Benito³

¹Laboratorio de Referencia de Malaria, Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Crta. de Pozuelo a Majadahonda km 2, 28220 Madrid, España. ²Centro de Referencia para el Control de Endemias de Guinea Ecuatorial, Guinea Ecuatorial. ³Servicio de Medicina Tropical, Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Sinesio Delgado 4-12 Pabellón 13, 28029 Madrid, España

Durante el año 2002 se realizó un estudio "in vivo" para evaluar la efectividad de la combinación sulfadoxina / pirimetamina (Fansidar) en Bata (Guinea Ecuatorial). Se recolectaron 88 muestras (7 se corresponden con Fallos Terapéuticos Precoces (FTP), 16 a Fallos Terapéuticos Tardíos (FTT) y 65 a Respuestas Clínicas Adecuadas (RCA)). A partir de las muestras de sangre en papel Whatman se realizó una extracción de ADN mediante Phenol/Cloroformo y se procedió al análisis de las mutaciones en los genes DHFR y DHPS mediante PCR-RFLP. La Tabla muestra el resultado del estudio de las mutaciones en los genes de DHFR y DHPS (aminoácidos mutados indicados con asterisco).

En esta Tabla se puede observar que los fallos terapéuticos (FTP y FTT) tienen un alto porcentaje de mutación en las posiciones 108 (100%) y 59 (86% FTP y 94% FTT), que son dos de los tres codones que se indican como responsables de la resistencia (108 / 59 / 51), pero se puede observar que las muestras de RCA también presentan mutaciones en las posiciones 108 (74%), 51 (84%) y 16 (5%). En cuanto a los resultados del estudio de DHPS, todas las muestras presentan mutaciones en las posiciones 437 / 436 / 581. Con los resultados obtenidos no podemos decir que "mutación" es igual a "fallo terapéutico" (Causa / efecto), deben existir otros factores intrínsecos en la persona que pueden favorecer la eliminación del parásito aunque estén presentes las mutaciones, como puede ser la inmunidad adquirida. En el estudio "in vivo" hemos obtenido una tasa de resistencia del 26%, a nivel molecular teniendo en cuenta las mutaciones deberíamos haber tenido una tasa de resistencia mucho mayor de la observada.

Trabajo financiado por el proyecto SAF 2003-08720 (MCYT), proyecto MPY-1118/03 del programa intramural de Instituto de Salud Carlos III y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

	DHFR					DHPS				
	108 S/N*	51 N/I*	164 I/L*	16 A/V*	59 C/R*	437 A/G*	436 S/A* o F*	540 K/E*	581 A/G*	613 A/T* o S*
ETF	100%N*	100%N	100%I	100%A	9% C 86% R*	57%A 43% G*	57% S 43% A*	100% K	100% G*	100% Ala
LTF	100%N*	100%N	100%I	100%A	6% C 94% R*	44%A 56% G*	37% S 63% A*	100% K	100% G*	100% Ala
ACR	2% S 74% N*	84% I*	100% I	79% A 5% V*	84% C	21% A 58% G*	47% S 31% A*	100% K	100% G*	74% Ala

3.- Parasitemia en sangre periférica, de cordón y de placenta en el contexto de un estudio de intervención con redes mosquiteras y tratamiento intermitente contra la malaria en mujeres embarazadas de Manhica, Mozambique

C. Romagosa^{1,2}, C. Menéndez^{1,2}, A. Bardají^{1,2}, I. Mandomando^{2,3}, J. Ordi⁴, C. Fonseca^{2,3}, M. Espasa^{1,2}, P.L. Alonso^{1,2}

¹Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España. ²Centro de Investigaçao em Saude de Manhica, Manhica (CISM), Mozambique. ³Instituto Nacional de Saude, Ministerio de Saude de Mozambique, Mozambique. ⁴Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

La infección por *Plasmodium falciparum* durante la gestación tiene graves consecuencias tanto en la madre como en el feto, provocando anemia materna, bajo peso en el recién nacido y prematuridad. En el caso de las mujeres embarazadas los parásitos se acumulan selectivamente en la placenta, por lo que el análisis de la parasitemia placentaria es un método más sensible para diagnosticar la malaria durante el embarazo que la detección de la parasitemia en sangre periférica. Para valorar la presencia de infección placentaria la técnica más utilizada es la observación en el microscopio óptico de gotas gruesas y extensiones finas preparadas a partir de sangre extraída de diferentes zonas de la placenta. La realización de improntas de tejido placentario constituye una variante del método convencional poco utilizada hasta el momento. El objetivo del presente estudio es comparar en el momento del parto las parasitemias en la sangre periférica materna y en la sangre del cordón umbilical detectadas mediante gota gruesa y extensión fina, y las parasitemias placentarias detectadas mediante improntas de placenta. En el Centro de

Investigaçao em Saude de Manhica, se está llevando a cabo un estudio de intervención randomizado a doble ciego en el que se evalúa la eficacia del tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina en combinación con el uso de redes mosquiteras impregnadas con insecticida para el control de la malaria durante el embarazo. En el momento del parto se recoge sangre materna periférica, sangre de cordón, sangre placentaria y tejido placentario para evaluar la presencia de infección por *P. falciparum* y el hematocrito. Las parasitemias se evalúan mediante microscopía óptica en tinciones de Giemsa (gota gruesa, extensión fina, impronta), preparaciones histológicas de tejido parafinado y métodos de biología molecular (PCR, RT-PCR). Se presentarán resultados de la comparación de las parasitemias en sangre periférica, de cordón e improntas placentarias analizadas por microscopía en las 270 mujeres reclutadas que han dado a luz hasta el momento.

Estudio de intervención subvencionado por la Fundación BBVA.

4.- Malaria y embarazo: screening de malaria en embarazadas a través del sistema de detección pasiva de casos de los Servicios de Salud Materno Infantil del Centro de Saude de Manhica, Mozambique

A. Bardají^{1,2,3}, C. Menéndez^{1,2}, X. Gómez Olivé¹, B. Sigauque^{1,3}, C. Romagosa^{1,2}, S. Amós³, P.L. Alonso^{1,2}

¹Centro de Investigaçao em Saude de Manhica (CISM), Mozambique. ²Centro de Salud Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ³Centro de Saude de Manhica, Ministerio de Saude de Mozambique MISAU, Mozambique

La malaria en el embarazo supone un importante problema de salud pública, principalmente en países del África Subsahariana. La anemia materna, el bajo peso en el recién nacido y la prematuridad son las principales consecuencias de la infección por *Plasmodium falciparum* en la mujer embarazada. En este trabajo presentamos los resultados del screening de malaria en las gestantes atendidas en los Servicios de Salud Materno Infantil del Centro de Saude de Manhica, desde Agosto del 2003 hasta la actualidad. Para ello se ha implementado un sistema de detección pasiva de casos consistente en la recogida sistemática de datos en todas las gestantes que acuden a las consultas prenatales y la maternidad refiriendo síntomas o signos de enfermedad, haciendo especial hincapié en aquellos sugestivos de malaria (fiebre, historia de fiebre, palidez, artromialgias, cefaleas o convulsiones). En aquellas mujeres que presentan uno o más de estos síntomas y signos se recogen dos láminas para cuantificación de parasitemia periférica por microscopía, un microcapilar para obtención de hematocrito y una muestra de sangre en papel de filtro para detección de infección malárica por técnicas de biología molecular (PCR). En todos los casos las muje-

res son examinadas por una técnico de Salud Materno Infantil o un médico del Centro de Salud, recibiendo el tratamiento correspondiente y siendo ingresadas en la maternidad en caso de cumplir criterios de malaria complicada. Durante este periodo de tiempo han sido atendidas un total de 1147 mujeres, de las cuales 296 (25,8%) cumplen criterios de malaria (síntomas o signos sugestivos de malaria con parasitemia de cualquier densidad), y 517 (45%) de anemia. El grupo de embarazadas con malaria complicada supone 118 (10,2%), y el subgrupo con anemia grave 18 (1,5%). Los síntomas clínicos predominantes en los episodios de malaria fueron cefalea y artromialgias. Este tipo de estudios proporcionan una información muy valiosa de cara a optimizar el manejo clínico y permiten obtener información epidemiológica de base para evaluar la eficacia de medidas de control de la malaria durante el embarazo que actualmente se están ensayando en el CISM.

El sistema de DPC es un sistema implementado por el CISM en el Centro de Saude de Manhica, subvencionado por la Fundación BBVA y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

5.- Estimación de la carga económica para las familias de los episodios de malaria, anemia y neumonía severa en niños menores de 5 años en Mozambique rural

M. Trapero Bertran, C. Menéndez, A. Roca, P. Alonso, X. Mas Canal

Centro de Salud Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Cada vez esta más aceptada la opinión de que la malaria, anemia y neumonía severa representan una carga económica considerable para los países de baja renta. El empleo de medidas efectivas del control de esta enfermedad es, por tanto, prioritario, tanto desde la perspectiva sanitaria como desde la económica. En un contexto global de escasez de recursos, es necesario que las decisiones de salud pública estén basadas en el conocimiento de sus implicaciones económicas. Los responsables de la salud pública en los países endémicos de malaria, anemia y neumonía severa necesitan información precisa para ayudarles en la toma de decisiones acerca de las intervenciones más costo-efectivas para controlar la enfermedad. Los costes directos e indirectos de las familias de los niños como consecuencia de la enfermedad es un elemento decisivo en el análisis de coste efectividad y, por lo tanto, en las decisiones basadas en este tipo de análisis. Un análisis sistemático de la literatura, pone de manifiesto que no existe consenso en el método de cálculo de dichos costes. Por ello, es prioritario un análisis detallado que ponga de manifiesto en que medida el método

de cálculo condiciona el resultado. En el presente trabajo, los datos a analizar están recogidos mediante un cuestionario que se realiza en el área rural de Mozambique, Centro de Saúde de Manhiça y se estima el coste del tiempo perdido. En la literatura dicho coste se estima a través de la valoración del tiempo en términos de productividad, de salario y de pérdida de ingresos. El objetivo del presente estudio es realizar los cálculos a través de todos los métodos empleados en la literatura para hacer un análisis de sensibilidad. Por otro lado, un segundo objetivo es el estudio de la relación entre costes directos e indirectos (costes directos, que son los que implican un gasto directo para la familia, e indirectos, los que están basados en la pérdida actual de ingresos atribuible a la pérdida de tiempo) de las familias de los niños que sufren un episodio de enfermedad.

Trabajo subvencionado por la Fundación Bill and Melinda Gates (BMGF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa para la tecnología apropiada en Salud (PATH).

6.- Paludismo importado en la provincia de Alicante en los años 1995-2003

D. Torrús¹, J.M. Ramos², J. Portilla¹, F. Gutiérrez², J.M. Cuadrado³, J. Ena⁴, M.V. Rigo-Medrano⁵, F.J. Borney-Llinares⁶

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital de Alicante, Alicante, España. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital de Elche, Elche, España.

³Servicio de Medicina Interna, Hospital de San Juan, Alicante, España. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital de Villajoyosa, Alicante, España.

⁵Centro de Salud Pública, Alicante, España. ⁶División de Parasitología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

El objetivo de este trabajo es describir el patrón epidemiológico y clínico del paludismo importado en la provincia de Alicante y conocer su tendencia temporal. Para ello se efectuó una búsqueda retrospectiva de los casos de paludismo a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (EDO) y de los Servicios de Admisión y Documentación de los hospitales públicos de la provincia entre el 1-1-1995 y el 31-12-2003, incluyendo la revisión de las historias clínicas con un protocolo de recogida de datos. Se diagnosticaron 79 casos de paludismo, 67 (85%) desde 1999. Edad (media \pm DS): 34,2 \pm 16,4 años; 10 casos pediátricos (12,8%). Sexo: hombres 54,4%; mujeres 45,6%. Inmigrantes: 38 (48,1%), viajeros: 41 (51,9%). El 83,5% procedían de África, sobre todo de Guinea Ecuatorial (37 casos). El 60,3% (47 casos) tenían antecedentes de paludismo. Hicieron quimioprofilaxis 16/41 (39%) viajeros, pero sólo 5 (12,2%) de forma adecuada. *Plasmodium falciparum* 62,2% (46 casos). En 8 casos no se identificó la especie; 2

casos de infección mixta *falciparum-vivax*. En 10 pacientes la gota gruesa fue negativa y el diagnóstico se realizó por PCR en 5, por serología en 3, y dx clínico-epidemiológico en 2. Síntomas más frecuentes: Fiebre (97,5%), escalofríos (65,8%); cefalea (53,2%), sudoración (40,5%) y artromialgias (36,5%). Esplenomegalia en 17 casos (21,5%). No se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre viajeros e inmigrantes en los síntomas/signos y en los parámetros biológicos analizados. Diez y siete pacientes (21,5%) presentaron alguna complicación. Evolución: curación 75 casos (96,2%), muertes 3 (3,8%), secuelas neurológicas 1 (1,3%). Las conclusiones alcanzadas fueron: 1) claro aumento del número de casos de paludismo desde 1999 como consecuencia del gran incremento de la inmigración y de los viajes intercontinentales; 2) debe remarcar la importancia de un correcto cumplimiento de la profilaxis antipalúdica en los viajeros; 3) el cuadro clínico y la evolución es similar en viajeros e inmigrantes.

7.- Malaria pediátrica en Álava, País Vasco

E. Lapuente Troncoso¹, I. Gutiérrez Garitano¹, E. Cantera Garde¹, J.A. Sancho Esteras¹, M. Valencia Basaldúa², M. Zabalza Azparren²

¹C.S. Sansomendi, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, C/ Paula Montal s/n, 01010 Vitoria-Gasteiz, España. ²Instituto Balear de la Salud, Palma de Mallorca, Baleares, España

La Malaria es una enfermedad tropical cuya incidencia en Europa Occidental ha aumentado notablemente en los últimos años. Entre la población pediátrica los casos se deben a la inmigración y en menor medida a los viajes y adopciones internacionales. Ante la escasez de datos sobre enfermedades importadas en pediatría, se ha procedido a elaborar un estudio descriptivo retrospectivo que analiza los casos diagnosticados de malaria en población menor de 14 años entre los años 1989 y 2004 en los hospitales de referencia de Txagorritxu y Santiago Apóstol, en la ciudad de Vitoria-Gasteiz. Han sido diagnosticados 17 casos, de los cuales 11 eran varones y 6 mujeres. Había 12 niños inmigrantes y 5 viajeros hijos de inmigrantes. De ellos 3 tomaron quimioprofilaxis y sólo 1 adecuadamente. Del total de casos, 14 (82%) procedían de Guinea Ecuatorial, 1 (5%) de Benin, 1 (5%) de

Congo y 1 (5%) de India. Acudieron por fiebre 13 niños, mientras que 4 de ellos estaban afebriles, de los cuales 2 habían tomado fármacos antimaláricos y 2 eran semiinmunes. Se apreció esplenomegalia en 7 niños y 10 padecían anemia. *Plasmodium falciparum* fue aislado en 13 enfermos (76,4%), *P. vivax* en 1 (5,8%), *P. spp.* en 1 (5,8%) y en 2 pacientes (11,6%) no se aisló el parásito; de ellos, uno había comenzado el tratamiento y otro fue derivado a otro hospital. Se detectaron complicaciones en 3 casos. Cabe destacar que más del 94% procedían de África subsahariana. Se aconseja realizar screening en niños inmigrantes subsaharianos, y estudio de los pacientes que presenten fiebre procedentes de otras zonas. Es vital instaurar un tratamiento precozmente así como insistir en el colectivo de inmigrantes viajeros con medidas de consejo y prevención.

8.- Malaria importada en el País Vasco: ¿dónde nos encontramos?

I. Gutiérrez Garitano¹, E. Cantera Garde¹, E. Lapuente Troncoso², K. Latorre García³, J.A. Sancho Esteras¹, M. Valencia Basaldúa², M. Zabalza Azparren²

¹Centro de Salud Sansomendi, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, C/ Paula Montal s/n, 01010 Vitoria-Gasteiz, España. ²Instituto Balear de la Salud, Palma de Mallorca, Baleares, España. ³Unidad de Investigación Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

La incidencia de la malaria está aumentando en Europa occidental debido a los movimientos migratorios así como a los viajes a zonas endémicas. Este trabajo pretende describir las características epidemiológicas de la malaria en Vitoria-Gasteiz, una ciudad de 215.000 habitantes en el País Vasco, España. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de casos importados de malaria diagnosticados en los hospitales docentes Txagorritxu y Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz entre 1986 y 2003. Fueron diagnosticados 74 pacientes: 19 (25,67%) eran inmigrantes, 21 (28,37%) eran "inmigrantes viajeros" que visitaron a sus familias y 34 (45,94%) eran locales. Del total, 39,1% eran mujeres y 60,9% hombres. La enfermedad fue adquirida en países subsaharianos por 65 (87,8%) pacientes, siendo Guinea Ecuatorial el país más visitado, con 37 pacientes (49,3%). Siete casos (5%) procedían de América y 2 (2,7%) de la India. Se aisló

Plasmodium falciparum en el 73,5% de los casos, seguido de *P. spp.* (16,17%), *P. vivax* (7,35%) y *P. malariae* (2,94%). Se encontró una doble parasitación por *P. falciparum* y *P. spp.* Tres (4%) pacientes inmigrantes estaban asintomáticos. Se presentaron complicaciones en el 13,5% de los casos. No se registraron defunciones. Dentro del grupo de viajeros locales el 62% no tomó ningún fármaco a modo de profilaxis y solamente el 14% realizó la profilaxis correctamente; además, entre los inmigrantes viajeros el 61,9% no realizó profilaxis alguna y sólo el 4,7% completó la pauta correcta. El 70% de los casos tuvieron lugar entre los años 1996 y 2003. La malaria se presenta como una enfermedad reemergente en Europa occidental, incluso en áreas de baja tasa de inmigración. El principal grupo de riesgo lo constituyen los viajeros a países subsaharianos. El cumplimiento de la quimioprofilaxis es muy baja, especialmente entre los inmigrantes viajeros.

9.- Estudio descriptivo de los casos de paludismo diagnosticados en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Caterina, Girona

M. Mallart Raventos¹, P. Solanas Saura², A. Deulofeu Carreras¹, J. Vilaplana Birba¹, F. Bastida Fenoy¹, Arenas¹

¹Hospital Santa Caterina, Girona, España. ²Unidad Docente, MFIC, Girona, España

El objetivo de este trabajo es conocer las características de los casos de paludismo atendidos en un hospital comarcal del 1996 al 2002 en una zona con abundante población inmigrante. La metodología incluye estudio descriptivo y revisión de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de paludismo. Las variables analizadas fueron año del diagnóstico, edad, sexo, nacionalidad, lugar donde reside el diagnóstico, país tropical visitado, tiempo de estancia, motivo del viaje, profilaxis antipalúdica, tipo de parásito, sintomatología en urgencias, datos de laboratorio de urgencias, complicaciones e ingreso. Se contaron 37 casos: 1 en 1996, 7 en 1999, 10 en 2000, 7 en 2001, 3 en 2002 y 9 en 2003. 26 fueron varones (70,3%) y 11 mujeres (29,7%). País de origen: 12 españoles (5 de padres inmigrantes), 19 africanos, 4 latinoamericanos y 2 desconocido. Todos residían en España al diagnóstico. De los 25 no españoles, 9 casos acababan de llegar a España (menos de dos meses de residencia aquí: 5 procedentes de África y 4 de Latinoamérica), y 16 residían en España desde hacía entre 6 meses y 19 años. Los 12 españoles habían visitado todos África. Duración del viaje: 15 días en un caso, un mes en 6 casos, 60 días en un caso, 180 en un caso, y más de 6

meses en 3 casos; el motivo fue familiar en 8 casos, cooperación internacional en un caso y no se sabe en tres casos. De 37 casos realizaron profilaxis 10 (27%: 2 con mefloquina, 1 con proguanil, 1 otros fármacos y 6 no recordaban). De ellos, en dos casos abandono de la profilaxis, en 4 profilaxis correcta y 4 no recordaban. Los parásitos diagnosticados fueron: 31 casos *P. falciparum* (83,8%), 6 casos *P. vivax* (16,2%). Clínica: 83,8% fiebre, 10,8% cefalea, 8,1% asintomáticos, 21,6% diarrea, 24,3% vómitos. 18,9% hepatomegalia y 33% esplenomegalia. Hemoglobina < 12gr/dl: 43,2%, 77,1% <150.000 plaquetas/dl y en seis < 50.000plq/dl. Dos trasladados al hospital de referencia por complicación. Un caso no ingresó. Las conclusiones extraídas fueron: 1) ante cualquier fiebre en un paciente procedente del trópico debe descartarse un paludismo en un servicio de urgencias; 2) los pacientes inmigrantes residentes en España pueden padecer un paludismo por haber viajado a su país de origen, así como sus hijos ya nacidos en España. Es preciso inquirir sobre viajes recientes, aunque el paciente afirme largo tiempo de estancia aquí.; 3) la profilaxis es escasa: el consejo al viajero parece ser poco intenso o poco efectivo.

10.- Esplenomegalia Malárica Hiperreactiva (EMH) e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): 6 casos

S. Puente¹, T. García-Benayas¹, V. Soriano¹, A. Benito², E. de la Vega¹, M. Rodríguez², R. de Julián¹, J.M. González-Lahoz¹

¹Hospital Carlos III, Madrid, España. ²Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

El objetivo de este trabajo es describir las manifestaciones clínicas y analíticas de 6 pacientes, diagnosticados en nuestro Centro, con EMH e infección VIH. El diagnóstico de EMH se basó en los criterios establecidos por Fakunle (1981): gran esplenomegalia, elevado título de anticuerpos antimalaria, elevación de la IgM sérica de al menos la media local + 2 desviaciones estándar y respuesta clínica e inmunológica a antipalúdicos. El diagnóstico de la infección VIH se hizo porque los anticuerpos anti-VIH fueron positivos. Seis paciente, 4 hombres y 2 mujeres, todos naturales de Guinea Ecuatorial. Edad 38 años (33-56). Esplenomegalia de 10 cm en 4 y de 12 cm en 2 pacientes. IgM sérica (policlonal): variaron entre 5,1; 6,4; 7,1; 8,5; 8,7 y 16,8 g/l. IFI a malaria: 2.560 en 1 paciente, 5.120 en 2 y 10.240 en 3 pacientes. Todos los pacientes eran VIH positivos. Microscopía (gota gruesa y extensión sanguínea) y/o seminested multiplex PCR: *Plasmodium malariae* en 1 paciente y *Plasmodium*

falciparum en 2. Todos los pacientes recibieron tratamiento con sulfato de quinina (dosis total: 13.6 gr.) seguido de cloroquina base a dosis de 300 mg/ semana. En todos los pacientes la respuesta fue buena. No se encontró otra causa de esplenomegalia y su remisión es un criterio necesario para el diagnóstico de EMH, así como la normalización de la IgM sérica. Nuestros pacientes reunían ambos criterios. En la EMH la parasitemia por *Plasmodium sp*, característicamente, o es muy baja o negativa, como ocurría en nuestros pacientes. La EMH debe ser investigada en todo paciente procedente de zona endémica de paludismo si presenta esplenomegalia = a 10 cm, con o sin infección VIH. A pesar de que ambos procesos, EMH e infección VIH, son endémicos en África subsahariana, solamente hay un caso descrito en la literatura médica con la coexistencia de ambos procesos, por lo que creemos que su diagnóstico está infravalorado y en realidad debe ser mucho más frecuente de lo descrito.