

Transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas): a propósito de un caso

F. de Juan Martín⁽¹⁾, L. Roc Alfaro⁽²⁾, E. Lomba Fuentes⁽²⁾

⁽¹⁾Sección Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

⁽²⁾Servicio Microbiología. Hospital General Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 43-44]

RESUMEN

Comunicamos un caso de transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* de una madre boliviana que vive en España y afecta de enfermedad de Chagas asintomática. La serología a *T. cruzi* era positiva en la madre. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y el examen directo del parásito fueron positivos en sangre del recién nacido. Recibió tratamiento con benznidazole 10 mg/kg/día durante 90 días. La PCR, el examen directo y los test serológicos a *T. cruzi* se hicieron negativos.

PALABRAS CLAVE

Trypanosoma cruzi, Transmisión vertical.

Vertical transmission of Trypanosoma cruzi infection (Chagas'disease): a case report

ABSTRACT

We report a case of congenital transmission of *Trypanosoma cruzi* from a Bolivian mother with asymptomatic Chagas disease living in Spain. The serology to *T. cruzi* were positive for the mother. Nested PCR and direct examination were positive in the blood of the neonate. Received treatment with benznidazole 10 mg/kg/day for 90 days. Nested PCR, examination direct and serological test to *T. cruzi* were negative.

KEY WORDS

Trypanosoma cruzi, Vertical transmission.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas representa un problema importante de salud pública en América Latina. Se calcula que en áreas endémicas hay alrededor de 13 millones de infectados y la prevalencia de infección materna puede superar el 50%⁽¹⁾. En España, así como en otros países europeos, el incremento de inmigrantes latinoamericanos con enfermedad de Chagas ha aumentado el riesgo de transmisión por vía vertical de esta enfermedad y por consiguiente la aparición de formas congénitas⁽²⁻⁵⁾. Comunicamos un caso de transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* de una madre boliviana con enfermedad de Chagas con residencia en España.

CASO CLÍNICO

Recién nacido, primer hijo de una madre de 23 años de edad, producto de un embarazo y parto normal. Pesó al nacer 3.740 g. La madre presentó anticuerpos frente a *T. cruzi* durante el embarazo. En el recién nacido la determinación de anticuerpos IgG anti-*T. cruzi* fueron positivos por el método ELISA y títulos >1/160 por inmunofluorescencia (IFI). El estudio parasitológico en fresco, por técnica de gota gruesa y microhematocrito de sangre capilar, permitió identificar el parásito. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a *T. cruzi* fue también positiva.

Correspondencia: Fernando de Juan Martín

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Sección de Enfermedades Infecciosas

Isabel la Católica 1-3. 5008-Zaragoza

e-mail: fjuan@salud.aragon.es

Recibido: junio de 2010. Aceptado: junio de 2010

La exploración clínica del niño fue siempre normal, no presentó signos de distrés respiratorio, no se observaron visceromegalias, la exploración cardiológica fue normal, no se apreciaron alteraciones neurológicas y presentó una buena ganancia ponderoestatural.

Se estableció el diagnóstico de enfermedad de Chagas congénita asintomática y se inició tratamiento a los 2 meses de vida con benznidazol a la dosis de 10 mg/kg/día durante 90 días. En el control realizado al mes del tratamiento, la parasitemia había desaparecido y la PCR se hizo negativa. Los niveles de anticuerpos IgG anti-*T. cruzi* fueron disminuyendo hasta desaparecer a los 6 meses de vida.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es producida por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi* y representa un problema importante de salud pública en América Latina. La transmisión del parásito se realiza en áreas endémicas fundamentalmente por la picadura de un vector (hemípteros reduvidos de la subfamilia *Triatominae*). Otros mecanismos de infección son la transmisión vertical vía madre infectada, la transfusión de sangre y el trasplante de órganos. En áreas no endémicas, donde el vector no está presente, estos dos últimos mecanismos son los más importantes.

La prevalencia de esta infección en embarazadas latinoamericanas en España oscila entre el 3,4% y el 4,64%, llegando a ser en bolivianas del 17,5% y la tasa de transmisión vertical supera el 7,3%^(6,7).

La enfermedad de Chagas congénita se puede presentar de forma sintomática o asintomática. La forma sintomática oscila entre el 2-10% de los casos y aparece de forma precoz durante el primer mes de vida o de forma tardía si lo hace más tarde. Pueden presentar manifestaciones graves como distrés respiratorio, hepatoesplenomegalia, miocarditis y meningoencefalitis que a veces pone en peligro la vida del niño. Después de la fase aguda, sea sintomática o asintomática, si no son tratados entrarán en la fase crónica y entre el 25-35% desarrollarán en la edad adulta complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas. El tratamiento suele ser eficaz en más del 90% de los niños pero su eficacia disminuye con la edad⁽¹⁾.

Los hijos de embarazadas infectadas presentan riesgo de infección. Como los test serológicos no pueden diferenciar si los anticuerpos anti-*T. cruzi* proceden de la madre o del recién nacido, deben ser sometidos a examen directo de la sangre, para buscar la presencia del parásito, y a pruebas de PCR. La positividad de cualquiera de las dos pruebas junto con el antecedente de serología positiva en la madre sirve para establecer el diagnóstico de enfermedad de Chagas congénita e iniciar el tratamiento. Si la parasitemia y la PCR son negativas se deben repetir antes del mes de vida y si siguen siendo negativas se realizarán estudios serológicos hasta los 9-10 meses, cuando se supone que el nivel de anticuerpos maternos tiene que haber disminuido. Las técnicas utilizadas para determinar IgM específicas dan resultados falsos con mucha frecuencia^(8,9).

En nuestro caso, la madre presentó anticuerpos anti-*T. cruzi* en el estudio serológico, se observó la presencia de parásitos en examen directo de sangre y la PCR a *T. cruzi* fue positiva.

Una vez establecido el diagnóstico de la enfermedad hay que comenzar, tan pronto como sea posible, el tratamiento con benznidazol a la dosis de 10 mg/kg/día durante un período de 30-60 días. La eficacia del tratamiento en las formas congénitas es superior al 90% cuando son tratados durante el primer año de vida. La respuesta al tratamiento se valora por la desaparición de la parasitemia y la negativización de la PCR⁽⁶⁾.

Los enfermos tratados de enfermedad de Chagas congénita deben ser controlados posteriormente mediante la evolución de la tasa de anticuerpos específicos (ELISA e IFI) y la determinación de la PCR. Este control está indicado a los 3 meses de terminar el tratamiento y posteriormente de forma anual durante 3-5 años.

En nuestro caso, la parasitemia desapareció a los 90 días de tratamiento y se negativizó la PCR. Los anticuerpos fueron indetectables a los 6 meses de vida.

Debido a la aparición de casos de enfermedad de Chagas congénita en nuestro medio es aconsejable el cribado de esta enfermedad en las mujeres embarazadas procedentes de países endémicos, especialmente de Bolivia^(4-6,9).

BIBLIOGRAFÍA

- Bern C, Montgomery S, Herwald B et al. Evaluation and treatment of Chagas Disease in the United States. A systematic review. *JAMA* 2007; 298: 2171-2181.
- Paricio JM, Benlloch MJ, Collar JI et al. Vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en tres maternidades de la Comunidad Valenciana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 26: 609-613.
- Muñoz J, Coll O, Juncosa T et al. Prevalence and vertical transmission of *Trypanosoma cruzi* infection among pregnant latin american women attending 2 maternity clinics in Barcelona, Spain. *Clin Infect Dis J* 2009; 48: 1736-1740.
- Riera C, Guarro A, Kassab HE et al. Congenital transmission of *Trypanosoma cruzi* in Europe (Spain): a case report. *Am J Trop Med Hyg* 2006; 75: 1078-1081.
- Flores-Chavez M, Faez Y, Olalla J et al. Fatal congenital Chagas disease in a non-endemic area: a case report. *Cases Journal* 2008; 1: 302.
- Carrilero B, Quesada J, Alfayate S, Segovia M. Enfermedad de Chagas congénita en recién nacido de madre de origen boliviano. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 27: 487-488.
- Jackson Y, Myers C, Diana A et al. Congenital transmission of Chagas disease in latin american immigrants in Switzerland. *Emerg Infect Dis* 2009; 15: 601-603.
- Gascón J. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas importada. Conferencia de Consenso. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 230-235.
- Gascón J, Pinazo MJ. Control de la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* en España: principal reto de la patología importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 26: 607-608.