

La Enfermedad de Chagas en Honduras

COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Por los Drs. A. León Gómez h.,* A. Flores Fiallos h.,* L. Reyes Quesada,* E. R. Poujol,** Matilde R. Bonilla,*** C. Gómez Padilla****

La tripanosomiasis americana, denominada enfermedad de Chagas, fue descubierta en el Brasil en el año de 1909 por Carlos Chagas, infatigable investigador, quien hizo una magistral descripción de sus manifestaciones epidemiológicas, clínicas y cardiovasculares, 1 2. Desde entonces la enfermedad ha sido encontrada en forma progresiva en todos los países de América, con la excepción de Honduras y las Guayanas Holandesa e Inglesa³. En la América Central fue encontrada por primera vez esta entidad en El Salvador por Segovia en 1913 4, otros investigadores salvadoreños informan de nuevos casos: Reina Guerra 5, Urrutia y Alas 6, Castro 7, Fasquelle 8 García Montenegro 9 y últimamente Peñalver, Rodríguez y Sancho io describen en forma detallada las manifestaciones epidemiológicas, clínicas y cardíacas de esta dolencia en El Salvador. En Guatemala la enfermedad fue encontrada por vez primera por Reichnow n en 1933, y desde 1935 los trabajos de De León 12 13 14 15 16 17 18 19 han puesto en evidencia la importancia de la enfermedad en aquel país. Otros investigadores han hecho importantes aportes al estudio de la enfermedad en Guatemala: Montenegro 20, Estevez 21, Blanco 22, Peñalver 23, Tejada Valenzuela y Castro 24- En Costa Rica la enfermedad fue descrita originalmente en 1922 por Picado 25 y estudiada luego por Van Bulow 26, Céspedes 27, Chen 28, Céspedes y AAontero 29 y Zeledón 30. En Nicaragua Arce Paíz 31 y Alvarez Montalván y Gutiérrez 32 estudian los primeros casos en 1949.

En Honduras la enfermedad no ha sido oficialmente informada hasta ahora que presentamos el primer caso. En. 1950 Zepeda 33 observó la existencia del vector de la enfermedad de Chagas en diversas zonas del país. En el Departamento de Cardiología del Hospital General San Felipe, hemos venido observando la frecuente existencia de cardiopatías cuya etiología nos ha sido imposible determinar- Sospechando que la tripanosomiasis americana, podría ser el factor etiológico de estas cardiopatías, en agosto de 1960, se organizó en Tegucigalpa el Grupo Investigador de la enfermedad de Chagas en Honduras.

Como paso previo se inició la búsqueda de los reduvidios hemató-

* Depto. Medicina Interna del Hospital General San Felipe. ** Laboratorio General San Felipe. *** Del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP). **** Interno de la Sala Medicina de Hombres Hospital General San Felipe.

fagos vectores de la enfermedad habiéndose encontrado tres especies: *Triatoma Dimidiata*, *Rhodnius Prolixus* y *Triatoma Nítida*.

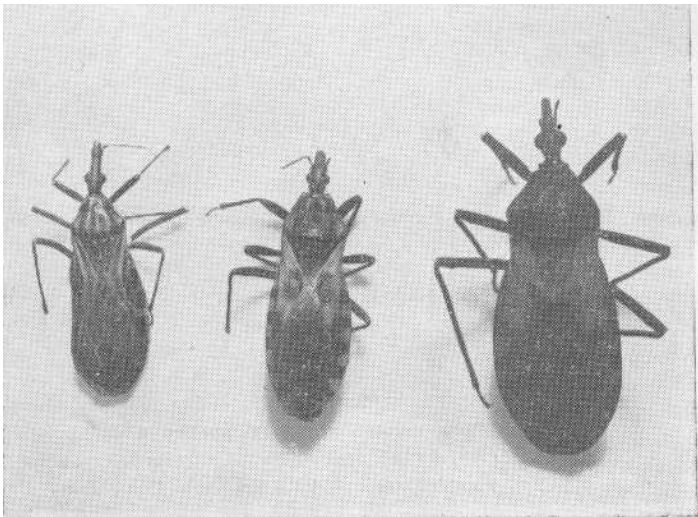
ESPECIES ENCONTRADAS

<i>Triatoma Dimidiata</i> : 15 ejemplares	Infestados: 0
<i>Triatoma Nítida</i> : 1 ejemplar	“ 0
<i>Rhodnius Prolixus</i> : 31 ejemplares	“ 3

Los vectores se hallan distribuidos por todo el país siendo conocidos vulgarmente como chinches picudas. Su número posiblemente se ha reducido en los últimos tiempos por el uso de insecticidas en la campaña de la erradicación de la Malaria. Los ejemplares encontrados fueron estudiados cuidadosamente con el fin de determinar su índice de infestación; 3 ejemplares de *Rhodnius Prolixus* se encontraron fuertemente infestados con *trypanosoma rangeli* y procedían de la Ermita, jurisdicción de Talanga, departamento de AAorazán.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En el mes de Septiembre de 1960, una extensión sanguínea tomada en el Hospital de Santa Bárbara para la búsqueda de malaria, y la cual fue posteriormente enviada al SNEAA en Tegucigalpa, fue encontrada positiva por *trypanosoma cruzi* por el laboratorista Carlos Gómez. Por cortesía del Dr. J. Zepeda, Jefe del SNEAA, dicha extensión sanguínea y el nombre del paciente nos fue facilitado para así traerlo al Depto. de Cardiología del Hospital General para ulteriores estudios.



De izquierda a derecha los vectores de la enfermedad de **Chagas en Honduras**:
Rhodnius Prolixus, *Triatoma Nítida* y *Triatoma Dimidiata*.

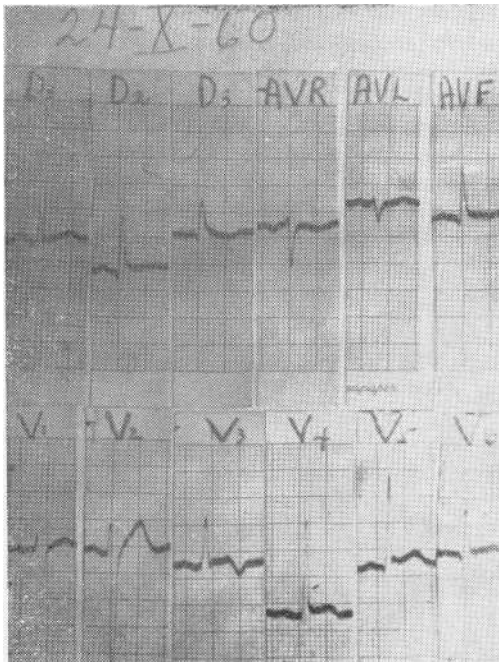
R. L. B. Sexo masculino de 25 años, labrador, casado. Nació en Las Crucitas, departamento de Santa Bárbara. Ingresó al Hospital General San Felipe, el 18 de octubre de 1960.

Antecedentes familiares: padre vive, es sano. Madre vive, sana. Tiene 5 hermanos, de ellos uno de 27 años, quien sufre de cefalea, astenia, palidez, disnea de grandes esfuerzos y palpitaciones cardíacas; los demás son sanos en apariencia.

Antecedentes personales: Vive en un pequeño rancho, que tiene techo de paja y paredes de bahareque, en una pieza convive con su esposa y dos niñas; en la otra prepara sus aumentos. Dice que hay muchas chinches y por las noches bajan por las paredes a sus camas, y los han picado en varias ocasiones. Trajo consigo dos ejemplares de *Rhodnius prolixus* obtenidos en su propia casa. No fuma ni toma licor.

Enfermedades anteriores: Artralgias en rodillas sin flogosis. Sarampión, parotiditis, paludismo.

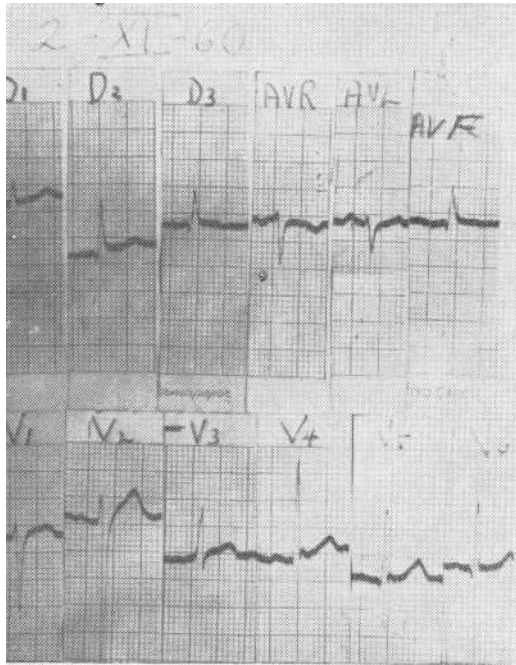
Enfermedad actual: el 4 de septiembre de 1960, empieza a sentir calenturas, precedidas de malestar general y cefalea, con duración de 4 horas y que finalizan con sudoración abundante, fueron cotidianas y permaneció



Electrocardiograma mostrando desnivel positivo o del segmento S-T., Onda T. negativa en V.3 y Ondas T. aplastadas en V.4 V.5 V.6

así hasta el 7 de septiembre, fecha que tomó medicamentos del Hospital de Santa Bárbara y del Dispensario de Sanidad, notando mejoría relativa, ya que la fiebre se tornó alterna (ignora el nombre de las medicinas). En esta

fecha le fue tomada una extensión sanguínea que luego resultó positiva (Tr. Cruzi). Al regresar a su casa en días subsiguientes, aparecen mialgias generalizadas, cefalea fronto parietales, astenia, anorexia, disnea de grandes y medianos esfuerzos que le obligan a detener la marcha y descansar; asimismo siente palpitaciones cardíacas (aleteo según sus propias palabras) rítmicas, ligadas al ejercicio, de principio y fin gradual, acompañadas de algia precordial opresiva de intensidad moderada e irradiada al reborde costal izquierdo; estos últimos síntomas desaparecen con el reposo.



Electrocardiograma mostrando desnivel positivo del segmento S-T, Onda T. negativa en V3 V4 V5 y V6. La onda T. en V3 se ha hecho más positiva en comparación al trazado anterior.

Examen físico: Peso 127 libras, estatura 66 pulgadas.

Cabeza: Adenopatía retroauricular. Conjuntivas pálidas. Dientes en mal estado. Higiene bucal mala. Amígdalas hipertróficas. Cuello: adenopatía submaxilar bilateral; ganglios del tamaño de un frijol corriente, movibles e indoloros.

Normolíneo mestizo, de regular constitución física, mal nutrido.

Corazón: Apex late en 5 E. 1. I. en la L. M. C. Perfil izq.: 3 Eli a 2 cm. del B. E. Se dirige al ápex en forma convexa. Perfil Der. no rebasa el borde esternal derecho. 80 revoluciones cardíacas por minuto, regulares.

F. M., F. T. F. A., A. A. y F. P. no hay soplos. 1 y 2 ruidos normales.

Pulmones: Normal. **Abdomen:** depresible. **Hígado y Bazo:** no se palpan.

Miembros superiores: T. A. Bazo derecho: 100-60. Brazo izquierdo 105-65.

Miembros inferiores: normales.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Orina: (20-X-60) Color amarillo, turbia, acida, densidad 1018; albúmina y glucosa negativa. Microscópico: leucocitos más 3.

Recuento globular: Leu: 5.000 (cinco mil G. R.: 4.000.000 hg.: 13.5 gms. hemat. 43, N:44. L:56. (31-X-60). Hematozoaño: 0.

Heces: Ascárides (huevos). Serología: VDRL: 0 (31-X-60).

Química Sanguínea (2-XI-60) NNP 40 mqs. Creatinina: 1.85mqs.

XENODIAGNÓSTICO: (20-X-60): Positivo a los 16 días. Se usaron *Rhodnius Prolixus*.

.....
Telerradiografías: 1 (24-X-60) No hay patología pulmonar. Corazón, aorta y mediastino superior: normal. 2) (29-X-60). Sin cambio notable en comparación a la anterior. 3) (12-X-60) Área cardíaca ha aumentado de tamaño al comparar esta radiografía con la tomada el 24-X-60.

HEMOCULTIVOS: Se sembraron 7 tubos de medio N N N, con resultado negativo.

ELECTROCARDIOGRAMAS: Desde el ingreso del paciente al hospital, se han hecho registros electro cardio gráficos en serie. Se han observado alteraciones de la onda T, y del segmento S-T.

DIAGNÓSTICO: Trypanosomiasis americana con miocarditis aguda. (Enfermedad de Chagas).

TRATAMIENTO: Como tratamiento el paciente recibió un curso de aureomicina de 250 mqs. por diez días, seguido de un curso de primaquina durante 15 días. Permaneció en reposo durante 1 mes y al dársele de alta, se le advirtió mantenerse en contacto con nosotros e informarnos cualquier trastorno. Salió mejorado.

CONCLUSIONES: Se informa el primer caso de trypanosomiasis americana (Enfermedad de Chagas) en Honduras. En este caso hay manifestaciones clínicas propias de una miocarditis aguda con alteraciones radio lógicas y electro cardio gráficas.

La comprobación de esta entidad en Honduras, viene a sumar a nuestro país a todos los demás países de América Latina que albergan la enfermedad de Chagas.

Dadas las condiciones precarias de vivienda de nuestro campesino, es posible que el problema presentado por la enfermedad de Chagas, se manifieste en forma análoga a otros países centroamericanos.

Conviene continuar estudiando nuestra patología cardíaca, con el fin de determinar en forma más exacta la frecuencia de la miocarditis crónica chagásica en Honduras.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Chagas C.—Aspecto clínico da nova entidade mórbida produzida pelo Schizotrypanum cruzi. **Brasil-Med.** 24:263, 1910.
- 2) Chagas C—Nova entidade mórbida do homem. Resumo geral dos estudos etiológicos e clínicos. **Mem Inst. Oswaldo Cruz** 3:219, 1911.
- 3) Laranja F. S. Dias E. Nobrega G., Miranda A. Chaga Disease.—Aclínical, epidemiologic and pathologic Study. **Circularon** 14:1035, Dec. 1956.

-
- 4) Segovia J. C.—Un caso de trypanosomiasis. Arch. Hosp. Rosales en San Salvador. Año VIII No. 10, Pag.: 249-254, 1913.
 - 5) Reina Guerra A.—Contribución al estudio de la Trypanosomiasis en El Salvador. Folleto 29 pp. San Salvador 1939.
 - 6) Urrutia A. y Alas T. J.—Algunas consideraciones sobre un nuevo caso de trypanosomiasis en El Salvador. **Gac. Med. de Occidente**, Año 11, No. 12, pp. 303-309, 1940.
 - 7) Castro R. A.—Observación clínica de un caso de enfermedad de Chagas en un niño de 10 años. **Gac. Med. de Occidente**, No. 4, pp. 815-866.
 - 8) Fasquelle E.—Estudios elect rodiográf icos de 3 casos. Citado por Peña I ver L. M., Rodríguez M. I. y Sancho G. Trypanosomiasis Humana en El Salvador. Reporte Preliminar. Archivo Colegio Médico de El Salvador. No. 3, 1056.
 - 9) García Montenegro J.—Tesis de investidura. El Salvador, 1954.
 - 10) Peña I ver L. M., Rodríguez M. I., Sancho G.—Trypanosomiasis Humana en El Salvador. Reporte preliminar. Aspecto. Cardiovascular. Arch. Colegio Med. de El Salvador, No. 3, 1956.
 - 11) Reichnow E.—Sobre la existencia de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación de la Dirección General de Sanidad. 1933. Guatemala.
 - 12) De León J. R.—Nota preliminar acerca de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Revista de la Cruz Roja Guatemalteca. No. 5, Vol. 9, Mayo 1942. Guatemala.
 - 13) De León J. R.—La Trypanosomiasis americana o enfermedad de Chagas en Guatemala. Gac. Med. Centroamericana. Tomo 1, No. 2, Oct. 1943.
 - 14) De León J. R.—Contribución al estudio de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación del Ministerio de Salud Pública. Sept. de 1940. (Ponencia del primer Congreso de Medicina Interamericano. Brasil).
 - 15) De León J. R.—Enfermedad de Chagas en Guatemala. Trabajo presentado al primer Congreso médico-estudiantil. México 1946.
 - 16) De León J. R.—Nuevo Trypanosomiasis humana causada por el Trypanosomiasis Guatemalteco. Presentado al Segundo Congreso Mexicano de Medicina. Nov. 1947.
 - 17) De León J. R.—El Trypanosoma rangeli, observado en seres humanos en Guatemala. Publicación No. 3 del Instituto de investigaciones científicas. Agosto 1949. Guatemala.
 - 18) De León J. R.—Un nuevo foco de trypanosomiasis humana por el t. rangeli descubierto en Guatemala. Publicación No. 4 del Instituto de investigaciones científicas. Agosto 1958. Guatemala.
 - 19) De León J. R.—Un nuevo foco de Trypanosomiasis rangeli. Trabajo presentado al Segundo Congreso Nacional de Medicina. Nov. 1952. Guatemala.
 - 20) Montenegro M. L.—Contribución al estudio de la trypanosomiasis en Guatemala. Tesis de investidura. Diciembre 1943. Guatemala.
 - 21) Estévez Masella F.—Contribución al estudio de la enfermedad de Chagas por la intodermoreacción de Montenegro. Tesis de investidura. Mayo 1946. Guatemala.
 - 22) Blanco Salgado E.—Contribución al estudio de los reduvidos hematófagos en Guatemala. Tesis de investidura 1943. Guatemala.
 - 23) Peñalver L. M.—Estado actual de la E. de Chagas en Guatemala. Rev. Col. Médico de Guatemala. Vol. IV, No. A, 1953. Guatemala.
 - 24) Tejada Valenzuela C. y Castro F.—Miocarditis crónica en Guatemala. Rev. Col. Médico de Guatemala. Vol. IX, No. 2, Junio 1958. Guatemala.
 - 25) Picado. Citado por Zeledón R.—El problema de la trypanosomiasis americana o enfermedad de Chagas en Costa Rica. Tesis de grado. Folleto 99. Dirección General de Salubridad. Costa Rica.
 - 26) Van Bulow T.—Trypanosomiasis americana. Rev. Med. Costa Rica. IV, No. 86, pp. 497-520, 1941. Costa Rica.
 - 27) Céspedes F. R.—Enfermedad de Chagas. Prens. Méo. México. XIV, No. pp. 0-13, 1949.
 - 28) Chen B.—Enfermedad de Chagas. Tesis profesional. 103 pp. Universidad de México. 1948. México.
 - 29) Céspedes F. R., Montero P.—Caso presentado al Centro Moreno Cañas. Citado por Zeledón (30).
 - 30) Zeledón Rod.—El problema de la trypanosomiasis americana o enfermedad de Chagas en Costa Rica. Tesis de grado. Folleto 99. Dirección General de Salubridad. Costa Rica.
 - 31) Arce Paiz M.—Citado por Díaz E. Doença de Chagas das Arnericas. 111 America Central. Rev. Brasil de Malaria a Doenças Trop. Vol. 11, No. 1, pp. 70-55. Brasil.
 - 32) Alvarez Montalván E., Gutiérrez R. A.—Sobre un caso de enfermedad de Chagas. Nicaragua Médica. Vol. No. 10, pp. 258-268. 1949. Nicaragua.
 - 33) Zepeda J.—Comunicación personal. 1950. Honduras.