

# Forma aguda de la enfermedad de Chagas, Importancia semiológica del Signo de Romana

INFORME DE LOS DOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS

*Dr. Héctor Laínez Núñez (\*) Dr.  
Eduardo Fernández Selva (\*\*)*

## INTRODUCCIÓN Y BREVE RESEÑA HISTÓRICA

La enfermedad de Chagas fue descubierta en Brasil por el Doctor Carlos Chagas en el año de 1909.

Este investigador, estudiando el paludismo en aquella República sudamericana, descubrió el *Trypanosoma cruzi* en el intestino de un hemíptero del género *Triatoma* (chinchas holiconas). Se dejó que las chinchas infestadas picaran a un mono, encontrándose después el trypanosoma en la sangre de este animal. Poco tiempo después Chagas halló el mismo trypanosoma en la sangre de un niño que tenía fiebre, anemia y linfadenopatía, demostrando que este parásito era el agente etiológico de una enfermedad endémica en ciertas zonas de aquel país. En la historia de la Medicina, este es el único ejemplo en que el agente responsable de una enfermedad y el insecto vector que la transmite se descubrieron antes de ser tipificada aquella como una nueva entidad nosológica humana (1).

Los casos descritos por Carlos Chagas en el Estado de Minas Geraes se distinguían por su gravedad; por otra parte, es digno de puntualizar que dicho investigador tuvo el mérito de individualizar las repercusiones cardíacas como la principal manifestación de la nueva enfermedad y ya en 1916 llamó la atención sobre la probabilidad de atribuir a esta parasitosis los casos de disfagia, tan comunes en la región donde él trabajaba.

Así caracterizada la sintomatología de esta nueva dolencia, no fue sino hasta 1913 cuando Machado y Gurreiro emplearon su reacción serológica para descubrir los casos aparentemente asintomáticos.

Desde aquel entonces ha progresado en la América Latina el estudio de esta enfermedad, para establecer en forma definitiva su gran importancia tanto clínica como epidemiológica, hasta llegar a constituir en ciertas regiones del hemisferio un verdadero problema de salud pública.

En Centroamérica el primer informe de trypanosomiasis humana americana fue hecho por Segovia en San Salvador en el año de 1913 (2).

En Guatemala la enfermedad ha sido muy bien estudiada por Reichnow, Montenegro, Peñalver y De León (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

---

(\*) Sección de Dermatología, Hospital General, Tegucigalpa, Honduras.  
Profesor Asistente Cátedra de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (\*\*). Recientemente fallecido  
siendo Jefe de Servicio de Dermatología de Hombres  
del Hospital General, Tegucigalpa, y Profesor de Medicina Oral de la Facultad  
de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.



Fig. 1

Signo de Romana positivo caracterizado por edema palpebral e intensa reacción conjuntival. (Primer caso).

En Costa Rica las investigaciones hechas por Berríos y Bulow demuestran la presencia de esa parasitosis en esta hermana República (10, 11).

En Panamá también se ha demostrado su presencia de acuerdo con las investigaciones realizadas por Calero, Johnson y Rivas (12, 13, 14).

Algunos de los casos informados en el istmo panameño han sido fatales.

En Honduras, los Doctores A. León Gómez, A. Flores Fiallos, E. Poujol y M. Bonilla describieron el primer caso de Enfermedad de Chagas en diciembre de 1960 en la Séptima Jornada Médica Hondureña celebrada en San Pedro Sula. Estos mismos autores en 1961, comunicaron siete (7) casos de Miocarditis Crónica Chagásica diagnosticados clínica y electrocardiográficamente y confirmados por la reacción de fijación del complemento, según la técnica de Boziccvich-Knierin (15, 16).

Antes de los estudios de León Gómez, Flores Fiallos y colaboradores no se habían informado casos clínicos de esta enfermedad en Honduras a pesar de haberse encontrado en 19K5. una *zari güeya* con *trypanosoma cruzi* en la Costa Norte del país (17).

Es digno de mencionar el hallazgo **post-mortem** hecho por Durón, en 1965, de numerosos *seudoquistes leishmánicos*, en el miocardio de una niña de 13 años afectada de miocarditis chagásica aguda (18) con bloqueo aurículo-ventricular completo y que muriera en forma súbita.

En 1968, Fernández y Laínez, con un intervalo de un mes, encontraron el *trypanosoma cruzi* en la sangre periférica de dos pacientes provenientes de la misma zona geográfica que corresponde al Municipio de Cedros, F. M., región limítrofe con el departamento de Comayagua, que presentaban como características clínicas sobresalientes, reacción conjuntiva unilateral con fiebre de más de 39° centígrados, edema palpebral, edema hemifacial y, además, adenitis cervicales.

El objeto de este trabajo es informar por vez primera los dos primeros casos de la forma aguda de Enfermedad de Chagas en la República de Honduras, ambos casos fueron debidamente comprobados por el hallazgo del parásito en la sangre periférica de los enfermos, usando para ello la técnica de la *gota gruesa*.

#### PRESENTACIÓN DE CASOS — NUESTRA CASUÍSTICA

J. A. C, Expediente No 112684, sexo masculino, 20 años, campesino, procedente de la Aldea de Tuliapa, *jurisdicción de Cedros*, Departamento de Francisco Morazán.

*Antecedentes:* Desde hace 17 días (antes de su hospitalización) observó la aparición de *edema duro* doloroso de la mitad izquierda de la cara, acompañado de reacción conjuntival intensa, cefalea, anorexia y adinamia.

*Ecología:* Medio ambiente rural, pobre, casa de bahareque y de teja, piso de tierra. Por las noches presencia de numerosas *chinchas picudas* en las paredes de su casa.

*Motivo de consulta:* Hinchazón del ojo izquierdo, cefalea y adinamia.

*Hallazgos:* Edema de ambas hendiduras palpebrales, más acentuado en el ojo izquierdo con intensa reacción conjuntival (Signo de Romana).

Fiebre de 39° a 40°C. Adenitis submaxilar y cervical izquierdas.

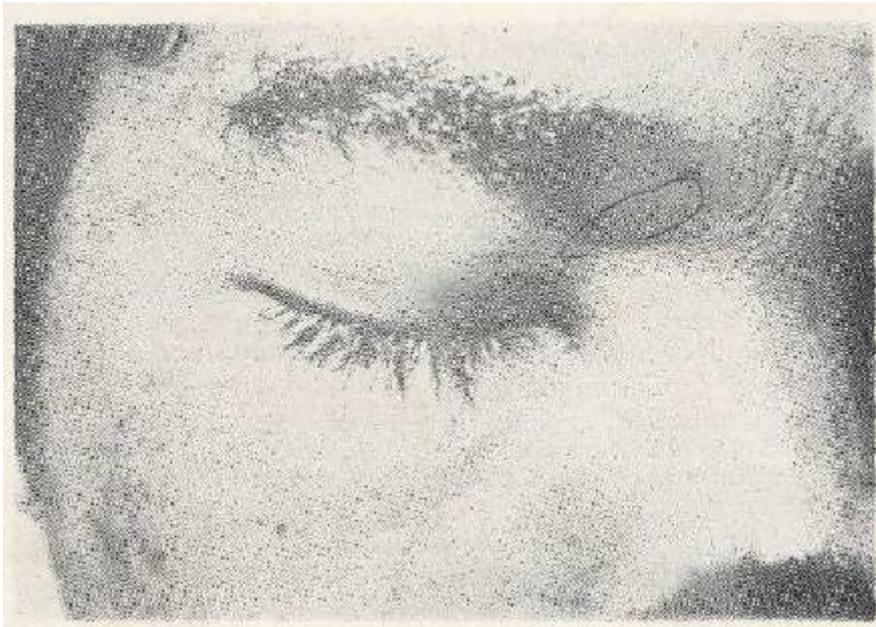


Fig. 2  
Aproximación para demostrar con más detalle el signo de Romana del primer caso.

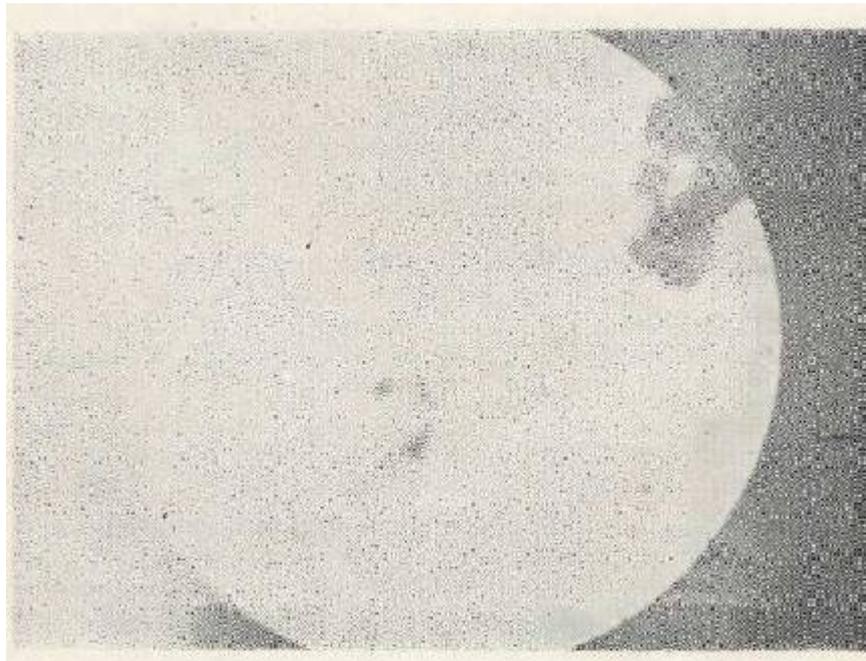


Fig. 3  
Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en sangre periférica del primer caso.



Fig. 4  
Signo de Romaña positivo del segundo caso.

*Laboratorio:* Frotis de sangre periférica positivo por *trypanosoma cruzi* en 2 ocasiones y en dos laboratorios distintos. Leucocitosis moderada.

*E. C. G.:* normal.

Radiografía de tórax: normal.

*Nota aclaratoria:* el paciente se fugó del Hospital, antes de instituirse tratamiento alguno. Se ignora la evolución ulterior de este caso.

C. C L., Expediente N° 92567, sexo femenino, 30 años, procedente de la aldea de Vallecillo, jurisdicción de Cedros, Departamento de Francisco Morazán.

*Antecedentes:* 2 meses antes estuvo en la aldea de Guatemalillo, cerca de **Marale**, durmiendo en una casa donde habían bastantes chinches picudas. (Cuando apagaron el quinqué bajaron por las paredes a picarla), casa de bahareque, piso de tierra, techo de tejas; durmió en una tarima.

*Motivo de consulta:* Hinchazón en ojo derecho, lagrimeo, cefalea y adinamia.

*Hallazgos:* Edema palpebral bilateral más acentuada en el ojo derecho. Edema duro de mejilla derecha, fiebre de 38.5° a 39° Centígrados. *Abundantes trypanosomas* en varios frotis de sangre periférica. (En forma seriada).

*E. C. G.:* Bloqueo A. V. de primer grado, bloqueo incompleto de rama derecha. (Dos meses después de iniciada su enfermedad). Radiografía de esófago: el tránsito esofágico se hace por gravedad en la mitad inferior, desapareciendo las ondas casi por completo (a los 4½ meses después de iniciada su enfermedad).

*Tratamiento:* Metronidazol (Flagyl) per os, 500 mg. T.I.D. por los primeros 5 días, luego 250 mg. **T.I.D.** durante los últimos 10 días. Total: 60 tabletas de 250 mg. c/u. (15 días).

Hubo desaparición de trypanosomas en los últimos frotis de sangre periférica (gota gruesa) a las siete semanas de hospitalización.

Paciente en la actualidad en buenas condiciones físicas. Pendiente de controles médicos ulteriores.

Reacciones de fijación del complemento y hemo-aglutinación fueron positivas.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los autores informan los dos primeros casos de la forma aguda de Enfermedad de Chagas, con signo de Romana positivo ocurridos, en la República de Honduras.

Ambos casos son adultos jóvenes, analfabetos, procedentes de la zona central de este país centroamericano.

El alto índice de sospecha fue un factor decisivo para establecer un pronto y correcto diagnóstico.

Los frotis de sangre repetidos demostraron la presencia de abundantes trypanosomas cruzi en la sangre periférica de estos dos pacientes autóctonos.

Las pobres y rústicas viviendas de los pacientes se encontraban prácticamente invadidas por Triatomídeos (chinches besuconas). Este hecho adquiere una importancia tremenda en la epidemiología de la Trypanosomiasis Americana, especialmente en las áreas rurales de estos países donde las buenas condiciones sanitarias son todavía inexistentes.

Por el momento, hasta donde nosotros sospechamos, la enfermedad es endémica en varios lugares de Honduras, lo que ciertamente crea un gran problema de salud pública. Querrámoslo o no, tenemos que admitir que nuestras autoridades de Salud Pública dejan mucho que desear a este respecto.

Es interesante enfatizar la existencia del signo de Romana como una pista clínica valiosa para llegar a un diagnóstico seguro.

Las características de este signo son: conjuntivitis, oftalmía unilateral con edema palpebral, edema duro y doloroso del mismo lado de la cara y tumefacción de los ganglios linfáticos regionales.

En vista del bajo índice de sospecha acerca del significado semiológico de este signo, especialmente entre Médicos Generales, Oftalmólogos, Otorrinolaringólogos, Dermatólogos, Internistas y Pediatras, los autores recomiendan hacer todo esfuerzo de antemano que incluya: frotis de sangre periférica por el método de la gota gruesa, xenodiagnóstico, electrocardiogramas y pruebas de fijación

Fig. 5

Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en sangre periférica del segundo caso.

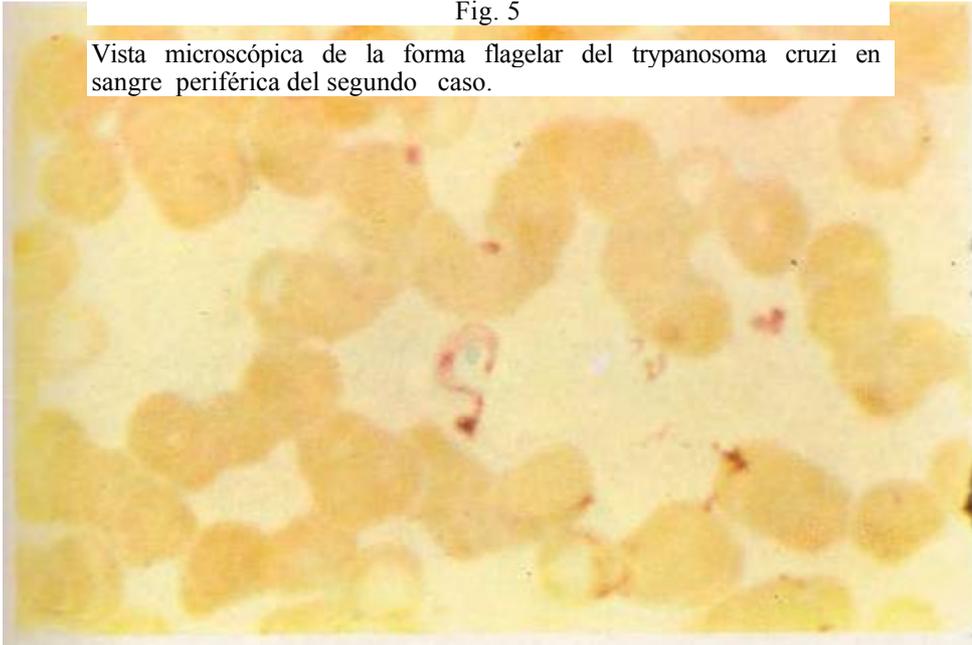


Fig. 5 Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en Sangre periférica del Segundo caso

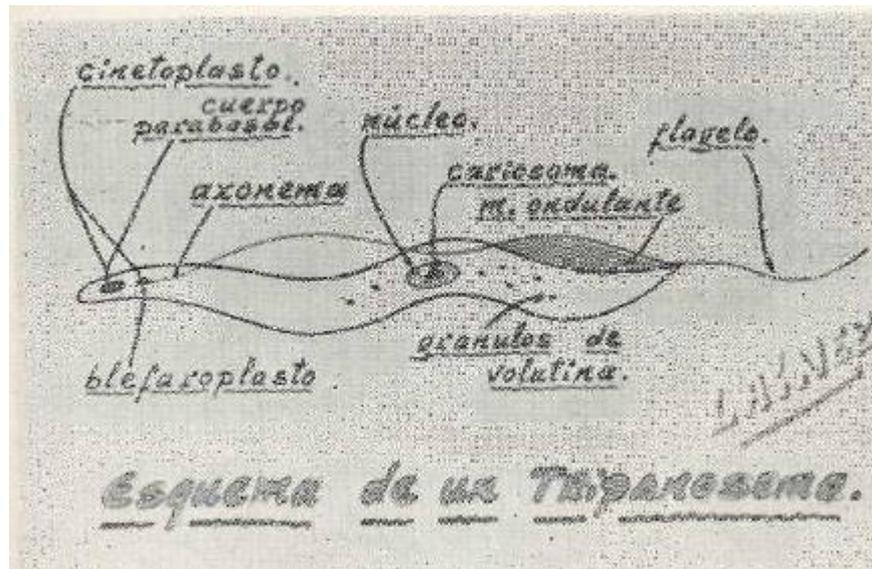


Fig. 6

Dibujo esquemático que demuestra la constitución microscópica de un trypanosoma,

del complemento de aquellos pacientes con oftalmía unilateral, hinchazón palpebral, fiebre y agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales con una duración de pocas semanas.

La presencia de los siguientes reducidos en Honduras ha sido demostrada anteriormente por otros investigadores (León Gómez, Flores Fiallos y Cols.): *Triatoma Dimidiata*, *Triatoma Nítida* y *Rhodnius Prolixus*.

Aparentemente, la existencia del *Triotama Rangeli*, como problema de salud pública, no tiene ninguna significación.

#### SUMMARY AND CONCLUSIONS

The first two cases in the Republic of Honduras of the acute form of Chagas' Disease with a positive Romana's Sign are reported by the authors.

Both cases were young illiterate adults living in the center of this Central American country.

The high index of suspicion was a decisive factor for establishing a prompt and correct diagnosis.

Repeated blood smears showed the presence of abundant *trypanosoma cruzi* in the peripheral blood of these autochthonous patients.

The poor rustic dwellings of the patients were practically invaded by triatomas (kissing bugs). This fact acquires a tremendous importance in the epidemiology of American Trypanosomiasis, specially in the rural areas of these countries where good sanitary conditions are still non-existent.

At the moment, insofar as we suspect, the disease is endemic in several places of Honduras, which certainly creates a great public health's problem. Like it or not, we have to admitt that our Public Health's authorities leave in this respect, too much to be desired.

It is interesting to emphasize the existence of a positive Romaña's Sign as a valuable clinical clue for obtaining a reliable diagnosis; the features of this sign are as follows: conjuntivitis, unilateral ophtalmia with palpebral edema, hard and painful edema of the same side of the face and swelling of the regional lymph glands.

In view of the low index of suspicion about the significance of this sign, specially among General Practitioners, Opbtalmologists, E.N.T. people, Dermatologists, Internists, and Pediatricians, the authors recommend that every effort should be made to perform beforehand a series of fresh blood smears by the thick film method, xenodiagnostic studies, E.C.G. and complement fixation tests in every patient with unilateral ophtalmia, palpebral swelling, fever and regional lymph nodes' enlargement of a few weeks' duration.

The presence of the following reduviidae in Honduras has been formerly shown by other investigators (León Gómez, Flores Fiallos et al.) such as *Triatoma dimidiata*, *Triatoma nítida* and *Rhodnius prolixus*. Apparently, the existence of *T. rangeli* as a public healst's problem has no significance at all.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Craig, C. F. y Faust, E. C: Parasitología Clínica, Pág. 151, Uteha, Argentina, 1961.
- 2.—Segovía, J. C: Un caso de Trypanosomiasis. Archvs. Hospital Rosales. San Salvador, El Salvador, 8: 249-254, 1913.
- 3.—Reichenow, E.: Sobre la existencia de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación de la Dirección General de Sanidad de Guatemala, folleto, 24 pp. 1933.
- 4.—Montenegro, M. L.: Contribución al estudio de la Trypanosomiasis en Guatemala. Tesis doctoral. Folleto 77 pp. Guatemala. 1943.
- 5.—Peñalber, L. M.: El problema de la enfermedad de Chagas en el medio rural de Guatemala. Memorias del Ier. Congreso ínter americano de Higiene. La Habana, Cuba. pp. 698, 1952.
- 5.—Peñalber, L. M.: Estado actual de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Rev. Col. Méd. Guatemala, 4: 249, 1953.
- 7.—Peñalber, L. M.; Fajardo, J.; Aguilar, F.: Aportes al conocimiento de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Rev. Col. Méd. Guatemala, 4: 20-35, 1952.
- 8.—De León, J. R.: La Trypanosomiasis Americana o enfermedad de Chagas en Guatemala. Gaceta Médica Centroamericana. 1:67-71, 1943.
- 9.—De León, J. R.: Contribución al estudio de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación del Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 1946.

- 10.—Berríos, A.: Estudio **comparativo** entre los antígenos de *Schizotrypanum Cruzi* y *Strigomonas oncopelti* en la reacción de fijación del complemento para enfermedad de Chagas. Rev. Biol. Trop. 8: 225, 1960.
- 11.—Bullow, T. von.: Tripanosomiasis Americana. Rev. Med. Costa Rica. 86: 497, 1941.
- 12.—Calero, C: Trypanosomiasis Americana en el Istmo de Panamá. Memorias del II Congreso Mexicano de Medicina, 557, 1948.
- 13.—Johnson, C. M. y Rivas, C. T.: La enfermedad de Chagas en Panamá. IX Reunión Soc. Argent. Pat. Reg. 1: 245, 1936.
- 14.—Johnson, C. M. y Kelsner, R. A.: The incidence of Chagas disease in Panamá as determined by the complement fixation test. Am. J. of Trop. Med. 17: 385, 1937.
- 15.—León Gómez, A.; Flores Fiallos, A.; Reyes Quesada, L.; Bonilla, M.; Poujol, E. R. y Gómez, C: La enfermedad de Chagas en Honduras. Comunicación preliminar. Publicación del Hospital General, Tegucigalpa, D. C. 1960.
- 16.—León Gómez, A.; Flores Fialols, A.; Poujol, E. R.; Bonilla, M.: La Cardiopatía Chagásica crónica en Honduras. Boletín Sociedad Hondureña Médica Interna, Vol. 1: 1, 1961.
- 17.—**Robertson**, A.: Nota sobre un trypanosoma morfológicamente semejante al Trypanosoma cruzi encontrado en una zarigüeya capturada en Tela, Honduras. Rev. Méd. Hond. 2: 13, 3-13, 1931.
- 18.—Durón, R.: Miocarditis Chagásica. Su primera demostración histológica en Honduras. Rev. Méd. Hond. 33: 240, 1965.