

EL CHAGAS CONGÉNITO, TRASPASANDO FRONTERAS

Aguado Lobo I*, Olabarrieta Arnal I, Cenzual G, Merino F, Calvo Rey C.
Servicio de Pediatría. Servicio de Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés
(Madrid).

Isabel Aguado Lobo. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Avda Orellana, s.n.
Leganés. 28911. Madrid. Teléfono 660952160. iaeureka@yahoo.es

Introducción. La enfermedad de Chagas es una parasitosis producida por el protozoo flagelado , *Trypanosoma cruzi*. En zonas rurales de América Latina, donde es endémica, la enfermedad se adquiere principalmente por vía vectorial mediante picadura de un insecto (Triatoma). En las ciudades, la vía de transmisión más frecuente es la no vectorial o interhumana, por trasfusión de sangre o por vía materno-fetal. Presentamos un caso de Chagas congénito.

Caso clínico. Recién nacido a término, hijo de madre boliviana, diagnosticada durante el embarazo de Enfermedad de Chagas. Tras 48 horas se realizó en el recién nacido determinación de PCR para *T.cruzi* y microhematocrito que resultaron positivos por lo que se decidió ingreso. Durante su estancia hospitalaria el paciente se mantuvo asintomático con exploración física normal. Se realizaron hemograma, bioquímica, radiografía de tórax, ecocardiografía, electrocardiograma, ecografía cerebral y fondo de ojo sin mostrar alteraciones. Recibió tratamiento oral con benznidazol (10mg/kg/día) con buena tolerancia hasta completar 30 días. No presentó leucopenia, ni trombopenia en controles de hemograma semanales. Al finalizar el tratamiento, la parasitemia resultó negativa, con títulos de anticuerpos en descenso, hasta el noveno mes de vida cuando se negativiza.

Comentarios. La enfermedad de Chagas congénita se define en aquellos recién nacidos hijos de madre con serología positiva y en los que al nacimiento, se evidencia parasitemia. La transmisión es mayor cuando las madres tienen altas parasitemias, presentan coinfección con VIH o tienen hijos previos con enfermedad de Chagas. Clínicamente se pueden diferenciar formas asintomáticas (80%) (con riesgo de desarrollar enfermedad crónica en edad adulta) y sintomáticas. Para el diagnóstico, en los primeros 6-9 meses de vida, se emplean métodos directos (microhematocrito, PCR). A partir de los 9 meses, cuando los anticuerpos IgG maternos han desaparecido, los métodos serológicos son los de elección. El benznidazol (10mg/kg/día durante 30-60 días) es el fármaco de elección disponible en España. Sus efectos adversos más frecuentes son la hipersensibilidad cutánea, plaquetopenia, neutropenia y alteraciones neurológicas. Para monitorizar la respuesta al tratamiento se recomienda realizar microhematocrito semanal hasta su negativización y confirmar en dos ocasiones desaparición de anticuerpos. La enfermedad de Chagas congénita tiene un diagnóstico de bajo coste y sencillo de realizar. Dado que en los primeros años de vida la respuesta al tratamiento es excelente y se puede curar la enfermedad, evitando la progresión a formas crónicas y reduciendo la mortalidad, se deberían establecer programas de detección precoz en las mujeres gestantes procedentes de Latino América.

SOLICITADO.....POSTER