

CASO CLÍNICO

Malaria importada en países de baja incidencia: sospechar para tratar

- Imported malaria in low-incidence countries: suspect and treat
- Malária importada em países de baixa incidência: suspeitar e tratar

Sofía Pereira¹ Resumen

ORCID: 0009-0003-0787-0092

Megan Berry¹

ORCID: 0000-0002-9131-9724

Marcela La Cámara¹

ORCID: 0009-0000-4020-9261

Ignacio Borgia¹

ORCID: 0000-0002-8562-0481

¹-Universidad de la República.
Facultad de Medicina. Unidad
Académica Médica C.

La malaria es una enfermedad parasitaria de baja incidencia en los países del Cono Sur del continente americano, causada por protozoos del género Plasmodium. Frente a una clínica inespecífica en la que predomina la fiebre, los vómitos y la cefalea, el diagnóstico de malaria debe sospecharse en viajeros, tropas militares e inmigrantes de regiones endémicas. Se presenta un caso de malaria por Plasmodium vivax en un varón joven al retornar a Uruguay posterior a un viaje al sudeste asiático. Su enfermedad, caracterizada por múltiples episodios recurrentes se interpretó como una evolución típica de la malaria causada por P. vivax por sus formas hepáticas latentes. El caso supuso un reto diagnóstico y terapéutico dado la clínica inespecífica inicial y el acceso oportuno al tratamiento de primera línea. Destaca la importancia del interrogatorio epidemiológico y el rol del equipo de laboratorio clínico en la confirmación diagnóstica en países de baja incidencia.

Palabras clave: Malaria, Plasmodium vivax, enfermedades del viajero

Abstract

Malaria is a parasitic disease caused by protozoa of the genus Plasmodium which has a low incidence in countries of the Southern Cone countries of the American continent. When faced with nonspecific symptoms such as fever, vomiting and headaches, a diagnosis of malaria should be suspected in travellers, returning military troops and immigrants from endemic regions. We present a case of Plasmodium vivax malaria in a young man who returned to Uruguay after traveling in Southeast Asia. His illness, marked by multiple recurrent episodes, was interpreted as a typical presentation of malaria disease caused by P. vivax, due to its latent hepatic forms. This case posed a diagnostic and therapeutic challenge given the initial nonspecific clinical presentation and timely access to first line treatment. It highlights the importance of an adequate epidemiological anamnesis and the role of the clinical laboratory team in confirming the diagnosis, especially in low incidence countries.

Key words: Malaria, Plasmodium vivax, Travel medicine.

Resumo

A malária é uma doença parasitária de baixa incidência nos países do Cone Sul do continente americano, causada por protozoários do gênero Plasmodium. Diante de um quadro clínico inespecífico em que predominam febre, vômitos e cefaleia, o diagnóstico de malária deve ser suspeitado em viajantes, tropas militares e imigrantes de regiões endêmicas. Apresenta-se um caso de malária por Plasmodium vivax em um jovem do sexo masculino ao retornar ao Uruguai após uma viagem ao sudeste asiático. Sua doença, caracterizada por múltiplos episódios recorrentes, foi interpretada como uma evolução típica da malária causada por P. vivax por suas formas hepáticas latentes. O caso representou um desafio diagnóstico e terapêutico, dada a clínica inicial inespecífica e o acesso oportuno ao tratamento de primeira linha. Destaca-se a importância do questionário epidemiológico e o papel da equipa de laboratório clínico na confirmação do diagnóstico em países de baixa incidência.

Palavras chave: Malária, Plasmodium vivax, medicina do viajante.

Recibido: 18/01/2026 - **Aceptado:** 10/04/2026

Unidad Académica Médica C. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia. E-mail: pereiramartinez.s16@gmail.com

Licencia Creative Commons cc-by. <https://creativecommons.org>

Introducción

La malaria es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo del género Plasmodium; existen varias especies, siendo las más prevalentes *P. falciparum* y *P. vivax*. Es transmitida por la picadura de las hembras infectadas de los mosquitos de ciertas especies del género Anopheles.

Su presentación clínica puede ser bastante inespecífica; los síntomas frecuentes son fiebre, vómitos y cefalea, que suelen aparecer 10-15 días después de la picadura del mosquito. ⁽¹⁾

Esta enfermedad constituye un problema de salud pública a nivel mundial y es una enfermedad potencialmente grave. La prevalencia más alta de esta enfermedad se encuentra en el continente africano, el Sudeste Asiático y América del Sur. Sin embargo, los países del Cono Sur, como Uruguay, Chile y Argentina han sido certificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como libres de malaria. La incidencia de esta enfermedad es baja, asociada principalmente a viajeros, tropas militares e inmigrantes de regiones endémicas. ⁽²⁾

La educación sobre prevención de malaria forma parte de los programas de asesoramiento en medicina del viajero. Se recomienda la quimioprofilaxis en casos concretos de viajeros a países con alto riesgo de transmisión. ⁽³⁾

El objetivo de la presentación es describir un caso clínico de malaria diagnosticado y tratado en un país no endémico, con especial énfasis en los desafíos diagnósticos y terapéuticos enfrentados. Se contó con la autorización escrita del paciente para la difusión del mismo.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 37 años, previamente sano que migró a Uruguay hace 8 años de un país vecino. Consulta en el servicio de emergencia del hospital universitario 15 días después de retornar de un viaje a Indonesia. Antes de viajar recibió únicamente la vacuna contra la fiebre amarilla pero no realizó quimioprofilaxis para malaria.

Durante el viaje, y posterior a la realización de actividades de inmersión en agua salada presentó un cuadro de otitis media hemorrágica aguda, siendo tratado con amoxicilina-clavulánico por 10 días. Reinstaló los síntomas al retornar recibiendo nuevamente el mismo plan antibiótico por 7 días.

Cuarenta y ocho horas después de completar el tratamiento, comenzó nuevamente con fiebre, temperatura axilar hasta 40°C y cefalea progresiva hemicraneana izquierda intensa con irradiación a región retro-ocular. La cefalea interfería en el sueño y respondía parcialmente a analgésicos comunes. Otros síntomas acompañantes fueron malestar general, anorexia, mareos, astenia y náuseas. El paciente negaba artralgias y artritis. No presentó síndrome pigmentario, sangrados, síntomas cardiovasculares, respiratorios o neurológicos.

Consultó en el servicio de emergencia a una semana del inicio de los síntomas. Se constataba al examen físico un paciente lúcido, con buen estado general, en apirexia. Normotenso, sin taquicardia. Sin trabajo respiratorio, saturación de oxígeno 99% ventilando al aire, sin estertores a la auscultación pleuropulmonar. El examen neurológico era normal, sin elementos de irritación meníngea.

Se realizaron los siguientes estudios paraclínicos:

- Tomografía computarizada (TC) de cráneo: no evidenció alteraciones encefálicas ni signos radiológicos de hipertensión endocraneana ni sangrados intracraneales. Presentaba ocupación mastoidea bilateral.
- Hemograma: hemoglobina de 15.5 g/dL, 4700 leucocitos/mm³, con una linfopenia moderada 760 y una trombocitopenia de 31.000 plaquetas/mm³.
- Función renal: normal para la edad.
- Funcional y enzimograma hepático: bilirrubina total 1.60 mg/dL. Transaminasas elevadas dos veces por encima del rango superior de normalidad.
- Proteína C reactiva: 146 mg/L
- Examen de orina: presencia de bilirrubina, resto sin elementos a destacar.
- Hemocultivos: sin desarrollo.

El médico laboratorista realizó una lámina periférica en un frotis ante la detección automatizada de la plaquetopenia detectándose la presencia de elementos sugestivos de infección parasitaria intracelular.

Con el planteo diagnóstico de tripanosomiasis o malaria, se extrajeron nuevas muestras sanguíneas que fueron enviadas al laboratorio de parasitología para confirmación diagnóstica. Las pruebas moleculares confirmaron la presencia de *Plasmodium vivax*.

El paciente se mantuvo en observación en emergencia por 12 horas dado que los exámenes posteriores mostraron una profundización de la leucopenia y la plaquetopenia hasta valores de 19.000 plaquetas/mm³. Clínicamente, se mantuvo estable, con fiebre y cefalea persistentes, sin sangrados evidentes.

Se inició tratamiento con artemeter/lumefantrina con la indicación de recibir 6 dosis de cuatro comprimidos (20 mg / 120 mg) en un plazo inicial de 48 horas. Se realizó tratamiento de mantenimiento con doxiciclina 100 mg c/12 horas por diez días y posteriormente continuó con hidroxicloroquina 200 mg c/8 horas por siete días, dado que la primaquina no se encuentra disponible en Uruguay.

Re-consultó en emergencia a los quince días de haber finalizado el tratamiento, por reaparición de los síntomas, cefalea holocraneana intensa y fiebre. Nuevos exámenes paraclínicos evidenciaron plaquetopenia, sin sangrados clínicamente evidentes.

Con planteo de recaída de malaria se solicitó valoración con gota gruesa, en la cual no se observaron estructuras parasitarias. Se planteó igualmente realizar el mismo plan antimicrobiano que al inicio.

En la evolución, el paciente decide viajar a Buenos Aires donde logra acceder a tratamiento con primaquina, recomendado para el tratamiento de las formas hepáticas del *P.vivax*.

Antes del inicio del tratamiento con primaquina, se solicitó dosificación de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa que descarta el déficit de la misma.

El paciente cumplió el tratamiento con primaquina a dosis de 30 mg por día con una evolución favorable, sin reaparición de síntomas ni detección de formas parasitarias en el estudio de gota gruesa en los controles posteriores.

A los cinco meses del último tratamiento, tiene nueva recaída, con presentación clínica similar, agregando en esta ocasión esplenomegalia leve. Se detectó nuevamente en un frotis de sangre periférica la presencia de elementos sugestivos de infección parasitaria intracelular, sin otras alteraciones a nivel de los exámenes paraclínicos. En dicho contexto, se plantea recaída secundaria a falla terapéutica por dosis sub-óptima de primaquina.

Recibe tratamiento con doxiciclina 200 mg dosis carga, posteriormente continua con 100 mg c/12 horas asociado a artemeter/lumefantrina 24 comprimidos, durante 72 horas. Se continua con primaquina ajustado al peso recibiendo 60 mg día.

Transcurridos nueve meses, ha permanecido asintomático, con buena evolución clínica y de laboratorio.

Discusión

El manejo de los casos de malaria en países no endémicos con baja incidencia de la enfermedad supone un desafío diagnóstico y terapéutico. La presentación inicial con síntomas inespecíficos comunes a muchas enfermedades infecciosas, hace que una anamnesis detallada, prestando especial atención a antecedentes epidemiológicos como viajes recientes, (considerando el destino y las actividades desempeñadas durante los mismos), la ocupación del paciente (militares o tareas humanitarias) o su país de procedencia (regiones endémicas), resulte clave para la sospecha diagnóstica.⁽⁴⁾

El rol de los equipos de laboratorio es imprescindible desde el inicio, pues la visualización de estructuras parasitarias intracelulares en un extendido (técnica sencilla y de bajo costo) reduce los diagnósticos diferenciales a unas pocas enfermedades, permitiendo al equipo clínico tratante orientar el diagnóstico e iniciar el tratamiento oportuno precozmente.⁽⁵⁾

La confirmación diagnóstica siempre será por técnicas de laboratorio (microscopía, pruebas diagnósticas rápidas o pruebas moleculares). La identificación de la especie de *Plasmodium* causante de la enfermedad, ya sea por microscopía o a través de técnicas moleculares, es otro pilar fundamental en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con diagnóstico de malaria.

La malaria grave es menos frecuente en los casos de infección por *P. vivax* pero su complejo ciclo de vida incluye una forma hepática latente que puede ocasionar una enfermedad persistente con múltiples recaídas y de esa manera aumentar la carga de morbimortalidad. ⁽⁶⁾

El objetivo del tratamiento de *P. vivax* debe ser la cura radical, lograda a través del tratamiento de las formas sanguíneas así como de las formas hepáticas. El tratamiento de primera línea en países endémicos es la cloroquina en monoterapia o combinados basados en artemisinina y una 8-aminoquinolina (primaquina o tafenoquina). ⁽⁷⁾

Esto representa un problema en los países no endémicos donde el acceso a los tratamientos de primera línea es limitado o inexistente. El caso presentado ejemplifica esta complejidad en Uruguay dado que se observa una recaída tras culminar el tratamiento inicial eficaz para las formas sanguíneas pero no, de los hipozoitos hepáticos latentes.

A pesar de no poder proveer directamente el tratamiento con primaquina en este caso, sí se tomaron las precauciones necesarias para descartar contraindicaciones para el tratamiento con dicho fármacos, principalmente dadas por el déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD). La comprobación del estado de G6PD con una prueba cuantitativa es obligatoria para garantizar que solamente se administre a aquellas personas con una actividad enzimática superior al 70 %, por el riesgo de eventos adversos hemolíticos asociados al uso de primaquina o tafenoquina. ^(6,8)

El caso reportado presentó una forma clínica habitual de malaria no complicada, caracterizada por fiebre intermitente, síndrome constitucional y alteraciones hematológicas leves a moderadas, sin disfunción orgánica significativa. Esta presentación coincide con el patrón clásico descrito para *P. vivax*, donde predominan los episodios febriles periódicos, anemia variable y trombocitopenia, generalmente con buena respuesta al tratamiento antimalárico. ^(2,6)

El caso presentado se ajusta al comportamiento clínico más frecuente de la malaria por *P. vivax*, a diferencia de otros casos reportados en adultos con criterios de malaria grave, reforzando la importancia de reconocer su expresión clásica para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El compromiso esplénico, dado por esplenomegalia o infartos esplénicos, en la infección por *P. vivax* está ampliamente descrito, así como una correlación con la presencia de anemia. Sin embargo, se desconoce si la esplenomegalia puede ser considerada un marcador de enfermedad más grave o prolongada, ni si actúa como causa de la anemia. La esplenomegalia también se produce en la malaria crónica y puede conducir al síndrome de HMS (Hyperreactive Malarial Splenomegaly), caracterizado por un agrandamiento masivo del bazo, hiperesplenismo y títulos elevados de IgM policlonal tras una exposición prolongada o al parásito. ^(9,10) Existen reportes de casos de rotura esplénica en malaria aguda además de malaria crónica. ⁽¹¹⁾ El paciente presentó esplenomegalia en la última recaída, siendo un hallazgo incidental y de grado leve, pero se plantea agregar control imagenológico al seguimiento paraclínico.

El asesoramiento a personas que planifican un viaje a zonas endémicas de malaria debe tener en cuenta tanto el país y región a la que viajan, así como la duración de la estadía, la época del año (época seca o lluviosa) y las comorbilidades del viajero. La OMS elabora y actualiza regularmente guías y recomendaciones con consideraciones específicas por especie de *Plasmodium*, que se basan en medidas preventivas y quimioprofilaxis en casos específicos, y los ministerios de salud de muchos países, entre ellos Uruguay, publican recursos propios basados en dichas recomendaciones. ^(2, 3, 12, 13)

Está descrito que la mayoría de los casos de malaria por *P. falciparum* en viajeros ocurren por mala adherencia o uso inadecuado de los tratamientos antimaláricos profilácticos, además de fallas en la prevención de las picaduras de mosquito. En el caso de malaria por *P. vivax*, la enfermedad puede ocurrir a pesar de profilaxis efectiva, pues las formas parasitarias que originan las recaídas características no pueden prevenirse con los fármacos que actualmente son recomendados como quimioprofilaxis (atovaquona-proguanil, cloroquina, doxiciclina, mefloquina).

Conclusiones

En los países no endémicos de malaria, resulta fundamental reforzar la consejería y educación a los viajeros sobre medidas preventivas y profilaxis de enfermedades infecciosas, a través de consultas con medicina del viajero.

Dada la creciente movilidad internacional y los cambios en los perfiles migratorios se debe mantener un alto índice de sospecha clínica ante cuadros febriles en personas que regresan de zonas endémicas, con el fin de lograr un diagnóstico oportuno.

El seguimiento es importante en los casos de malaria por *P. vivax*, ya que, si bien la malaria grave es poco frecuente, pueden aparecer recaídas por enfermedad persistente dada por las formas hepáticas latentes.

Es importante descartar el déficit de G6PD ante el eventual tratamiento con primaquina o tafenoquina, a fin de prevenir eventos adversos hemolíticos.

Bibliografía

- 1- Howes RE, Battle KE, Mendis KN, Smith DL, Cibulskis RE, Baird JK, et al. Global Epidemiology of *Plasmodium vivax*. *Am J Trop Med Hyg.* 2016 Dec 28;95(6 Suppl):15-34. doi: 10.4269/ajtmh.16-0141.
- 2- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de malaria 2023 [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Jun 23]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/wmr-2023-regional-briefing-kit-spa.pdf?sfvrsn=299150e7_15&download=true
- 3- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Información de interés para viajeros [Internet]. Montevideo: MSP; [cited 2025 Jun 23]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informaci%C3%B3n_de_inter%C3%A9s_para_viajeros%20%282%29.pdf
- 4- Cabezas E, Arteta Z. Día Mundial de la Malaria [Internet]. Montevideo: Unidad Académica de Enf. Infecciosas, Facultad de Medicina, UdeLaR, ed. 2024 [citado 2025 Jun 23]. Disponible en: <https://www.infectologia.edu.uy/divulgacion-medica/novedades-y-avances/dia-mundial-de-la-malaria-25-de-abril>
- 5- Calderaro A, Piccolo G, Chezzi C. The laboratory diagnosis of malaria: a focus on the diagnostic assays in non-endemic areas. *Int J Mol Sci.* 2024;25(2):695. doi:10.3390/ijms25020695.
- 6- Vivax Malaria. Diagnosis & treatment [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Medicines for Malaria Venture: s.l, 2018. Available in: <https://www.vivaxmalaria.org/diagnosis-treatment>
- 7- Baird JK, Valecha N, Duparc S, White NJ, Price RN. Diagnosis and Treatment of *Plasmodium vivax* Malaria. *Am J Trop Med Hyg.* 2016 Dec 28;95(6 Suppl):35-51. doi: 10.4269/ajtmh.16-0171.
- 8- Mbanefo EC, Ahmed AM, Titouna A, Elmaraezy A, Trang NT, Phuoc Long N, et al. Association of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and malaria: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017 Apr 6;7:45963. doi: 10.1038/srep45963.
- 9- Kho S, Siregar NC, Qotrunnada L, Fricot A, Sissoko A, Shanti PAI, et al. Retention of uninfected red blood cells causing congestive splenomegaly is the major mechanism of anemia in malaria. *Am J Hematol.* 2024 Feb;99(2):223-235. doi: 10.1002/ajh.27152.
- 10- Han J, Kim MY, Kim YJ. Splenohepatic manifestations of *Plasmodium vivax* infection: CT findings and implications for clinical significance. In: ECR 2014: European Congress of Radiology; 2014 Mar 6–10; Vienna, Austria. Vienna: European Society of Radiology; 2014. doi:10.1594/ecr2014/C-1671.
- 11- Elizalde-Torrent A, Val F, Azevedo ICC, Monteiro WM, Ferreira LCL, Fernández-Becerra, C, et al. Sudden spleen rupture in a *Plasmodium vivax*-infected patient undergoing malaria treatment. *Malar J.* 2018;17:79. doi:10.1186/s12936-018-2228-2.
- 12- World Health Organization. International travel and health. Chapter 7, Malaria. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/travel-and-health/9789241580472-eng-chapter-7.pdf>
- 13- Centers for Disease Control and Prevention. Choosing a Drug to Prevent Malaria. Last updated July 18, 2024. Atlanta: CDC; [cited 2025 Jul 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/malaria/hcp/drug-malaria/index.html>

Nota de contribución autoral

Sofía Pereira: conceptualización, curación de datos, redacción - borrador original

Megan Berry: conceptualización, curación de datos, redacción - borrador original

Marcela La Cámara: conceptualización, curación de datos, redacción - borrador original, redacción – revisión y edición

Ignacio Borgia: conceptualización, curación de datos, redacción - borrador original, redacción – revisión y edición

Nota de referencia autoral

Sofía Pereira: Residente Medicina Interna

Megan Berry: Posgrado Medicina Interna

Marcela La Cámara: Asistente Clínica Médica

Ignacio Borgia: Especialista en Medicina Interna. Profesor Adjunto Clínica Médica

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la **Dra. Mercedes Perendones**.