



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Mon-te-n-e-gro, Víc-tor M.; Cas-tro Ugal-de-, Jorge- A.; Ze-l-e-dón-, Rodri-go
Enfermedad de Chagas aguda, en un adulto tratado con benznidazol (Rochagan®) en Costa Rica
Acta Médica Costarricense, vol. 46, núm. 2, abril-junio, 2004, p. 0
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43424611>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Caso clínico

Enfermedad de Chagas aguda, en un adulto tratado con benznidazol (Rochagan®) en Costa Rica

Víctor M. Montenegro ¹, Jorge A. Castro-Ugalde ², Rodrigo Zeledón ¹.

Resumen

Se da a conocer un caso agudo de la enfermedad de Chagas en un adulto de 48 años con signo de Romaña, infectado al recibir un chorro de orina de una chinche (*T. dimidiata*), cuando trataba de destriparla con un palo de café. Es el primer adulto con enfermedad de Chagas aguda tratado en Costa Rica con benznidazol. Se citan los síntomas encontrados, así como los aspectos epidemiológicos relacionados con su presentación. Se enfatizan el tratamiento y la evolución del caso. Se hace un llamado de atención a los clínicos, ya que este caso no fue diagnosticado apropiadamente desde un inicio, lo que evidencia el desconocimiento que existe de la enfermedad de Chagas como motivo de consulta.

Descriptores: Chagas, agudo, benznidazol.

Recibido: 27 de octubre de 2004

Aceptado: 17 de febrero de 2004

Actualmente, pocos médicos costarricenses consideran la enfermedad de Chagas dentro de las posibles causas de consulta, y aún menos dominan su epidemiología, características clínicas y distribución en el país.

No obstante, se tiene noticia de la enfermedad en Costa Rica desde 1941 ¹, y se han descrito en la bibliografía alrededor de 50 casos confirmados, entre agudos y crónicos, y un número mayor de casos serológicamente positivos. Entre los reportados, 4 han sido mortales ^{2,3,4}. Hasta el momento 4 niños han sido tratados en el país: 3 con nifurtimox ⁵ y uno con benznidazol ⁶. En estas experiencias se ha logrado la cura parasitológica y se han bajado los títulos de anticuerpos, hasta su conversión en resultados serológicos negativos.

Se describe la experiencia de un caso agudo de enfermedad de Chagas en un adulto, los factores relativos a la transmisión y al tratamiento, y se refiere a la eventual presentación de esta enfermedad en la nación.

Presentación del caso

Paciente, masculino de 48 años, referido al Laboratorio de Zoonosis de la Escuela de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional (UNA), el 28 de octubre de 1998, por sospecha de enfermedad de Chagas.

El señor GAM, fue accidentalmente salpicado en un ojo con orina de *Triatomá dimidiata* al tratar de matar una ninfa con un “palito” de café. Una semana después no podía abrir el ojo y tenía fiebre alta. Consultó y fue internado en el Hospital San Rafael de Alajuela durante

¹. Laboratorio de Zoonosis, Escuela de Medicina Veterinaria, UNA.
². Clínica JACU, Especialista en Medicina Interna, 50 metros norte Hospital San Rafael, Alajuela.

Abreviaturas: ELISA, ensayo enzimático inmunoabsorbente; IFI, inmunofluorescencia indirecta; HAI, hemaglutinación indirecta.

Correspondencia: Dr. Rodrigo Zeledón, Escuela de Medicina Veterinaria, UNA, apto. 304-3000. Heredia. Fax: 237-9735

ocho días, de donde salió sin diagnóstico. Debido a esto decidió consultar particularmente y fue enviado al Laboratorio de Zoonosis para las pruebas diagnósticas.

Características clínicas

El 22 de octubre de 1998 fue valorado clínicamente y se le encontró signo de Romaña derecho. No se observaron adenopatías, ni adenitis preauricular, ni se detectó hepatosplenomegalia. Presentaba taquicardia sinusal (120/min) confirmada mediante un electrocardiograma. El ecocardiograma fue normal. Una radiografía de tórax mostró cardiomegalia grado 1, a expensas del ventrículo izquierdo.

El 28 de octubre se confirmó el diagnóstico de laboratorio y el 2 de noviembre se inició el tratamiento con Rochagan®, de la casa Roche (véase tratamiento). El 12 de noviembre presentó franca mejoría de la fiebre y el edema del ojo comienzo a ceder.

Los exámenes rutinarios de laboratorio mostraron ligero aumento de los leucocitos totales, con linfocitosis (Cuadro 1).

Diagnóstico de laboratorio

Se realizó un examen de sangre a fresco, el 28 de octubre, y se hizo cultivo en medio Senekjie, un xenodiagnóstico con 10 ninfas de 5º estadio de *Rhodnius prolixus*, y por último, se inocularon 3 ratones machos Balb/c con sangre del paciente.

En el examen de sangre a fresco se confirmó la presencia de *Trypanosoma cruzi* en sangre periférica. El medio de cultivo se revisó 9 días después de cultivado y se encontró positivo. Las pruebas serológicas (IFI, HAI y ELISA) resultaron positivas. Las ninfas utilizadas para el xenodiagnóstico eliminaron parásitos en sus heces 22 días después de ingerir sangre del paciente, y los ratones inoculados presentaron *T. cruzi* en sangre periférica, 15 días después del inóculo.

Tratamiento

Se decidió iniciar el tratamiento con benznidazol, a razón de 6.25 mg/kg de peso/diarios, (2 comprimidos bid) durante 60 días, el 2 de noviembre de 1998.

Durante el tratamiento, el paciente fue evaluado periódicamente con serología periódicamente. A los 60 días posttratamiento se decidió extenderlo por un mes más, ya que los títulos de anticuerpos no habían disminuido lo suficiente. Una caída significativa en los títulos de anticuerpos se nota hasta los noventa y cinco días en que las reacciones se tornan negativas (Cuadro 2). Como reacciones colaterales, presentó, a partir del 27 de enero, parestesia y calambres que no impidieron finalizar el tratamiento.

Aspectos epidemiológicos y otros datos

Se visitó la casa del paciente, ubicado en un área rural, Chilamate de San Pedro de Poás de Alajuela rodeada de cafetales, muy representativa de un área endémica de Costa Rica⁷.

El inmueble es de buena construcción, madera y fibrolit, con piso de madera y terrazo. Nunca se encontraron chinches dentro de la casa. A 2 metros de esta existe una bodega para guardar leña de café, de media pared, con techo de zinc, que es precisamente el lugar donde el dueño encontró las chinches. En la casa, además del paciente, habitan su esposa y 5 hijos (4 mujeres y 1 hombre). En la bodega permanecen amarrados 2 perros (hembra y macho), los cuales fueron evaluados serológicamente por *T. cruzi* y arrojaron resultados positivos, para las pruebas de ELISA, IFI y HAI.

Al remover parte de la leña, se encontraron 16 chinches (*T. dimidiata*) de todos los estadios, y 6 infectados con *T. cruzi*.

Discusión

Mientras el paciente se encontró hospitalizado fue tratado con antibióticos y antipiréticos, y se consideró que padecía una miocarditis idiopática o viral, lo que demuestra el escaso conocimiento entre algunos médicos de las características clínicas de la enfermedad, ya que durante la estancia en el hospital, ni siquiera se sospechó del "signo de Romaña" que presentaba este paciente, y que ya había sido descrito en el país⁸.

Desde el punto de vista epidemiológico, el caso es interesante, ya que la manera como el paciente se infectó, al tratar de matar al insecto con una pequeña estaca de café, no se ha reportado antes en la bibliografía.

En cuanto al tratamiento, se puede derivar 2 enseñanzas: que los clones costarricenses de *T. cruzi* son sensibles al benznidazol y responden bien al tratamiento con esta droga y que el paciente fue tratado a tiempo por lo que se logró la regresión de los síntomas, que hubieran podido llevarlo a una

Cuadro 1. Exámenes realizados de laboratorio.

	23-10-98	16-11-98	15-12-98	26-11-99
Hgb/Htco	14.5/43	13.2/40	14.4/43	15.6/46.6
Plaquetas * 103	447	380	300	253
Leucocitos	9200	8500	9000	7000
S/L/M/E	43/55/0/2	66/31/2/1	29/66/1/4	52/47/0/1
VES	28	40	11	-
Fosfatasa alcalina 235	-	-	-	-
Orina	-	Normal	-	Normal

Hgb: hemoglobina; Htco: hematocrito; S: segmentados, L: linfocitos, M: monocitos, E: eosinófilos. VES: volumen de eritrosedimentación.

Cuadro 2 Pruebas diagnósticas realizadas.							Referencias
	Exámenes serológicos.			Exámenes parasitológicos			
Fecha	IFI (Título)	HAI (Título)	ELISA1 (Cualitativo)	ELISA2 (Cualitativo)	Examen Directo	Xenodiagnóstico	
28.10.98	+	+	+	+	+	+	
	(1/128)	(1/16)					
2.11.98*	+	+	+	+	N.R.	N.R.	
	(1/128)	(1/32)					
4.12.98	+	+	+	+	N.R.	+	
	(1/64)	(1/32)					
15.1.99	+	+	+	+	N.R.	-	
	(1/64)	(1/16)					
16.2.99**	-	-	-	-	N.R.	N.R.	
	(<1/16)	(<1/8)					
5.4.99	-	-	-	-	N.R.	N.R.	
	(<1/16)	(<1/8)					
13.11.02	-	-	-	-	N.R.	-	
	(<1/16)	(<1/8)					

¹ Wierner (ELISA, con antígeno recombinante de la casa Wiener, Argentina).
² POLYCHACO (ELISA, con antígeno lisado de parásitos, POLYCHACO S.A.I.C., Argentina).
* Fecha de inicio del tratamiento.
** Tres meses después de iniciado el tratamiento.
N.R. No realizado.

cardiopatía grave. Se sabe que los buenos resultados con el benznidazol se obtienen en la fase aguda o en la fase crónica reciente de la enfermedad, ya que alrededor del 60% de los casos pueden ser curados. Esto no sucede en casos crónicos tardíos, en los cuales el porcentaje de cura desciende a un nivel de entre el 10% y 20%. No obstante, el dato puede variar de acuerdo con la fase de la enfermedad y con el periodo de tratamiento, la dosis, la edad del paciente y el origen geográfico. Una revisión critica de la quimioterapia de la enfermedad fue dada a conocer recientemente por Coura & Castro (2002).

Abstract

An acute case of Chagas “disease with Romañas” sign, in a 48 years old man, is described. Treatment with Benznidazol was succesfull. This is the first acute case in an adult treated with this drug in Costa Rica. Reference is made to the epidemiological aspects involved in this case and to the mechanism of infection. This person became infected when he was trying to kill a nymph of *T. dimidiata* with a coffee stick and received a jet of urine directly in the right eye. The case was not diagnosed by the clinicians while the patient was at the hospital indicating the poor knowledge of practitioners about the characteristics of the disease in our country.