

# Enfermedad de Chagas importada. A propósito de dos casos clínicos

Jose Muñoz, David Alonso, Joaquim Gascón

Secció de Medicina Tropical. Centre de Salut Internacional. Hospital Clínic. Barcelona

## Correspondencia:

Jose Muñoz

Secció de Medicina Tropical

Centre de Salut Internacional.

Rosselló 132, 2º 2º. 08036 Barcelona

E-mail: jmunozg@clinic.ub.es

## Resumen

La enfermedad de Chagas es una patología importada de países latinoamericanos. Es necesario generalizar la divulgación de su existencia y las bases de su manejo clínico en nuestro medio. En este artículo se exponen dos casos clínicos vistos en nuestra consulta de Medicina Tropical.

**Palabras clave:** Enfermedad de Chagas. Casos clínicos.

## Summary

Chagas' disease is an imported disease from some Latin American countries, commonly found as an asymptomatic disease in our clinics. Diagnostic and clinical management is now a priority in non-endemic areas receiving Latin American immigration. In this article we expose two clinical cases recently seen in our Tropical Medicine clinic.

**Key words:** Chagas disease. Clinical cases.

## Introducción

La enfermedad de Chagas es una zoonosis ampliamente estudiada en los países donde es una enfermedad endémica.

En nuestro país, la novedad supone un reto. Como añadido, el calificativo de "enfermedad importada" le confiere características diferenciales a la enfermedad que conocemos tal y como se manifiesta en los países endémicos. La principal de ellas probablemente sea la ausencia de reinfecciones durante el curso de la enfermedad debido a la inexistencia del contagio vectorial. Estas características, junto a que en la mayoría de ocasiones la enfermedad no manifiesta síntomas, oscurecen las perspectivas de conseguir, al menos de forma inmediata, una idónea detección y manejo de esta enfermedad en nuestro medio. Sin embargo, la enfermedad de Chagas está desde hace tiempo en nuestros consultorios, latente, y es por eso que es necesaria tanto la divulgación de su existencia en nuestro medio como las bases de su manejo clínico.

A continuación presentamos dos casos clínicos vistos en nuestra consulta de Medicina Tropical.

## Descripción de casos

**Caso 1.** Paciente de 40 años, natural de Santa Cruz, Bolivia. Como antecedentes epidemiológicos de interés, la paciente había vivido en zona rural, en casas de adobe. No tenía historia de recepción o donación de sangre. No había vivido en otros países fuera de Bolivia hasta el año 2001 en que emigra a España. Tenía cinco hijos sanos en su país.

La paciente presenta en enero de 1998, coincidiendo con el tercer trimestre de su último embarazo, un episodio de disnea, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Es hospitalizada, y diagnosticada de hipertensión arterial, por lo que se inicia tratamiento con fármacos inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA). Es también diagnosticada de enfermedad de Chagas mediante técnicas de xenodiagnóstico, aunque no se inicia tratamiento específico para *Trypanosoma cruzi*. De forma paralela a la finalización del embarazo y el inicio del tratamiento con IECA la paciente presenta mejoría clínica progresiva y queda asintomática.

En enero del 2004 ingresa en un hospital de Barcelona por nuevo episodio de disnea, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Se realiza electrocardiograma (Figura 1) que muestra bradicardia sinusal a 40 latidos por minuto con morfología de bloqueo de rama derecha y extrasístoles ventriculares.

La radiografía de tórax (Figura 2) muestra aumento del índice cardiotorácico sin signos de hipertensión venocapilar.

La analítica no muestra alteraciones remarcables. Se realiza estudio Holter de 24 horas en el que se observa una bradicardia sinusal con pausas de hasta 3", extrasístoles ventriculares sin salvas de taquicardia ventricular (TV) y un bloqueo de rama derecha del haz de His. La ecocardiografía muestra ligera dilatación de cavidades derechas, insuficiencia mitral ligera sin lesiones valvulares y una función sistólica conservada (FE 56%).

La paciente es derivada en ese momento a la Sección de Medicina Tropical de nuestro hospital. Las pruebas serológicas realizadas fueron positivas (ELISA 8,4, Western-Blot+ (WB)), mientras que las pruebas parasitológicas (PCR, cultivo, examen directo) fueron negativas.

Ante el diagnóstico serológico positivo, y a la presencia de cardiopatía asociada, se decide iniciar tratamiento con benznidazol a dosis de 300 mg/día durante 60 días. La paciente no presenta efectos adversos durante el tratamiento. Se plantea la necesidad de implantar un marcapasos pero, finalmente se decide tratamiento conservador y seguimiento evolutivo.

La eficacia del tratamiento es, como ya se ha comentado, un tema aún en discusión. Tras el tratamiento, la paciente permaneció estable clínicamente. La serología continuaba positiva y, en ausencia de nuevos marcadores moleculares de evolución de la enfermedad, la valoración del beneficio real del tratamiento estará sujeto al paso de los meses y los años, tras los que la serología debe normalizarse y la cardiopatía mantenerse estable.

**Caso 2.** Paciente de 36 años sin antecedentes patológicos de interés que acudió al Hospital Clínic para control de su embarazo. La paciente era natural de una zona rural del Departamento de Chuquisaca, en Bolivia. Tenía una sola hija sana, fruto de un parto eutócico, y no presentaba antecedentes de donación o recepción de sangre. La paciente había llegado a Cataluña 13 meses antes, sin haber visitado otro país previamente.

Se realizó cribaje de enfermedad de Chagas, siendo las pruebas serológicas positivas (ELISA 7,2, WB+), así como la PCR.

La paciente tuvo un parto eutócico en julio de 2004. Se mantuvo asintomática durante todo la etapa de seguimiento clínico. La analítica, la radiografía de tórax y el estudio electrocardiográfico se mostraron dentro de la normalidad.

Ante la positividad de las pruebas serológicas y parasitológicas existía indicación de tratamiento con benznidazol. Sin embargo, no existen aún datos concluyentes en la literatura respecto a la seguridad del tratamiento con benznidazol en el período de lactancia.

Datos a favor de administrar el tratamiento eran la presencia de parasitemia detectable, y la descripción, aunque ocasional, de transmisión de *T. cruzi* a través de la leche materna. En contra estaba el dato del desconocimiento de la repercusión del benznidazol en el lactante.

En este caso se decidió iniciar el tratamiento una vez finalizado el período de lactancia.

Situaciones como las expuestas ponen de manifiesto el abandono científico al que ha sido sometido esta enfermedad endémica en países latinoamericanos, y muestran la necesidad de incentivar la investigación y el convencimiento sobre la enfermedad de Chagas, una enfermedad ahora ya "importada" en nuestro medio. La diversidad de los cuadros clínicos que pueden presentarse en los pacientes afectados, y los potenciales efectos adversos de la medicación, crean una cierta dificultad en el manejo de estos pacientes.

## Agradecimientos

El Dr. Alonso es investigador clínico, contratado con cargo a fondos de la RICET.

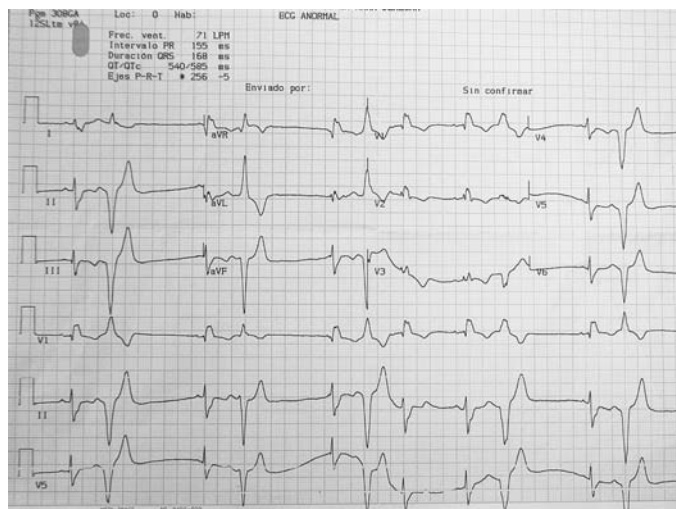


Figura 1.



Figura 2.