



RELATO DE CASO

Malária congênita. Descrição de casos e breve revisão da literatura

Congenital Malaria. Case reports and a brief review of literature

Heloisa H. Marques¹, Marcelo G. Vallada², Pedro T. Sakane³, Marcos Boulos⁴

Resumo

São descritos dois casos de malária congênita causadas por *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum* em crianças de 5 e 7 semanas de vida respectivamente, nascidas no Estado de São Paulo e Paraná, de mães oriundas de área endêmica de malária. Os sinais e sintomas clínicos incluíam anemia e hepatoesplenomegalia, sendo que apenas uma delas apresentou quadro febril. As mães apresentaram episódios de malária durante a gestação.

Apesar de a malária congênita ser considerada patologia incomum, o tratamento inadequado dos episódios durante a gravidez pode contribuir para o aumento de sua incidência. Discutem-se os aspectos clínicos e terapêuticos concernentes ao acometimento perinatal.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(2):103-105: malária congênita, infecção congênita, cloroquina, quinina (tratamento).

Abstract

Two cases of congenital malaria due to *Plasmodium vivax* and *Plasmodium falciparum* respectively are reported. The children were born in São Paulo and Paraná to mothers from endemic area of malaria. The mothers had malaria during pregnancy. The children were admitted with severe anemia and hepatosplenomegaly.

Despite congenital malaria is being considered a rare event it is a preventable disease and these cases should draw attention to the importance of adequate treatment during pregnancy. Clinical manifestations and management of congenital malaria are also discussed.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(2):103-105: congenital malaria, congenital infection, chloroquine, quinine.

Introdução

A malária tem persistido, ao longo dos anos, como relevante endemia no mundo. Estima-se que mais de 100 milhões de pessoas são infectadas a cada ano¹. No Brasil, a despeito de ter sido observada redução do número de casos depois de iniciada a campanha de erradicação na década de 50, a sua incidência é crescente. O número de casos em 1970 situava-se ao redor de 50000/ano, no

entanto, nas décadas subseqüentes, verificou-se aumento explosivo com a notificação ao Ministério da Saúde de cerca de 570000 casos no ano de 1992. São vários os fatores envolvidos no aumento da transmissão da malária no Brasil. É mister considerar que a maioria dos casos está concentrada na Região Amazônica, onde o modo de ocupação através dos assentamentos de terra e o estabelecimento de áreas de garimpo nem sempre são acompanhados de planejamento, medidas preventivas e sobretudo de educação sanitária, fatores necessários para a redução dos riscos potenciais de aquisição da infecção por plasmódio.

A malária congênita parece ser evento raro, sendo que até 1981 havia somente 200 casos descritos na literatura internacional². É possível que este número reduzido seja decorrência de subnotificação bastante significativa e de dificuldade adicional de distinguir casos adquiridos dos congênitos em áreas endêmicas.

-
1. Médica Assistente da Unidade de Infectologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP-SP). Membro do Comitê de Infectologia da SBP.
 2. Pós-graduando do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP.
 3. Médico chefe da Unidade de Infectologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP (HC-FMUSP-SP).
 4. Professor Associado do Departamento de Moléstias Infecto Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP.

Os autores realizaram levantamento bibliográfico através do sistema MEDLINE dos últimos 10 anos (1985 a 1994), com a identificação de 84 artigos relacionados com malária congênita, sendo apenas três publicações oriundas do Brasil³⁻⁵.

O diagnóstico de malária congênita em área de alta endemicidade pode ser considerado com maior frequência quando a apresentação clínica é compatível; contudo, onde a prevalência da malária é baixa, esta suspeita diagnóstica nem sempre é cogitada pelos pediatras.

Relato de Casos

Caso 1

Lactente com 1 mês e 4 dias de vida, nascido de parto cesariano, considerado recém-nascido adequado para a idade gestacional, foi levado a serviço médico para avaliação de rotina. A mãe relatava o aparecimento de palidez progressiva em sua criança desde os 15 dias de vida, sem apresentar nenhum outro sintoma constitucional e negava identificação de episódio febril. Ao exame físico, a criança apresentava-se em boas condições clínicas, ativo, com choro forte, chamava a atenção intenso descoramento de mucosas e palidez cutânea, além de hepatosplenomegalia (fígado palpável a 5 centímetros do rebordo costal direito e baço a 4 centímetros do rebordo costal esquerdo), sem outras anormalidades identificadas. O Hemograma revelou anemia com hemoglobina de 6 g/dl e hematócrito de 17%. Na investigação de antecedentes epidemiológicos os pais revelaram procedência recente de Rondônia, onde a mãe, durante a gestação, apresentara dois episódios de malária, inadequadamente tratados. Já em São Paulo, a mãe referia novo episódio de malária, na semana que antecedeu ao parto. Foi feita pesquisa de hematozoários na criança que se revelou positiva para *Plasmodium vivax*. A terapêutica instituída no caso foi cloroquina endovenosa, na dose total de 25mg/kg, dividida em 3 tomadas, com infusão lenta (maior de 4h) além da necessária transfusão de glóbulos vermelhos para correção de anemia grave. O tratamento completou-se sem efeitos adversos, e a criança apresentou boa evolução clínica.

Caso 2

Criança com 50 dias de idade, do sexo feminino procurou o serviço com história de quadro febril agudo. A mãe relatava ter passado os últimos seis anos em região de garimpo (Peixoto Azevedo, Estado do Mato Grosso), onde fez vários tratamentos para malária, inclusive durante a gravidez. Três meses antes do parto, a mãe mudou-se para o Estado do Paraná, residindo em zona urbana. A criança nasceu em hospital, parto normal, com peso de 3,5 kg em boas condições clínicas. No dia que antecedeu a internação, a criança apresentou febre alta, e a mãe procurou diretamente a SUCEN (Superintendência para o Controle de Endemias), em São Paulo, onde foi feita pesquisa de malária em sangue periférico da criança que se revelou

positiva. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, destacando-se descoramento de mucosas, fígado palpável a 2,5cm do rebordo costal direito, a 3cm do apêndice xifóide e baço a 1,5cm do rebordo costal esquerdo. Na avaliação laboratorial, constatou-se anemia com hemoglobina 8,4 g/l e Ht 26,1%; e discreta elevação de transaminases. A pesquisa em gota espessa revelou presença de *P. falciparum*, com 23.400 formas assexuadas/mm³, e 1440 gametas. Com o diagnóstico de malária congênita, indicou-se cloridrato de quinina na dose de 30mg/kg/dia, dividido em 3 tomadas, por via endovenosa nos três primeiros dias. Durante a infusão da primeira dose, notou-se taquicardia sinusal, (>180 batimentos/minutos) que reverteu espontaneamente. O tratamento foi completado até o 100 dia por via oral, quando foi feito controle de gota espessa: zero formas assexuadas e 420 gametas (mm³). Houve defervescimento do quadro febril a partir do 20º dia e a criança teve alta no 100º dia em boas condições clínicas.

Discussão

A maioria dos casos de malária congênita são causados por *P. falciparum* e *P. vivax*, no entanto, todas as quatro espécies que infectam o homem podem acometer os recém-nascidos.

O mecanismo e o momento exatos da transmissão dos parasitas da mãe para a criança não são definitivamente conhecidos. A placenta de mulheres infectadas pode conter um grande número de parasitas; sabe-se, no entanto, que a malária congênita é possível sem a presença de infecção ativa durante a gestação^{6,7}. Ainda não está claro se o feto é infectado intra-útero ou durante o trabalho de parto via transfusão materno-fetal, contudo, estudo recente na Zâmbia identificou parasitemia em 29% de 65 recém-nascidos de mães infectadas, sugerindo importância desta forma última de aquisição, sobretudo em determinadas regiões endêmicas⁷.

O período de incubação da malária congênita varia desde 3 a 8 semanas após o parto², apesar de haver relatos de casos com descrição de início dos sintomas poucas horas depois do nascimento⁸. As principais manifestações clínicas são febre, anemia e esplenomegalia, que estão presentes em mais de 80% dos casos. Icterícia e hiperbilirrubinemia são observadas em cerca de 1/3 dos pacientes. Outros achados inespecíficos incluem anorexia, déficit ponderal, letargia, regurgitação e vômitos.

Um dos casos, ora apresentados, diferiu da apresentação clínica clássica, em função da ausência de febre, o que pode ter sido o motivador da demora na suspeita clínica e conseqüentemente na introdução da terapêutica. Apesar de o curso clínico nestes pacientes ter sido de intensidade moderada, é fundamental destacar que a malária na gestação pode, com frequência, resultar em aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte neonatal⁹. Outras

complicações podem advir no curso da malária congênita como convulsões, hiperesplenismo, rotura de baço, desidratação² e quadros de icterícia obstrutiva¹⁰.

Como na infecção congênita por *Plasmodium vivax* as formas esporozoíticas não são transmitidas, não se desenvolve a fase exoeritrocitária², assim não é necessária a administração de primaquina, sendo a cloroquina usada isoladamente como a terapêutica de escolha. Em quadros considerados moderados ou graves, a via parenteral (endovenosa) deve ser indicada, sob motorização intensiva dos sinais vitais¹², devido à preocupação referente ao relato de morte súbita em criança, possivelmente relacionada à administração rápida da droga por esta via¹¹. A dose de cloroquina utilizada no paciente foi a recomendada de 25mg/kg, endovenosamente, dividida em 3 tomadas, com administração lenta. Não foram observados quaisquer efeitos adversos durante a infusão e nos dias subsequentes à mesma. Quando a infecção congênita é causada por *Plasmodium falciparum*, a terapêutica recomendada é cloridrato de quinina na dose de 30mg/kg/dia, via endovenosa, dividida em 3 tomadas, nos 3 primeiros dias, seguido por mais 7 dias por via oral.

O relato destes casos tem como objetivo alertar para a possibilidade do diagnóstico de malária congênita, mesmo quando a apresentação clínica é atípica, e para a importância de se investigar esta hipótese etiológica frente aos antecedentes epidemiológicos pertinentes. Destacar, ainda, a necessidade de adequado diagnóstico e tratamento de malária em mulheres durante a gestação, além da rápida atualização acerca da estratégia da terapêutica contra a malária no período neonatal.

Referências bibliográficas

1. Anonymous. Epitaph for global malaria eradication. Lancet 1975; 2:15-6.
2. Quinn TC, Jacobs RD, Mertz GJ et al. Congenital malaria: a report of four cases and a review. J Pediatr 1982; 101:229-34.
3. Boulos M, Barata LC, Amato-Neto V, Amato VS. Malária congênita: descrição de um caso e considerações sobre o assunto. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1993; 48:127-9.
4. Meira DA. Infecção pelo *Plasmodium falciparum* e gravidez. Relato de casos. Rev Soc Bras Med Trop 1989; 22:99-101.
5. Alves MJCP, Lima VSC, Rangel O, Pignatelli MG. Malária congênita no município de Leme-SP. J pediatr (Rio J.) 1995; 71:163-165
6. Covell G. Congenital malaria. Trop Dis Bull 1950; 47:1147-68.
7. Larkin GL, Thuma PE. Congenital malaria in hiperendemic area. Amer J Trop Med Hyg 1991; 45:587-92.
8. Hay M. Two patients with *Plasmodium falciparum* malaria. Ir Med J 1986; 79:358-60.
9. Macgregor D, Avery JB. Malaria transmission and fetal growth. Br J Med 1974; 17:433-6
10. Davenport M. Neonatal malaria and obstructive jaundice. Arch Dis Child 1986; 61:515-7.
11. White NJ, Miller KD, Churchill FL et al. Chloroquine treatment of severe malaria in children. N Engl J Med 1988; 319:1493-9.
12. Kragstad DJ, Hemaldt BL, Schlesinger PH. Antimalarial agents: specific treatment regimens. Antimicrob Agents Chemother 1988; 32:957-61.

Endereço para correspondência:

Dra. Heloisa H. S. Marques
R. Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 306 - apto. 34
CEP 05415-020 - São Paulo - SP
Fone: (011) 852.5018
Fax: (011) 282.4556