

# ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL NIÑO

por los doctores

JAIME CH. CATALAN, VICENTE CALLEA y LIDIA B. de CATALAN

Considerando necesario insistir ante el pediatra y el médico general sobre el pavoroso problema de la Enfermedad de Chagas en la infancia, es que presentamos este trabajo. Esta consideración emana de un hecho frecuente en la práctica: *El médico no piensa en Chagas*, siendo magra la bibliografía que sobre Chagas en el niño dispone.

A este efecto, revisaremos los conceptos básicos actuales sobre la enfermedad con especial referencia al niño.

**MORBILIDAD.** — Recordamos las palabras del Ministro de Salud Pública de la Nación pronunciadas recientemente en la ciudad de San Juan: "Todos los años 50.000 niños se incorporan a la legión de los infectados... puede calcularse que la enfermedad de Chagas cuesta al país 12.000.000.000 de pesos anuales".

Está demostrado que la forma aguda del morbo de Chagas es mucho más común en el niño que en el adulto. Transcribimos las cifras dadas por M.E.P.R.A. sobre 1.232 casos:

6 meses	85
6 m. — 1 año	85
1 — 1 "	133
2 — 5 "	249
5 — 10 "	265
10 — 20 "	248
20 — 40 "	131
40 — 60 "	31
+ 60 "	5

Corresponden por lo tanto 66 % de los casos a niños menores de 10 años. Volveremos a insistir sobre el particular al referirnos a mecanismos de infección.

**CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS.** — El área afectada en la República Argentina comprende 12 millones de habitantes. Hay vinchucas desde el límite Norte del país hasta el paralelo 43 Sur, si bien las especies infectadas alcanzan hasta el paralelo 38 Sur (altura aproximada Bahía Blanca).

Se hace resaltar que en esta amplia zona están comprendidas Capital Federal y Gran Buenos Aires. Esta región se creía libre del flagelo, pero se han comprobado casos humanos.

**AGENTE TRASMISOR.** — Triatomideos; principalmente el "Infestans" sin olvidar la existencia de otros "T. platensis", en nuestra zona por ejemplo (Gral. Alvear, Mza.) y la adaptación de especies silvestres a la vida doméstica, hecho muy importante por las consecuencias directas que tiene en la lucha contra la enfermedad. Se destaca la notable resistencia al ayuno así como la capacidad reproductiva del Triatomideo.

casos	6,89 %
"	6,89 %
"	10,79 %
"	20,21 %
"	21,50 %
"	20,12 %
"	10,63 %
"	2,51 %
"	0,4 %

**AGENTE ETIOLÓGICO.** — Trypanosoma cruzi, exclusivo de América.

**MECANISMO DE INFECCIÓN.** — A este respecto nos interesa el siguiente planteamiento: ¿Có-

mo se orienta la vinchuca hacia su víctima? ¿Por qué su preferencia hacia los niños?

Desde el primer punto de vista la orientación se efectuaría en base a las ondas de calor radiante emitidas por el ser humano y animales y captadas por los receptores que el insecto posee en las antenas, tarsos y extremidades de la trompa. No creemos que el anhídrido carbónico tenga un papel orientador como dice Bühler, por cuanto la concentración perifacial no se mantiene hasta el techo o parte alta de las paredes desde donde el hematófago se deja caer sobre su víctima. Por otra parte se considera a este gas como un medio prácticamente atermo, es decir, que no dejaría pasar los rayos calóricos.

La preferencia por la cara estaría determinada por estar la misma, habitualmente descubierta durante el sueño y ser emisora de ondas calóricas, por lo tanto sin interferencia de ropas, lo mismo que cualquier otro segmento del organismo en iguales condiciones. No olvidemos que durante el verano, que es cuando preferentemente ataca el Triatomideo, los niños suelen dormir destapados y con la mayor parte del organismo expuesto.

La segunda parte del interrogatorio se contestaría en base a la mayor pérdida calórica por unidad de superficie del lactante y niño pequeño.

En cuanto a la importancia de las deyecciones como material infectante no existe duda alguna, pero sí se nos antoja un tanto rebuscada la idea de que cada vez que "la vinchuca succiona su víctima, al terminar, gire 180°, defeque y que la proyección de las deyecciones vaya a parar al ojo o zonas circunvecinas". Tendríamos que imaginar a la vinchuca ubicada en el momento de succionar en uno de los radios de una circunferencia cuyo centro sería la hendidura palpebral. Esta dificultad en la producción del síndrome oftálmico estaría de acuerdo con el hecho de que la mayor parte de los casos de Enfermedad de Chagas pasan desapercibidos por habituación del médico a pensar en Chagas agudo solamente ante la presencia del signo de Romaña. Por esa razón, pueden leerse estadísticas, donde este signo está presente en el 70 % de los casos diagnosticados, pues difícilmente escapa a la mente de un médico de zona endémica pensar en enfermedad de Chagas ante él. Nos preguntamos cuántos casos de Chagas han quedado sin diagnosticar por no haber presentado el complejo oftalmoganglionar.

Insistimos por lo tanto en la más concien-

zuda búsqueda de la vía de penetración cutánea que el médico inadvertido suele confundir con la picadura de cualquier otro insecto y el público en general no da importancia, porque carece de la dramaticidad del complejo oftalmoganglionar.

Sobre los alcances de la vía de transmisión por transfusión sanguínea, no se ha efectuado en el país un estudio exhaustivo, pero podemos citar el alto porcentaje de dadores voluntarios de sangre supuestamente sanos investigados por Zorrilla en San Rafael (Mendoza) (15 %) como suficiente para alertar a los centros de Hemoterapia de las zonas de endemia.

En cuanto a la transmisión transplacentaria, suficientemente probada, pero tampoco bien investigada, es imprescindible en zonas endémicas hacer la investigación de rutina en forma de catastro.

El contacto con el material infectante (manipuleo de la vinchuca por ejemplo, por los niños, por juego o al cazarla por estimulación errónea de ciertas campañas antivinchucas), no deja de tener su importancia en ciertas ocasiones.

Párrafo aparte merece la consideración de la época del año en que es más frecuente la infección (verano), sin dejar de considerar la acción del microclima de la vivienda en invierno como han insistido algunos autores.

## SINTOMATOLOGIA

PERIODO AGUDO. — ¿Cómo se presenta el niño con un Chagas agudo ante el médico? Desde ya dejamos sentado el polimorfismo del cuadro y la importancia de la puerta de entrada inaparente. El niño puede ser llevado a la consulta presentando uno o varios de los síntomas que enunciaremos, cuyo orden no toma en cuenta la frecuencia de su presentación según las estadísticas conocidas hasta ahora, queriendo dejar constancia que es nuestro propósito erradicar de la mente del médico el pensar en Chagas agudo únicamente ante la presencia de un complejo oftalmoganglionar.

Diremos entonces que llega a la consulta por:

a) *Fiebre*. — Que puede durar hasta 20 ó 30 días alcanzando 40 a 41° en el lactante y no pasando generalmente de 38° en las formas benignas y en el niño mayorcito. Su frecuencia como síntoma llegaría al 85 % de los casos diagnosticados.

b) *Edema generalizado*. — De consistencia



mayor que el edema renal o cardíaco pero sin llegar a la dureza del escleroderma. Su presentación no es precoz, pudiendo ser muy notable. Un caso de meningoencefalitis Chagásica de un lactante de 6 meses que tuvimos ocasión de ver, presentaba la característica de un anasarca franco. Es más notable en la cara y escroto. La mayoría de los autores opinan que es muy frecuente, cosa que confirmaríamos con una búsqueda sistemática para despistar las formas subclínicas.

c) *Trastornos digestivos.* — Vómitos y diarreas, especialmente en el lactante. Nosotros observamos un caso de un niño de 3 meses en período de estado del Chagas agudo, con una intensa diarrea que no respondió en ningún momento a la antibioterapia intestinal y a la hidratación correcta. Hacemos constar que este caso se presentó fuera del período estival y con coprocultivo negativo.

d) *Trastornos respiratorios.* — Del tipo de la bronquitis aguda. Se han descrito formas bronconeumónicas. No son infrecuentes los derrames pleurales.

e) *Complejo oftalmoganglionar.* — Sobre el que no insistiremos por tratarse de un signo conocido.

f) *Complejo cutáneo.* — Asienta en cualquier lugar de la piel. Puede adoptar la forma de forúnculo (seudoforunculoide) o de placa de erisipela (pseudoerisipelatoide).

g) *Trastornos cardiovasculares.* — En el período agudo suele presentarse una pancarditis con predominio de los síntomas miocárdicos: taquicardia sin relación con la temperatura, apagamiento de los tonos, trastornos electrocardiográficos de la conducción, aumento de tamaño cardíaco, etc. Esta sintomatología se atenúa y desaparece en un período variable, generalmente alrededor del mes, pero de ninguna manera implica la desaparición de la enfermedad.

h) *Trastornos neurológicos.* — Irritabilidad o somnolencia, astenia, inquietud exagerada, fatiga, cefalea, son síntomas que nos están hablando de la participación del Sistema Nervioso en el período agudo. Pero el cuadro verdaderamente típico y más temible es la meningoencefalitis Chagásica, entidad más frecuente de lo que se cree. Ya la describió magistralmente Carlos Chagas en su primer trabajo de hace medio siglo y sólo encontramos luego una casuística interesante en el aporte a las Jornadas de Tucumán en 1952 que desde San Juan hicieron los doctores Martínez Colombres, Bocca y Bilella con 11 casos

comprobados, 2/3 de los cuales eran con puerta de entrada inaparente.

Nosotros hace muy poco tiempo tuvimos ocasión de comprobar 2 casos casi simultáneos de meningoencefalitis chagásica en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Gral. Alvear (Mza.). Eran lactantes de 4 y 6 meses procedentes de la vecina localidad de Real del Padre (Mza.) y que fallecieron dentro de las 48 horas de su internación. El cuadro clínico es común a cualquier otra meningoencefalitis: Fiebre intensa, opistótonos, somnolencia o irritabilidad, a veces vómitos o diarrea, etcétera.

Es interesante la aparición de edema generalizado que nos hará pensar en etiología chagásica.

El hallazgo del parásito en el L.C.R. no es lo habitual, pero ante su presencia, el diagnóstico es incommovible. La gota gruesa es habitualmente positiva en este período.

La meningoencefalitis es más común en los lactantes y es la forma clínica del período agudo que causa mayor cantidad de muertes y las que curan lo hacen con secuelas neurológicas y psíquicas que si bien pueden instalarse de entrada lo más común es que lo hagan en forma lenta y solapada.

i) Durante el estudio semiológico se podrá comprobar hepatoesplenomegalia como así también policroadenopatía generalizada.

j) *Cuadro hemático.* — Anemia hipocrómica discreta, linfomononucleosis. Eritrosedimentación acelerada. Casi siempre hipoproteïnemia.

## PERIODO CRONICO

Tres aspectos debemos considerar durante el período crónico del Chagas Infantil: La Cardiopatía Chagásica Crónica, los Megas y los Síndromes Neurológicos.

a) *Cardiopatía Chagásica Crónica.* — Por ser generalmente asintomática en el niño pasa desapercibida. Puede encontrársela al término de la edad escolar. No obstante la pesquisa electrocardiográfica puede revelarla.

b) *Megavisceras.* — Está demostrada la presencia de megaesófago y megacolon de etiología chagásica en los niños. Su frecuencia real está siendo estudiada por varios autores.

c) *Síndromes neurológicos.* — Déficit mental de grado variable y proteiformes, síndromes neurológicos a veces combinados entre sí, patentizan el desastre operado por el Trypanosoma en el sistema nervioso. Planteamos la frecuencia de las psiconeuropatías crónicas de

etiología chagásica en zona endémica. Consideramos necesario un examen más exhaustivo del tema en nuestro país.

DIAGNOSTICO POR EL LABORATORIO. — En la práctica se utilizan:

*Periodo agudo:* Gota gruesa (repetida) y xenodiagnóstico.

*Periodo crónico:* Reacción de Machado Guerreiro y xenodiagnóstico.

Asimismo el hemograma, proteinograma y cuando está indicada, la punción lumbar, son pruebas de laboratorio complementarias.

TRATAMIENTO. — Hasta este momento realmente descorazonante, pues si bien podemos actuar en la fase aguda, no sucede lo mismo con la crónica. De todo lo usado (7602, 3024, Win, arsenicales, etc.), queda "a mano" y no siempre el Cruzón (3024) y las aminoquinoleínas. Los nitrofuranos no dan hasta este momento señales de haber superado la situación.

*Cruzón.* — Se comienza con una ampolla de 150 mg indistintamente a edad o peso, luego se aumenta cada 2 ó 3 días, según tolerancia y respuesta clínica. La dosis total por encima de 100 mg por kg de peso pareciera ser la dosis útil.

*Aminoquinoleínas.* — Es decir, antimaláricos (usados con azul de metileno según algunos). Pramiquina: 80 a 90 mg por kilo de peso. Plasmoguina, igual dosis.

*Nitrofuranos (Altafur),* 10-20 mg por kilo de peso y por día.

*Medidas complementarias:* De tipo sintomático.

En el caso de miocarditis crónica tratarla según las manifestaciones que presente. Tener en cuenta la guanetidina en los bloqueos incompletos. Ante un síndrome de Stokes-Adams de acuerdo a lo expuesto en el 5º Congreso de Cardiología y, desde luego, en medio especializado, hacer primero Isuprel o Alupent, y segundo: marcapaso cardíaco externo, tercero cateterismo y cuarto marcapaso definitivo.

PROFILAXIS. — Creemos conocida por todos. El uso de Gamexane u otro no resuelve el problema si no va acompañado de las medidas sociales destinadas al mejoramiento de la vivienda rural y de la urbana de barrios pobres y populosos. La educación sanitaria completa el trípode que las autoridades deben emprender en forma conjunta, como un todo, y no adoptar medidas parciales cuyo

costo tendría una compensación todavía no demostrada.

RESUMEN. — Se plantea una revisión de los conceptos básicos actuales sobre la enfermedad de Chagas en el niño, exponiendo las razones que según los autores, explicarían la mayor frecuencia del morbo en los mismos. Se efectúa un llamado de atención al médico no prevenido que únicamente piensa en Chagas ante el complejo oftalmoganglionar, haciéndose un enfoque panorámico sobre la sintomatología del período agudo y crónico, dándose los habituales elementos para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis.

SUMMARY. — The authors do a revision of the basic and modern concepts about Chagas' disease in children giving a personal "point of view" in order to explain the greatest frequency in them.

They give a warning to the physicians about the possibility of Chagas' disease without Romaña' sign and do a panoramic review of the symptomatology in acute and chronic period with the usual elements for diagnosis, treatment and profilactic matters.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Calafat, S. y Catalán, J. Ch.: Difusión e índice de Infestación de vinchucas en Gral. Alvear (Mza.) y zonas circunvecinas. 1er. Congreso de Medicina Sanitaria de Mendoza (1961).
2. Calleja, V.: Formas neurológicas del Chagas Infantil. Symposium sobre Enf. de Chagas en la Infancia. Hospital Reg. de Gral. Alvear (Mza.), 1963.
3. Catalán, Ch. J.: Epidemiología. Tratamiento y Profilaxis de la Enfermedad de Chagas. Symposium sobre Enf. de Chagas en la Infancia. Hospital Reg. Gral. Alvear (Mza.), 1963.
4. Goble, F.: El Día Médico, 1962, XXXIV, Nº 8.
5. Koberle, F.: El Día Médico, 1962, XXXIV, Nº 8.
6. López Pondal, M.: El Día Médico, 1962, XXXIV, Nº 95.
7. Pedreira De Freitas, J. L.: El Día Médico, 1962, XXXIV, Nº 8.
8. Pellegrino, J. y Lobo de Resende, C.: Enf. de Chagas. Tratado de Enfermedades Infecciosas de la Infancia de Salas Ginebrera, 1962, Cap. LXIV, pág. 1263.
9. Romaña, C.: El Día Médico, 1962, XXXIV, Nº 8.
10. Romaña, C.: Enfermedad de Chagas. López Libreros Editores, 1963.
11. Toniolo, F.: Clínica de la Enfermedad de Chagas en los niños. Symposium sobre Enfermedad de Chagas en la Infancia. Hospital Reg. Gral. Alvear (Mza.), 1963.
12. Zorrilla, R. A.: Diagnóstico por el Laboratorio en la Enf. de Chagas. Symposium sobre Enf. de Chagas en la Infancia. Hospital Reg. Gral. Alvear (Mza.), 1963.