



---

## RELATO DE CASO

---

### *Malária congênita no município de Leme, SP*

*Congenital malaria in the county of Leme, SP*

Maria José Chinelatto Pinheiro Alves<sup>1</sup>, Virgília Luna Castor de Lima<sup>3</sup>,  
Osias Rangel<sup>2</sup>, Marta Gislene Pignatti<sup>1</sup>

#### Resumo

Relata-se um caso de malária congênita com infecção por *Plasmodium vivax* em um recém-nascido com 14 dias de vida. A mãe é residente em área endêmica tendo se deslocado para o município de Leme-SP 40 dias antes do parto, onde deu à luz. O caso foi classificado como malária congênita pela precocidade dos sintomas, ausência de transmissão vetorial no município acima referido e pelo fato de o recém-nascido não ter sido submetido a punções venosas ou transfusões.

Chama-se atenção para a possibilidade deste diagnóstico nos quadros febris em recém-nascidos em áreas não endêmicas, sendo fundamental para isso averiguar-se o antecedente epidemiológico materno.

*J. pediatr. (Rio J.). 1995; 71(3):163-165: malária congênita, Plasmodium vivax, vigilância epidemiológica.*

#### Introdução

A malária continua sendo, entre as doenças causadas por protozoários, a de maior impacto nas populações do mundo. Calcula-se o registro de aproximadamente 115 milhões de casos clínicos por ano<sup>1</sup>. No Brasil, em 1992, foram diagnosticados 577 mil casos dos quais 95% são autóctones da Amazônia Legal<sup>2</sup>.

A malária congênita é uma das modalidades da doença de difícil diagnóstico. Nas áreas endêmicas é quase impossível afastar a possibilidade da transmissão através da picada por mosquito. Nas crianças nascidas em áreas não endêmicas a suspeita diagnóstica se baseia nos antecedentes epidemiológicos da mãe, sendo fundamental o conhecimento que

#### Abstract

Congenital malaria associated to *Plasmodium vivax* in a newborn baby (14 days old) is reported. The mother lived in a malarious area, and came up to the county of Leme, São Paulo state, 40 days before baby's birth. Congenital malaria was classified through precocious symptoms, absence of malaria in the county and no history of blood transfusion or parenteral intervention of any sort. The case arises interest because of the necessity of malaria diagnoses suspicion on febrile new-borns in non endemic areas, since the mother have lived or stayed in a malarious region.

*J. pediatr. (Rio J.). 1995; 71(3):163-165: congenital malaria, Plasmodium vivax, epidemiological surveillance.*

o médico detém sobre a situação epidemiológica da doença<sup>3,4,5,6</sup>.

A malária congênita não tem merecido muita atenção no Brasil, havendo poucas publicações em comparação com o que se observa em outros países. Revendo a casuística de malária do Estado de São Paulo de 1980 a 1993, encontrou-se, no ano de 1984, dois casos em recém-nascidos cujas características poderiam permitir que fossem classificados como malária congênita<sup>7</sup>.

Com o objetivo de alertar para a possibilidade do diagnóstico de malária em recém-nascidos febris, nascidos em áreas não endêmicas, cujas mães estiveram em áreas com transmissão da doença, resolveu-se publicar este relato de caso.

#### Relato de Caso

A mãe, 38 anos, gestação múltipla, partos normais, nenhum aborto declarado. É residente no município de Alta Floresta-MT, trabalha na lavoura e apresentou sintomas

---

1. Pesquisador Científico da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN.

2. Assistente Técnico de Pesquisa Científica e Tecnológica da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN.

3. Pesquisador Científico da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN, Doutora em Saúde Coletiva.

maláricos no 7º mês de gravidez. Naquela ocasião teve o diagnóstico confirmado de infecção por *Plasmodium vivax*. Segundo sua informação, foi medicada com cloroquina. Aproximadamente 40 dias antes do parto, deslocou-se para o município de Leme-SP. A criança nasceu no dia 05-04-93, na Santa Casa Municipal, de parto normal, com a mãe apresentando sintomatologia sugestiva de malária: febre, náusea, calafrio, dor de cabeça e dor muscular. A pesquisa de plasmódio resultou positiva, confirmando infecção por *P. vivax*. Foi medicada com 2500 mg fosfato de cloroquina dividida em três dias e 210 mg de primaquina, 1 comprimido de 15 mg durante 14 dias.

O neonato, criança do sexo masculino, pesando 3950 gr, comprimento 52 cm, temperatura normal, apresentou APGAR 5 no 1º minuto e 10 no 5º minuto. Teve alta hospitalar 2 dias após o nascimento em condições normais. No 14º dia de vida teve atendimento pediátrico com diagnóstico de “febre a esclarecer”. Estava gemente e febril. Mucosas discretamente descoradas. Não apresentava visceromegalias, nem icterícia. Não foi constatado foco infeccioso aparente que justificasse a febre. Recebeu medicação anti-térmica.

A suspeita diagnóstica de malária foi sugerida pela mãe e averiguada pelo pediatra que entrou em contato com a SUCEN para discussão do caso. A pesquisa de plasmódio encontrou infecção por *P. vivax* ++. Recebeu tratamento com fosfato de cloroquina, 62,5 mg por dia, durante 3 dias. Dez dias após o início do tratamento, foi realizada nova lâmina para verificação de cura, não tendo sido encontrados parasitos. Após este episódio, mãe e filho retornaram para Mato Grosso.

### Discussão

Este caso foi considerado como “malária congênita” pelo fato de haver ocorrido em um recém nascido de apenas 14 dias de vida, tendo o nascimento ocorrido em uma cidade onde não há referência de transmissão vetorial há décadas<sup>7,8</sup>. A criança também não havia recebido nenhum tipo de transfusão sanguínea ou de hemoderivados.

Na literatura mundial, em recente revisão, estão registrados em torno de 150 a 200 casos de malária congênita<sup>9,10,11</sup>. A incidência da doença em áreas endêmicas tem sido estimada em 0,3% entre os nascidos vivos. Nas mulheres de áreas não endêmicas e que freqüentam aquelas áreas, a incidência é de 10%, provavelmente devido a uma menor imunidade materna<sup>9</sup>. A maioria destes casos foi diagnosticada em mães que tiveram episódio de malária, declarado clinicamente, durante a gravidez<sup>12,13</sup>.

Até hoje não se sabe ao certo o mecanismo de transmissão da malária congênita. Provavelmente, em grávidas infectadas, não imunes, poderia ocorrer uma lesão placentária,

favorecendo a passagem do protozoário<sup>14</sup>. Não está claro, também, se os parasitos ganham acesso à circulação fetal *in utero* ou na hora do nascimento<sup>3,6,11,15</sup>. A maioria dos autores aceita que a placenta é barreira eficaz para impedir a penetração dos parasitos na corrente sanguínea fetal. No entanto, Lehner<sup>15</sup> coloca em questão esta efetividade já que, em estudo por ele realizado, parasitos foram encontrados no lado fetal da placenta em 47% das infecções maternas.

Referem alguns autores que o início dos sintomas da malária congênita é tipicamente entre a 4ª e a 6ª a semana de vida. Este tempo corresponderia a vida média da IgG materna no recém-nascido<sup>5,6,16,17</sup>. Entretanto, há relatos de casos a partir do 5º dia de vida. Nas áreas hiperendêmicas é difícil comprovar se a infecção malárica, cujos sintomas surgiram mais de 7 dias após o nascimento, é congênita ou adquirida por picada de mosquito<sup>15</sup>. No caso de mães que se dirigiram para áreas não endêmicas, ainda na gravidez, há referências de intervalos de 21 a 96 dias entre o dia do nascimento e o aparecimento dos sintomas<sup>6,10,15</sup>. Esta variação é decorrente, provavelmente, do grau de defesa imunológica da mãe e da eficácia das defesas do recém-nascido<sup>4,6,15</sup>.

É conhecido o fato de que a malária tem uma prevalência mais elevada em mulheres grávidas do que nas não grávidas. Outro aspecto observado é que a densidade parasitária na placenta mostra-se superior quando comparada ao sangue periférico. Esta localização preferencial dos parasitos é mais marcante em primigestas, reduzindo-se progressivamente com o aumento da paridade<sup>18</sup>. A primigesta reinfectada em região endêmica teria a imunidade adquirida diminuída pela gravidez, mas a placenta, ao sequestrar as hemácias parasitadas, estimularia pela via celular a imunidade uterina que aumentaria com as eventuais novas infecções que viessem ocorrer em gestações posteriores<sup>4</sup>.

O que ocorre aos parasitos que ganham acesso à circulação fetal é desconhecido. Se eles são efetivamente removidos pelos anticorpos circulantes, se são incapazes de se desenvolver em um ambiente desfavorável ou se vão ser embebidos em tecidos profundos para se desenvolver mais tarde em ataque clínico de malária é também objeto de especulação<sup>15</sup>.

No presente caso, a mãe era residente em região endêmica e já havia tido oito infecções maláricas além de dois episódios durante a gravidez em questão. Tratava-se também de uma múltipara. Essas duas características poderiam falar a favor da existência de um certo grau de imunidade que, no entanto, não foi suficiente para evitar o aparecimento da malária congênita, nem para retardar o início dos sintomas, pelo menos durante o período provável de existência da imunidade adquirida no recém-nascido.

Este caso ilustra bem a possibilidade da ocorrência da malária congênita em áreas não endêmicas e a necessidade

de se levar em consideração tal suspeita diagnóstica, corroborando para isto o fato de o pequeno paciente não apresentar nenhum sintoma ou sinal mais específico da doença. De acordo com Malviya<sup>1</sup>, o diagnóstico de malária requer um alto índice de suspeita e a habilidade de reconhecer o parasito na amostra de sangue periférico. Vários casos fatais têm sido descritos em razão do diagnóstico tardio. Os recém-nascidos com malária não se apresentam usualmente com os paroxismos clássicos com calafrios e suores. Sintomas não específicos como irritabilidade, inapetência, letargia, vômitos ou diarreia podem estar associados com anemia decorrente da infecção malárica.

#### Referências bibliográficas

1. Malviya S, Shurin SB. Congenital malaria. *Clin Pediatr* 1984; 23(9): 516-517.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Situação da malária no Brasil. Tendências e perspectivas. Gerência Técnica de Malária 1992.
3. Ferreira MS, Alvarado CA. Malária in: Veronesi R. Doenças infecciosas e parasitárias. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1991: 764-785.
4. Meira DA. Infecção pelo *Plasmodium falciparum* e gravidez. Relato de casos. *Rev Soc Brasil Medic Tropic* 1989; 22(2): 99-101.
5. Assreuy S, Franceschini MCA, Amorim GEL. Malária congênita causada por "*P. falciparum*". Relato de um caso. *J pediatr (Rio J.)* 1986; 60(4): 176-180.
6. Thomas V, Chit WC. A case of congenital malaria in Malaysia with IgM malaria antibodies. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1980; 74(1): 73-76.
7. SECRETARIA DA SAÚDE - Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN. Relatórios anuais sobre avaliação técnica do programa de controle de malária no Estado de São Paulo - 1980 a 1993.
8. SECRETARIA DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - Serviço de profilaxia da malária - Plano de erradicação da malária, São Paulo, 1958.
9. Hind RD, Azimini PH. Congenital malaria due to *Plasmodium falciparum*. *Pediatrics* 1980; 66(6): 977-979.
10. Joffe A, Jadavji T. Congenital malaria: a case report of a preventable disease. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9(7) 522-523.
11. Silva DHG, Mendis KN. Congenital malaria due to *Plasmodium vivax*: a case report from Sri Lanka. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1982; 75(1): 33-35.
12. Ghost S, Patwari A, Mohan M, et al. Clinical and hematologic peculiarities of malaria in infancy. *Clinical Pediatrics*; 1978(4): 369-371.
13. Arvin AM, Ruskin J, Yeager AS. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1990: 533-538.
14. Boulos M. Clínica de la infección malarica. OPS/OMS, Washington, Publicacion Cientifica 512 1988: 28-38.
15. Lehner PJ, Andrews CJA. Congenital malaria in Papua New Guinea. *Trans R Soc Med Hyg* 1988; 82: 822-826.
16. Quinn TC, Jacobs RF, Mertz GJ, et al. Congenital malaria: a report of four cases and a review. *J. Pediatr* 1982; 101(2): 229-232.
17. Loke YW. Transmission of parasites across the placenta. *Adv Parasitol* 1982; 21: 155-220.
18. Segurado AAC, Gryschen RCB. Malária e gestação. *Rev Paul Med* 1986; 104(6): 311-314.

#### Endereço para correspondência

Dra. Maria José Chinelatto Pinheiro Alves  
Rua São Carlos, 546 - Vila Industrial  
CEP 13035-420 - Campinas - SP  
Fone: (0192) 34-9891