

CHAGAS AGUDO VECTORIAL

Dr. Oscar Ledesma, Dr. Enrique Carlos Manzullo

RESUMEN

En la historia natural de la Enfermedad de Chagas, la transmisión vectorial ocupó el papel fundamental en la cadena epidemiológica.: infectado, vector, nuevo infectado. Hoy, controlada la transmisión en amplias zonas, por las campañas de lucha antivectorial, adquieren especial importancia la transmisión congénita y la transfusional.

Las corrientes migratorias, de zonas rurales a las ciudades, aun fuera de latino-América (Estados Unidos y países de Europa), jerarquizan más aun estas formas de transmisión.

Sin embargo aun quedan zonas con transmisión vectorial, como la provincia de Santiago del Estero (Argentina) donde en 2005 hubo 60 casos agudos vectoriales diagnosticados. Así mismo las amplias zonas que se declararon libres de transmisión vectorial, están bajo control. El mismo es sobre vectores, pero es necesario conocer algunas características clínicas del Chagas agudo porque cualquier falla en el control sería indetectable si así no fuera. Se considera que el 95% de los pacientes pasan su etapa aguda sin diagnóstico. El 5% restante presenta complejo oftalmo-ganglionar, lipochagoma o formas menos características de presentación.

Son evidentes las dificultades para hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos. Pero creemos, que aumentaría la posibilidad de diagnóstico y por lo tanto de tratamiento curativo, si el médico práctico recordara, que en una persona de zona endémica de Chagas (con transmisión vectorial o controlada la misma), que presente síndrome febril prolongado (especialmente niños) es necesario pensar en Chagas agudo y buscar Tripanosomas en sangre para poder diagnosticar y confirmar la enfermedad.

El control de la transmisión vectorial de Chagas es ya el presente en amplias zonas, y esperamos que en el futuro próximo se extienda a toda la región endémica. Estamos entonces en etapa de control. El mismo se hace fundamentalmente detectando vectores. Si este control falla, el triatoma volverá a las viviendas y con ellas el Tripanosoma y el Chagas vectorial. Es conveniente entonces saber esta forma aguda de enfermedad.

Además existen actualmente zonas con transmisión vectorial. Hoy mismo, en el día en que se realiza esta reunión sobre “*La enfermedad de Chagas. A la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Balance y futuro, 1909-2006*” (30 de agosto de 2006) concurrió desde Santiago del

Estero, la Dra. Pilar Nieto de Alderete, infatigable luchadora, organizadora y directora de cursos de capacitación médica en Latino América por diez años, con todo dolor me señaló, que en Santiago habían diagnosticado en el curso del 2006 veinte casos agudos vectoriales. En 2005 sesenta.

Hace unos cuantos años con el Dr. Oscar Ledesma del Centro de Patología Regional de Santiago del Estero (Argentina) realizamos este epítome que sintetiza lo publicado numerosas veces por el maestro Humberto Lugones (1) y O. Ledesma, en base a la enorme experiencia de ambos, en decenas de años de recibir pacientes con Chagas agudo vectorial. Mi única participación en esta circunstancia es haber aprendido de ellos en Santiago del Estero, obtenido fotografías, estudiado el aspecto cardiaco y organizado esta redacción.

Prácticamente todos los autores con experiencia en el período agudo de la Tripanosomiasis, han encontrado *especial prevalencia en la infancia*. Así, de la célebre primera comunicación de Carlos Chagas, 29 casos, todos con excepción de uno, fueron niños menores de cuatro años; S. Mazza y cols. (2) en más de 1.000 observaciones de Chagas agudo, encuentran que un 66 % corresponde a niños menores de 10 años; Ledesma y Lugones en Santiago del Estero (3), en el término de ocho años asistieron más de 1.500 casos de enfermos agudos, de los cuales el 83 % eran menores de 10 años de edad, siendo la mayoría de este grupo niños menores de 5 años. Por todo lo expuesto y por lo que veremos más adelante, es evidente que en las zonas endémicas la enfermedad de Chagas en su período agudo, es propia de la infancia, pero resulta que siendo muchos los niños pequeños afectados (menores de 5 años), también la forma crónica ya la tenemos en la infancia, en los niños mayores, con varios años de evolución.

En consecuencia, la enfermedad de Chagas en la infancia la debemos considerar en sus dos períodos fundamentales. El agudo, el más importante para la pediatría porque involucra la incidencia de casos graves y, aunque no bien cuantificada pero con riesgo real, la mortalidad; y el período crónico, de mucho menor importancia en pediatría ya que, con raras excepciones, se tratan de casos sin ninguna complicación ni manifestación clínica. Es decir, corresponden a lo que se conoce como “período crónico asintomático” o “indeterminado”.

Por otra parte, desde el punto de vista de la clínica, el Chagas agudo tiene particular importancia por corresponder al período de la enfermedad en que aparecen las manifestaciones o síntomas más característicos de la misma. Sin embargo hay un aspecto sumamente importante, que debe ser debidamente tenido en cuenta, como es el de la inapariencia, hecho aceptado por todos los investigadores que se han ocupado del tema. Se estima que el 95 % de los casos agudos pasan inadvertidos, y sin diagnóstico. De allí la enorme desproporción entre el número de casos agudos diagnosticados, en una región dada, y el de crónicos encontrados mediante muestreos epidemiológicos, ya que mientras los primeros se cuentan por

decenas y a lo sumo por cientos, los crónicos se cuentan fácilmente por miles y aún por millares. Ahora bien, nosotros al igual que muchos autores, pensamos que *no todo ese 95 % está constituido por casos totalmente asintomáticos*. Sostenemos, por haber constatado en la clínica, que algunos de ellos presentan sintomatología, que sabiendo valorarla y una vez relacionada al antecedente de medio endémico, puede orientarnos al diagnóstico etiológico.

Otro aspecto que también merece ser considerado es el referente a gravedad de la enfermedad, en el período agudo. En el “Centro de Enfermedad de Chagas y Patología Regional de Santiago del Estero”, en contra 75 % de formas leves o benignas, un 18 % son de mediana gravedad y un 7 % lo constituyen formas graves. Si los chagásicos agudos diagnosticados representan tan sólo un 5 % de la realidad epidemiológica, y aun en estos predominan las formas leves de escasa sintomatología, advertimos fácilmente que en el período que nos ocupa, domina lo subclínico y los síntomas mínimos. Así queda un reducido número de casos con la sintomatología florida con que habitualmente se describe los cuadros agudos más severos. *El pensar en Chagas, en base a una profusa sintomatología seguramente ha impedido, y aún impide, el diagnóstico de un mayor número de casos.*

Síntomas generales

El período de incubación se estima en términos corrientes entre 5 y 7 días, aceptándose que en algunos casos pueda llegar a 10 o 12.

Usualmente los síntomas generales se presentan acompañando a síntomas característicos de la enfermedad y simultáneamente con ellos; pero también, en ciertos casos, pueden representar las únicas manifestaciones clínicas, tal cual sucede por ejemplo con la “fiebre”. La presencia, variedad e intensidad de los mismos varía significativamente de un enfermo a otro. La mayoría de los casos presentan muy escasa sintomatología general, todo lo cual explica las dificultades diagnósticas y la existencia de enorme cantidad de casos que pasan inadvertidos.

Hemos encontrado, como más frecuentes y significativos, los siguientes: fiebre, abatimiento, cefalea, raquialgia, nerviosismo, irritabilidad, llanto, convulsiones, anorexia, vómitos, diarrea, meteorismo, palpitaciones, precordialgias, dolores musculares, astenia y algunos otros de menor importancia. De todos los síntomas de este grupo no cabe duda que la “fiebre” ocupa un lugar destacado. Los cuadros más intensamente febriles se observan frecuentemente en lactantes y niños pequeños, aún cuando naturalmente puede darse en cualquier edad, incluso en el adulto. Paralelamente, en los casos de gran hipertermia, se encuentra también parasitemia elevada, sin que esto constituya una ley absoluta.

Frecuentemente la fiebre desaparece simultáneamente con los síntomas más característicos de la enfermedad, comúnmente entre 25 a 50 días, aunque hayan casos en que duran varios meses. *En zonas endémicas no son infrecuentes los casos en que la fiebre es prácticamente la única manifestación constatable, por lo cual en esas circunstancias se presenta como verdadero síntoma guía.*

Los restantes síntomas generales mencionados, son de común observación en las formas graves o de mediana gravedad. Casos que, como ya se ha manifestado, se dan preferentemente en niños pequeños; en cambio, en las formas leves, los síntomas generales son escasos, poco llamativos y por lo común el estado general no está comprometido. Por ello insistimos en la importancia de los síntomas mínimos en el diagnóstico del Chagas agudo.

Formas de comienzo

- **Con puerta de entrada aparente**
 - i. Complejo Oftalmo Ganglionar
 - ii. Chagoma de inoculación
 - iii. Chagoma hematógeno
 - iv. Lipo-chagoma

- **Sin puerta de entrada aparente**
 - i. Edematosa
 - ii. Febril
 - iii. Visceral (Hepatoesplenomegalia)
 - iv. Cardíaca
 - v. Neurológica
 - vi. Digestiva

- **Formas con puerta de entrada aparente**
 - **Complejo Oftalmo Ganglionar**

Denominado por Romana “*conjuntivitis esquizotripanósica unilateral*” (4), también se conoce como “*signo del ojo en compota*”, “*signo de Romana*”, y otras designaciones. El complejo oftalmo ganglionar (Figuras 1 y 2) está constituido por los siguientes signos:

- i) *Edema bupalpebral*: se trata de un edema elástico, indoloro, de muy variada intensidad, apenas perceptible en algunos casos, mientras en otros llega a ocluir totalmente la abertura palpebral; en oportunidades es únicamente el párpado inferior

el edematizado, lo cual es muy típico (debe dudarse de la etiología chagásica cuando es únicamente el párpado superior el hinchado y tanto más si el edema es intenso y doloroso); junto con el eritema es una de las primeras manifestaciones que están presentes al inicio de la enfermedad;

- ii) *Eritema*: a veces rosado tenue, otras rojo y más comúnmente rojo violáceo o ajamonado; por veces puede ser únicamente una pigmentación (se observa en la mayoría de los casos, aunque pueda estar ausente en otros, y se lo ve preferentemente en los complejos en vías de regresión);



Dos niños con signo de Romana



Tres Chagas Agudos simultáneos, con Signo de Romaña.
(Ponce Garay- Centroamérica)

- iii) *Conjuntivitis*: también es muy precoz en muchos casos, al igual que otros autores encontramos que su presencia no es constante, yendo desde la irritación conjuntival a la quemosis; no es frecuente la secreción conjuntival y, cuando existe, no es purulenta;
- iv) *Adenopatía satélite*: manifestación muy constante, excepcionalmente falta, y está generalmente presente al comienzo del proceso; su localización es preauricular, submaxilar y parotídea, siendo varios los ganglios retroparotídeos y con frecuencia uno más grande que los demás, al que Mazza llamó ganglio perfecto;
- v) *Dacriodentitis*: es la inflamación e infarto de la glándula lagrimal que fuera descrito por primera vez por Mazza y Benitez; en nuestra casuística no ha sido un síntoma

de muy frecuente observación, pero a veces hemos observado casos con gran inflamación glandular.

Otros síntomas se encuentran, excepcionalmente, formando parte del síndrome que nos ocupa; ellos son:

vi) *Exoftalmia*, debido al edema inflamatorio del tejido celular retroorbitario; en algunos casos se produce fusión de dicho tejido celular y como consecuencia el hundimiento del globo ocular quedando como secuela definitiva disminución de la abertura palpebral (llamado por el Dr. Minoprio “ojo ñoco”) (Figura 3).

vii) *Dacriocistitis*, que puede llegar a formar colección serosa.



Figura 3: “Ojo ñoco” (en la foto: princesa de la Vendimia en Mendoza, asistida de niña por el Dr. Minoprio, por enfermedad de Chagas aguda con complejo oftalmoganglionar. (correspondencia personal)

viii) *Edema de hemicara*: es en realidad una extensión del edema palpebral.

También, y más raramente, han sido descriptos casos de queratitis y de parálisis de los músculos de la órbita.

En la mayoría de las casuísticas el complejo oftalmoganglionar es el síntoma sobresaliente. En el “Centro de Chagas de Santiago del Estero”, sobre un

total de 1.500 casos agudos observados con manifestaciones clínicas, encontramos que un 80 % o algo más lo presentaban . Sin embargo 15 años atrás, antes de la existencia del Servicio de Chagas, sobre 300 casos que pude diagnosticar personalmente (Lugones) en un consultorio externo de pediatría, encontraba solamente el 61 % de casos con signo de Romaña, y un 39 % de otras formas, lo que es muy diferente de lo que observamos hoy donde los enfermos, podría decirse, llegan pre-diagnosticados.

Por todo ello se puede concluir que es evidente que el complejo oftalmoganglionar es importante, y ayuda grandemente al diagnóstico de Chagas agudo, pero también, indudablemente, se puede llegar al diagnóstico por otras manifestaciones o síntomas (formas cutáneas, cardíacas, neurológicas, hepato – esplénomegalia, otras), aunque muchas veces no se los relaciona a la patología chagásica.

- **Chagoma de inoculación**

Conocido generalmente como forma cutánea, corresponde a Salvador Mazza y cols. el mérito de haberle asignado verdadero valor como manifestación de puerta de entrada de la infección.

Habitualmente de aspecto forunculoide, flemonoso o más raramente erisipelatoide, en muchos casos tiene notable semejanza al ántrax. Se presenta como una lesión circunscripta, caracterizada además del eritema, por una reacción inflamatoria que toma la piel y celular subcutáneo. No es dolorosa y casi siempre se acompaña de adenopatía satélite.

De tamaño variable, se presenta muchas veces como manifestación única, por lo menos la más ostensible. Su evolución es por lo general lenta, tardando varias semanas en desaparecer; quedando con alguna frecuencia como secuela una zona pigmentada y deprimida por fusión y desaparición del celular subcutáneo. En algunos casos el chagoma de inoculación llega a ulcerarse, en cuyo caso subsiste como una cicatriz retráctil.

- **Formas sin puerta de entrada aparente**

Por cierto que es en este grupo que vamos a considerar, donde se da el mayor número de enfermos cuyo período agudo transcurre sin manifestaciones llamativas.

Sin embargo, en un subgrupo que se está designando de “formas típicas” se encuentran signos característicos, inconfundibles, casi atognomónicos,

como por ejemplo el “Lipochagoma Geniano” (Figura 4) considerado como tal por R. Freire .

También es muy especial y difícil de confundir el “chagoma hematógeno “, por lo que nosotros insistimos que tiene el mismo valor diagnóstico del lipochagoma (figura 5) y en la práctica incluso resulta de mayor interés, por cuanto se lo observa más frecuentemente.

En el subgrupo de “formas atípicas” están los cuadros más generales, más proteiformes, menos específicos y por lo tanto de más difícil diagnóstico. Pero consideramos que tenerlos presentes, en las zonas endémicas, facilita el conocimiento de Chagas, disminuyendo ese enorme porcentaje de casos no diagnosticados.

- **Formas típicas**

- *Chagoma hematógeno* se trata de una verdadera tumoración subcutánea, generalmente sin alteración del colorido normal de la piel, poco o nada adherente a los planos profundos, escasamente dolorosos, de tamaño que puede variar desde el de una moneda al de una mano. Puede ser único o múltiple y estar asentado(s) en cualquier parte del cuerpo. Las localizaciones más comunes son: abdomen inferior, muslos, nalga. Se observa casi exclusivamente en niños pequeños y en las formas graves o de mediana gravedad, siendo de rara observación en el adulto y en los casos leves.



Figura 4: Lipochagoma geniano bilateral (con marcador demográfico)

- *Lipochagoma Geniano* (Figura 4): así se denomina al chagoma hematógico que toma la bola adiposa de Bichat, y que tiene una consistencia blanda, lipomatosa.



CHAGAS AGUDO : HEPATO ESPLENOMEGALIA

- El *edema* es el menos característico de los síntomas del subgrupo de formas típicas. Sin embargo, el edema chagásico, que puede ser localizado o generalizado y de intensidad muy variable, se diferencia claramente de los edemas más comunes (renal, cardíaco, por hipoproteinemia y otros). Su consistencia es dura, elástica, renitente, dejando la señal de la presión digital, por todo lo cual se justifica su inclusión entre los síntomas típicos.

▪ **Formas atípicas**

- *Febрил:* La fiebre es el síntoma general más constante del Chagas agudo. Hablamos de forma febril cuando es el único síntoma llamativo y por lo tanto aquel que nos orienta al diagnóstico, en las zonas de endemia chagásica.

- *Visceral (Hepato-esplenomegalia):* es de común observación. Representa 50 % en nuestra casuística (Figura 5), ya sea de uno de estos órganos o de ambos simultáneamente. Es más común en las formas graves y de mediana gravedad, pero puede darse incluso en formas benignas. Según la mayoría de los autores sería el hígado el órgano más comúnmente agrandado. En cuanto a la intensidad, es variable, al lado de muy discretos aumentos hay casos de llamativa hipertrofia. Generalmente insensible puede a veces ser ligeramente doloroso. El momento de aparición del síntoma es variable, puede ocurrir precozmente así como puede aparecer en cualquier momento de la evolución, incluso tardíamente. Asimismo, es uno de los últimos síntomas en desaparecer, incluso en los casos sometidos a tratamiento. En muchos pacientes constituye, juntamente con la fiebre, el síntoma que nos puede hacer pensar en Chagas, ya que son los únicos presentes. De allí su importancia en áreas endémicas.

- *Cardíaca:* Todos los autores, desde C. Chagas, mencionan la “taquicardia”, sin relación con la temperatura o en desproporción con ella, como un síntoma frecuente en la fase aguda de la enfermedad. Observación que hicimos también nosotros, encontrando al igual que esos investigadores, que muchas veces el pulso es normal. Aún se citan casos de bradicardia. Cuando está presente la taquicardia, se interpreta con expresión de compromiso cardíaco. En general tal circunstancia se da con frecuencia en el Chagas agudo. Hay casos con francas manifestaciones de miocarditis, tales como arritmia; diversas alteraciones de ECG; supradesniveles ST; inversión de T; bloqueo completo de rama derecha; agrandamiento de la imagen cardíaca, etc. Hay también casos, casi siempre graves, en lactantes y niños pequeños, con cuadros de gran insuficiencia cardíaca y sin ninguno de los síntomas característicos de Chagas. A eso lo denominamos forma cardíaca, porque dicho cuadro es lo único llamativo.

- *Neurológica:* Los cuadros meningoencefálicos, pueden ser la única manifestación de la Tripanosomiasis. Al igual que las formas cardíacas se da preferentemente en niños de primera infancia.

- *Digestiva:* Un cuadro de diarrea pertinaz puede deberse a Chagas agudo.

▪ **Otros síntomas**

- *Manifestaciones exantemáticas:* Salvador Mazza realizó un estudio minucioso de este síntoma, que es poco frecuente. Se observa más comúnmente en niños mayores y adultos y puede aparecer con los primeros síntomas o más

tardíamente. Se distinguen las “*esquizotripanides*”, denominadas así en analogía a las “*tripanides*” de la enfermedad del sueño; con erupciones morbiliformes o urticariformes de variable intensidad y generalmente en tórax, abdomen y especialmente muslos. Otra manifestación cutánea es la “*forma maculosa*”, que como su nombre lo indica, se caracteriza por máculas de tamaño variable, de 2 cm o más, de distribución irregular, de color más rosado, rojo violáceo o pigmentado, sin relieve sobre la piel, no dolorosos ni pruriginosos presentando entre sí grandes espacios de piel sana.

- *Adenopatía generalizada*: A más de los ganglios satélites y regionales observamos en relación a la puerta de entrada, complejo oftalmo ganglionar y chagoma de inoculación, hipertrofia ganglionar generalizada. Las regiones cervical, axilar e inguinal son las áreas donde más habitualmente se los detecta, aunque puedan estar en otras regiones, tales como epitrocleares, supraclaviculares, etc. Aparecen algunas veces precozmente, otras en el curso de la evolución del proceso. Pueden tener tamaños diversos, por lo general pequeños y no dolorosos. Retrogradan lentamente; su persistencia es de meses y hay autores que refieren su permanencia por años. En nuestra experiencia, también es un síntoma casi constante.

Laboratorio

▪ Diagnóstico del Chagas Agudo

El período agudo se caracteriza por la habitual elevada parasitemia, Es imprescindible buscar la presencia del *Trypanosoma cruzi* en sangre periférica, con lo que se confirma la enfermedad. En el “Laboratorio del Centro de Chagas” se comienza generalmente por la investigación en “gota fresca”, entre porta y cubre; si resulta negativa se pasa al “método de Strout”; y, si también éste fracasa, se recurre al “xenodiagnóstico”

Como en un primer momento de la enfermedad los anticuerpos específicos no están presentes, no debe pedirse investigación por las pruebas de inmunodiagnóstico, ya que las mismas resultaron obviamente negativas.

Debemos saber que encontraremos el parásito fácilmente y en abundancia en los casos graves y en niños pequeños aún en las formas benignas. Su hallazgo más difícil es en el niño mayor y en el adulto, especialmente si se tratan de casos leves.

Otros exámenes de laboratorio:

- *Hemograma*: Desde las primeras investigaciones, E. Dias, en 1912, llama la atención acerca de ciertas alteraciones observadas en el hemograma del Chagas agudo:
 - i) *Anemia*: puede ser el elemento orientador del diagnóstico; no es constante pero se presenta en la mayoría de los casos, si bien, como más de una vez se ha dicho, su causa puede estar ligada a factores nutritivos, sobre todo si recordamos que la gran mayoría de los casos de Chagas agudo provienen de la zona rural donde la alimentación, tanto cuantitativa como cualitativamente, es insuficiente;
 - ii) *Leucocitosis*: La linfocitosis es sin lugar a dudas la alteración más significativa y constante en el cuadro hemático.
 - *Eritrosedimentación*: En opinión de la mayoría de los autores y en coincidencia con nuestra propia experiencia, en general no es una prueba que se encuentre alterada en el Chagas agudo.
 - *Pruebas hepáticas*: Los distintos autores que han estudiado el punto, no siempre encuentran resultados perfectamente comparables, pero hay coincidencia al menos de que algunas de las pruebas más usadas se encuentran alteradas al comienzo del proceso, o se alteran con el avance del mismo ,especialmente transaminasas y fosfatasa.

Conclusión/ Recomendación Final

A modo de corolario quiero resaltar el siguiente concepto: ***persona, especialmente niño, de zona endémica, ACTUAL o EN CONTROL, con síndrome febril prolongado, debe pensarse en la posibilidad de Chagas agudo y realizar la búsqueda del parásito en sangre.*** Su diagnóstico certero permite el tratamiento parasitológico eficaz.

Cecilio Romaña me comentó hace muchos años, en Asunción del Paraguay, que los signos que él describió son típicos, pero poco frecuentes. Es, aclaró, “*como pretender diagnosticar sarampión por el Koplik. El diagnóstico será clínicamente inobjetable pero poco frecuente.*”

También quiero comentar que el “Centro de Chagas y Patología Regional de Santiago del Estero” lleva hoy el nombre de Prof. Dr. Humberto Lugones, en honor a ser el científico que más aportó en la Argentina en el tema y el artífice de lo aquí brevemente expuesto. Afortunadamente pueden leerlo en la página Web correspondiente (5). Y también aun hoy, dialogar con él con la misma fluidez, sabiduría y sencillez de siempre.

REFERENCIAS

1. Lugones H S. Clínica de la Enfermedad de Chagas aguda. Anales, 2^{do} Simposio Internacional de Enfermedad de Chagas; 1979. p.331.
2. Lugones HS. Consideraciones acerca de los síntomas del período agudo de la Enfermedad de Chagas en la Infancia. Anais do Congresso Internacional sobre a Doença de Chagas; 1959; Rio de Janeiro, Brasil; p. 861.
3. Mazza S. y Freire R. Manifestaciones cutáneas en Enfermedad de Chagas. Chagoma de Inoculación, Chagomas Metastásicos y Chagomas Hematógenos. Rev. MEPRA 1940; 46: 3-38.
4. Romaña C. Enfermedad de Chagas. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1963.
5. Lugones H. Chagas agudo: situación actual (conferencia). 1º Simposio virtual de Enfermedad de Chagas. Federación Argentina de Cardiología; 1999. Link a: [Chagas agudo Situación Actual](#)