



CARTA AL EDITOR

Convulsión febril típica en paciente inmigrante



Typical febrile seizures in an immigrant patient

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una niña de 4 años y 7 meses, de raza negra, nacida en Guinea Ecuatorial (Isla de Bioko), que es traída a urgencias por los servicios de urgencias tras presentar, mientras se encontraba en el aeropuerto, un episodio de convulsión tónico clónica generalizada de 40 s de duración, coincidente con pico febril (39,2 °C). La crisis cedió tras la administración de una dosis de diazepam rectal (5 mg). No refería síntomas respiratorios ni digestivos.

A su llegada a urgencias, la paciente se encontraba poscrítica, con tendencia al sueño y Glasgow 14/15. Taquicardia y taquipnea de 155 lpm y 44 rpm, presiones normales, temperatura axilar 38,5 °C y glucemia capilar 96 mg/dl. En el examen físico se objetivó una hepatomegalia de 4-5 cm, acompañada de polo de bazo. El resto de la exploración fue normal.

La analítica inicial mostró signos de coagulopatía leve (actividad de protrombina de 62%, tiempo de protrombina 15,8 s), acompañada de elevación del dímero D (3.907 ng/ml) e hipertransaminasemia (aspartato aminotransferasa 110 U/l, alanina aminotransferasa 264 U/l, GGT 170 U/l). No presentó anemia (hemoglobina 11,7 g/dl). Los valores de proteína C reactiva y procalcitonina fueron de 31 mg/l y 5,66 ng/ml, respectivamente. La radiografía de tórax y la gasometría fueron normales.

Dada la procedencia de la paciente, se realizó estudio de paludismo, siendo el test rápido Binax Now® Malaria positivo para *Plasmodium Falciparum* (*P. falciparum*) y antígeno panmalárico. En la gota gruesa se objetivaron trofozoítos de *P. falciparum*, con una parasitemia del 6%. La paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de sospecha de malaria grave, iniciando tratamiento por vía intravenosa con artesonato, clindamicina y cefotaxima. Se completó el estudio con resonancia magnética cerebral, punción lumbar y fondo de ojo, que fueron normales.

La paciente presentó una evolución favorable, mejorando el nivel de consciencia a las 10 h. Se completó el

tratamiento oral con artemeter y lumefantrina. La parasitemia se negativizó a las 36 h del tratamiento.

La convulsión febril (CF) es el trastorno convulsivo más frecuente de la infancia y uno de los motivos de consulta en urgencias más habituales. Nuestra paciente mostraba un rango de edad (límites aceptados en la aparición de CF: entre 6 meses y 5-6 años), semiología y duración de la crisis inicialmente compatibles con una forma típica o simple. En nuestro caso, el origen del proceso febril fue una parasitemia grave por *P. falciparum* (parasitemia superior al 5%¹).

El deterioro del nivel de consciencia es la manifestación clínica más frecuente de la malaria cerebral (MC) tanto en niños como en adultos^{2,3}; sin embargo, las convulsiones, especialmente las de tipo tónico-clónico generalizadas, pueden ser una manifestación frecuente en la población pediátrica⁴. A diferencia de la CF típica, la mayoría de las convulsiones asociadas a MC suelen ser prolongadas o recidivantes⁵, pudiendo evolucionar hacia estatus epiléptico⁶, con riesgo de deterioro neurológico, desarrollo posterior de epilepsia⁷ e incluso atrofia cerebral. Hasta un 50% puede aparecer en ausencia de fiebre⁸.

La favorable evolución de nuestra paciente (ausencia de recidivas y completa recuperación neurológica), junto con la normalidad de las pruebas de neuroimagen y la ausencia de signos de retinopatía malárica en el fondo de ojo, hacen improbable el diagnóstico de MC. A pesar de ello, se debe considerar la MC dentro del diagnóstico diferencial de todo episodio convulsivo, especialmente los no febriles, en un paciente procedente de una zona endémica, sobre todo si tenemos en cuenta la posible evolución fatal de estos casos (tasa de mortalidad del 15-20% en los casos no tratados⁹).

El tratamiento de las formas graves de malaria incluye 2 clases principales de fármacos: los alcaloides de la quina (quinina y quinidina) y los derivados de la artemisina (artesonato, artemeter y artemotil). Los datos disponibles comparando ambos tratamientos indican que el tratamiento con artesonato por vía intravenosa es preferible para niños y adultos con malaria grave por *P. falciparum*, ya que aclara la parasitemia de forma más rápida, es activo frente a un ciclo de vida más amplio del parásito en sangre y también frente al gametocito, presenta disminución de la mortalidad y de la frecuencia de hipoglucemia¹⁰. Existen resistencias emergentes a las artemisininas, la combinación con otros agentes podría proteger el desarrollo de estas, motivo por el que se añadió clindamicina en nuestro caso.

El manejo del paciente inmigrante en urgencias no debe diferir en líneas generales del habitual; sin embargo, los procesos febriles, y especialmente si van acompañados de sintomatología neurológica, exigen una evaluación sistemática y completa dado el amplio diagnóstico diferencial que pueden presentar estos pacientes.

Bibliografía

1. Taylor TE. Treatment of severe falciparum malaria. En: Daily J, editor. UpToDate. UpToDate, Baron, EL, 2013 [consultado Jun 2013]. Disponible en: www.uptodate.com
2. Postels DG, Birbeck GL. Cerebral malaria. *Handb Clin Neurol*. 2013;114:91–102.
3. Dondorp A, Nosten F, Stepniewska K, Day N, White N. Artesunate versus quinine for treatment of severe falciparum malaria: A randomized trial. *Lancet*. 2005;366:717–25.
4. Dondorp AM, Fanello CI, Hendriksen IC, Gomes E, Seni A, Chhaganlal KD. Artesunate versus quinine in the treatment of severe falciparum malaria in African children (AQUAMAT): An open-label, randomised trial. *Lancet*. 2010;376:1647–57.
5. Idro R, Jenkins NE, Newton CR. Review Pathogenesis, clinical features, and neurological outcome of cerebral malaria. *Lancet Neurol*. 2005;4:827–40.
6. Sadarangani M, Seaton C, Scott JA, Ogutu B, Edwards T, Prins A, et al. Incidence and outcome of convulsive status epilepticus in Kenyan children: A cohort study. *Lancet Neurol*. 2008;7:145–50.
7. Carter JA, Neville BG, White S, Ross AJ, Otieno G, Mturi N, et al. Increased prevalence of epilepsy associated with severe falciparum malaria in children. *Epilepsia*. 2004;45:978–81.
8. Waruiru CM, Newton CR, Forster D, et al. Epileptic seizures and malaria in Kenyan children. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1996;90:152–5.
9. Mung'Ala-Odera V, Snow RW, Newton CR. The burden of the neurocognitive impairment associated with *Plasmodium falciparum* malaria in sub-saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71:64.
10. Dondorp AM, Fanello CI, Hendriksen IC, et al. Artesunate versus quinine in the treatment of severe falciparum malaria in African children (AQUAMAT): An open-label, randomised trial. *Lancet*. 2010;376:1647–57. *Med* 2008; 358:1829.

M.A. Molina Gutierrez^{a,*}, R. López López^a,
B. Calderón Llopis^b y A.I. de Augusto Claudino^c

^a *Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España*

^b *Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España*

^c *Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drmolinagutierrez@yahoo.es
(M.A. Molina Gutierrez).