

Conferencia "Dr. Salvador Mazza"

Chagas agudo. Situación actual

Presidente: Dr. Rafael Manzur

[Presentación](#)

Conferencista: Prof. Dr. Humberto S. Lugones

[Acceso a la Conferencia](#)

Los responsables de la organización de este evento científico de trascendencia internacional, me han otorgado el honor de presentar al amigo y destacado hombre de ciencia, el Dr. Humberto Lugones. Por razones especiales, hare la misma en 2 partes:

1- La primera parte de la presentación, nobleza obliga, quisiera referirme al entrañable amigo, de quién tuve la oportunidad de compartir y aprender, de toda su bondad que repartió durante tantos y numerosos años y que precisamente este mes de noviembre (día 29) cumplirá sus juveniles 86 años. Rindo mi más merecido homenaje al amigo que supo dar todo, sin esperar recibir nada y que recientemente nuestra provincia, Santiago del Estero, lo ha reconocido como uno de los hombres que ha calado muy profundo en la historia médica, durante el siglo transitado.

2- La segunda parte, debo presentar al científico, maestro de naturaleza, que dedico su vida al conocimiento y tratamiento de la Enfermedad de Chagas, especialmente en su etapa Aguda, afirmando con certeza, ser el profesional que más casos de Chagas agudo trató en el continente. En su dilatada trayectoria profesional, debo mencionar sólo algunos de sus innumerables cargos y funciones que ocupó: a) fundador y director en 1966, del Servicio de Chagas en el Hospital Independencia de Santiago del Estero, b) Primer Director del Centro de Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas y Patología Regional, en 1972, c) Jefe de Programa de Lucha Antichagas de la Provincia.

Cuenta con innumerables publicaciones sobre el tema, participación en eventos científicos, conferencias, relatos, etc. Recibió distinciones y premios, mérito a labor profesional dedicada a la Enfermedad de Chagas, con más de 5000 casos agudos de la Enfermedad de Chagas tratados en el Centro, bajo su dirección, en más de 40 años de vida profesional.

Quisiera reseñar algo de la historia de su inicio, sobre el desarrollo del conocimiento de la Enfermedad en la provincia: El primer caso detectado, fue en el año 1933, por el Dr. Enrique Canal Feijo, aunque en 1928, los Dres. Juan Rebozolan y Carlos Argañaraz, estaban trabajando sobre el tema. En la década del 40, Lugones se entusiasma con la posibilidad de aportar nuevos conocimientos y dedica su mayor esfuerzo y paciencia a su objetivo fijado, con los sinsabores de trabajar con falta de medios y la incredulidad de los colegas de la época. Desde los Consultorios Externos de Pediatría del Hospital Regional, en 1946, junto al Dr. Rebozolan en la parte de laboratorio. Podríamos establecer que esto representa el PRIMER ACTO OFICIAL DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA PROVINCIA. Al año siguiente, conferencias de por medio, la dupla Lugones-Rebozolan comienza su actividad investigativa. En 1966, llega a la provincia el Dr. Diego Holberg, Ministro de Salud Pública de la Nación, y propone al Dr. Lugones ensayar con la droga Bayer en pacientes agudos en Santiago y ante la carencia de salas de internación, se crea la sala de Chagas en el Hospital Independencia, con 10 camas, designándose como Directos de la Sala ad-honorem, el 24 de octubre de 1966, decreto D 736. El 2 de marzo de 1972, mediante decreto serie D Nro. 256 se crea el centro de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas, tal cual como se lo conoce en la actualidad. En 1978, el Dr. Humberto Lugones se acoge a los beneficios de la Jubilación.

Quisiera cerrar la presentación, con las palabras finales que pronunció el Dr. Lugones en la Inauguración del Curso de Enfermedades Tropicales Regionales y Emergentes, realizado en la Universidad Católica de Salta, recientemente: "Chagas es la patología que a los 90 años de su descubrimiento, hay conocedores del tema, verdaderos expertos que tienen las siguientes manifestaciones: **en mi país un gran número de médicos desconocen la existencia de la enfermedad, o el problema en América Latina es que la gran mayoría de los chagasicos no son tratados, ni siquiera diagnosticados**"

Sirva todo estos antecedentes, como guía a los jóvenes profesionales que producen nuestras universidades. Gracias

Dr. Rafael Eduardo Manzur

[Tope](#)



Dr. Edgardo Schapachnik
Presidente
Comité Organizador
edgardo@schapachnik.com.ar

Dra. Cristina Evequoz
Presidente
Comité Científico
evequoz@fac.org.ar

Copyright CETIFAC
Bioingeniería UNER
cetifac@fac.org.ar

Chagas agudo. Situación actual

Prof. Dr. Humberto S. Lugones

Introducción

Organismos Internacionales de Salud, OMS y OPS, estiman que en la actualidad hay en toda el área endémica Latinoamericana, entre 16 y 18 millones de infectados chagásicos y que 90 millones de habitantes están en riesgo de infectarse,

Estas cifras son generalmente conocidas porque la prensa diaria las ha transmitido con frecuencia. Lo que habitualmente se ignora, es el número de enfermos. Sabiendo que un 30% aproximadamente de los infectados chagásicos hacen, en algún momento de su evolución, una complicación, tendríamos una cifra superior a los 4 millones de enfermos, en su gran mayoría, cardiopatías.

Todo esto, nos demuestra la importancia y magnitud de la endemia en toda el área Latinoamericana afectada. Otro indicador que merece ser mencionado, es el de mortalidad por Chagas. Actualmente se habla de 45.000 muertes anuales para toda el área en consideración. En la Argentina, en la última década, STORINO y MILEI estiman entre 5 y 6.000 las muertes anuales por cardiopatías chagásicas, sin contar las muertes súbitas.

Por otra parte, la carga social producida por la Enfermedad de Chagas, según Organismos Internacionales de Salud, es significativamente mayor que las producidas por otras enfermedades tropicales prevalentes en la región, tales como: "malaria", "leishmaniasis", "lepra", "filariasis", "esquistosomiasis" y otras, que en conjunto, representan tan sólo una cuarta parte de la carga originada por la Enfermedad de Chagas.

Es decir, que la Tripanosomiasis cruzi, es una de las enfermedades endémicas más difundida del hemisferio occidental, constituyendo un grave problema para las comunidades afectadas, que son principalmente las del subdesarrollo, las de la pobreza, las más desprotegidas social y políticamente de los distintos países.

Ahora bien, es criterio compartido por distintos autores, que el reconocimiento de la importancia y magnitud del problema, ha tardado años en ser aceptado por muchos países y pareciera que no por todos a juzgar por la casi ausencia de datos bibliográficos referidos al tema Chagas.

Por lo tanto, resultan totalmente justificadas, apreciaciones como las del Dr. SCHUMUNIS, cuando dice: "Transcurridos 90 años de su descripción, es desastroso que todavía sea preciso considerar a la Tripanosomiasis como un serio problema de Salud Pública en la región". También, en un trabajo relativamente reciente, (1996), el Dr. HENRY PARADA y Col., expresan: "Observamos con preocupación, que a finales del Siglo XX, en vez de constatarse un control adecuado o erradicación de la enfermedad, están todavía apareciendo numerosos casos agudos, como los reportados a principios de siglo". Esta manifestación de los autores venezolanos, adquiere particular relevancia si recordamos que Venezuela, juntamente con Brasil, Uruguay, Argentina y Chile, es uno de los pocos países que mejor conocen la medida en que son afectados por la endemia y que hace 40 o más años, comenzaron acciones de profilaxis o lucha.

Por cierto existen en la literatura bibliográfica de Chagas gran cantidad de manifestaciones semejantes de autores de distintos países conocedores del tema. Así por ejemplo, los Dres. PINTO DIAS (brasileño), BRICEÑO LEON (venezolano) y STORINO (argentino), dicen: "El problema en América Latina es, que la gran mayoría de los chagásicos, no son tratados, ni siquiera diagnosticados."

Por todo lo expuesto, se justifica plenamente cuando ALUIZIO PRATTA manifiesta: " Existe una subvaloración del problema Chagas, **por falta de un adecuado conocimiento del mismo, sus implicancias y consecuencias**"

No cabe duda, entonces, que estamos ante una triste y tremenda realidad, la Enfermedad de Chagas no termina de ser aceptada y considerada como lo que realmente es y representa: **un verdadero problema sanitario, social y económico, para 18 países latinoamericanos**, donde la endemia más acentuada en unos que en otros, existe y afecta a todos

Esta realidad, que afecta la salud, bienestar y en no pocos casos, la vida misma de millones y millones de habitantes de medio continente, es realmente incomprensible, cuando pensamos que desde CARLOS CHAGAS y SALVADOR MAZZA son ciertamente incontables los investigadores y profesionales de la salud que han dedicado sus vidas a un mayor y mejor conocimiento de la patología. Resultado de estos esfuerzos son los muchos y valiosos adelantos logrados en los variados aspectos de la misma. Sin embargo, no podemos decir lo mismo en lo que respecta a la clínica del agudo en Chagas, verdadero punto débil, del que nos ocuparemos más adelante

Consideraciones generales

El período agudo, es el momento en que la enfermedad ofrece la más rica sintomatología, la gran mayoría, comunes a las más diversas patologías, al punto que, muy justificadamente, señala PELLEGRINO que, : "La fase aguda se caracteriza por el polimorfismo de las manifestaciones clínicas, con el compromiso de los más variados territorios orgánicos". En realidad, sólo hay dos síntomas considerados casi patognomónicos, poco frecuentes y más propios de los niños pequeños, "el lipochagoma geniano" y "el chagoma hematógeno".

No es infrecuente, que al tratar la clínica del agudo, se diga que es de diagnóstico difícil, o también que, en ausencia de signos de puerta de entrada, se hace difícil el diagnóstico.

Sin embargo, en base a la experiencia de autores conocedores del tema y a la nuestra propia, en la observación de varios miles de agudos, podemos decir que, el deficiente conocimiento de este período de la enfermedad, hecho lamentablemente indiscutible y común a toda el área endémica, de acuerdo a la bibliografía, responde entre otros, a la existencia de conceptos erróneos, por insuficiente conocimiento de la clínica, tales como:

1. El pensar que el Signo de Romaña es constante, obligado de todo agudo chagásico, concepto muy generalizado al punto que hay estadísticas donde el 80 o 90% de los casos responden al Signo del ojo.
2. El pensar que el agudo es generalmente polisintomático, de donde,
3. Los cuadros oligo o monosintomáticos no inducen a pensar en la etiología chagásica, siendo los más frecuentes.
4. En general, se ignora que el agudo chagásico puede presentar cualquier síntoma.
5. Muy generalizado, con las consecuencias que es de imaginar, no tener presente **la endemia chagásica**, realidad existente en todo Latinoamérica de acuerdo a la bibliografía, por lo cual ante cuadros infecciosos, febriles prolongados, indeterminados, , se piensa en las más raras y exóticas patologías y no en Chagas. Esta situación se da también en pacientes que presentan los signos o síntomas de puerta de entrada, "chagoma de inoculación" y "Signo de Romaña", lo que puede observarse en el Cuadro nº 1, lo que demuestra que el error diagnóstico se da en todas las formas de presentación del agudo chagásico incluido, los síntomas mencionados precedentemente

La clínica de la Tripanosomiasis cruzi, se conoce perfectamente desde CARLOS CHAGAS y SALVADOR MAZZA, sin dejar de lado los importantes y valiosos aportes de distinguidos investigadores, con posterioridad hasta nuestros días. Sin embargo, la frecuente falta de diagnóstico de casos agudos que de alguna manera sería justificable en los primeros tiempos, resulta inadmisibles que a los 90 años la sigamos teniendo, lo que justifica las expresiones del Dr. ALUIZIO PRATTA ya mencionadas.

Desde luego, numerosos autores desde los primeros tiempos posteriores al descubrimiento, se refieren a esta situación, con manifestaciones como las siguientes:

MAZZA (1942) al ocuparse en un trabajo sobre "meningoencefalitis chagásica" con FREIRE y SALICA expresan: "La sintomatología mencionada hace reflexionar sobre la frecuencia que el padecimiento debe presentar en zonas de intensa infestación triatomídea domiciliaria. Los diagnósticos más diversos (epilepsia, tetánea, eclampsia, espasmodia, sífilis congénita, etc.) se establecen para tales casos, si no existe presente en los médicos tratantes, la noción de la Enfermedad de Chagas `posible, para recurrir a la debida comprobación microscópica".

VILLALONGA (1971) : "Pensamos que a medida que vaya progresando el interés médico por la enfermedad, tendremos oportunidad de ver formas clínicas, que en la actualidad constituyen una rareza en nuestro Servicio, Cátedra de Infectología".

ROMEU CANCADO (1980) : "La causa primordial de que, en nuestra tierra, pasen desapercibidos casos agudos, es la falta de diagnóstico. El médico brasileño no está preparado para diagnosticarlos."

PNIEE (Programa Nacional de Investigaciones Endémicas, Argentina) 1988: "Por otro lado, el conocimiento de las distintas manifestaciones de la Enfermedad de Chagas Aguda, debería difundirse en forma apropiada, especialmente entre Pediatras, para el mejor diagnóstico de esta etapa de la Enfermedad".

Ya en la década del 30, SALVADOR MAZZA llamó la atención con un concepto que no se debiera ignorar, ya que, si en la enseñanza de la clínica del agudo se la hubiera tenido en cuenta, la historia hubiera sido otra; MAZZA decía: **"Ante todo cuadro infeccioso indeterminado, en medio endémico, corresponde pensar en Chagas"**.

Ahora bien, no se trata de comenzar por pensar o descartar la etiología chagásica en todo caso infeccioso febril, sino de tener en cuenta tal posibilidad, cuando no hay certeza diagnóstica o no hay respuesta favorable a la medicación instituida habitualmente, antibiótica. Pongamos el caso de un "chagoma de inoculación en mejilla", que presenta el aspecto típico de un "flemón dentario", es justificable que el médico indique tratamiento antibiótico, pero, ante el fracaso de la medicación y persistencia del cuadro sin mayores modificaciones, es entonces, cuando antes de proceder a un cambio de antibiótico o de pensar en investigar patologías raras o muy poco frecuentes, se debe tener en cuenta la posible etiología chagásica y recurrir al Laboratorio para confirmar, o no, la presunción diagnóstica. Es así mismo, el caso de los lactantes con diarrea prolongada o estados catarrales de vías respiratorias, casos todos en los que se debe buscar otros síntomas correspondientes a la forma aguda, que unidos a los antecedentes epidemiológicos, procedencia de área rural, vivienda, etc. cuando se trata de un paciente chagásico, avalan tal posibilidad. Pero también, aunque los antecedentes no sean los que correspondan a la generalidad de los agudos en Chagas, ante cuadros de difícil diagnóstico, en nuestros países, no se debe dejar de pensar en Chagas y esperar la confirmación diagnóstica con la autopsia, como desgraciadamente ha ocurrido y continúan dándose casos, siendo que un diagnóstico y tratamiento específico oportuno, evitarían el óbito.

Esta realidad que venimos analizando, referida al muy frecuente error diagnóstico, y sus graves y negativas consecuencias, es lo que nos mueve a plantear crudamente esta situación a fin de que, aunados los esfuerzos de todos los que de alguna manera estamos en Chagas y somos conscientes de la misma, busquemos la manera de superarla y llegar a una solución que contribuya a mejorar la situación de millones de latinoamericanos, que sufren las consecuencias de esta endemia y que, como dice PINTO DIAS la aceptan resignadamente, como herencia ineludible

Inapariencia del período agudo

Se sabe que el 90 ó 95% de las personas que contraen infección por el T.cruzi, no presentan síntomas y desde luego, no concurren a la consulta médica pasando a la cronicidad, ignorando su situación de infectados, y constituyen esa gran mayoría de chagásicos crónicos que ignoran que lo son.

De esta situación ya hablaron CARLOS CHAGAS y SALVADOR MAZZA, por la observación de la falta de relación entre el número de agudos diagnosticados y cantidad de crónicos descubiertos por encuestas serológicas.

En 1966, REBOSOLAN, realiza en una área próxima a la ciudad capital de Santiago del Estero, una encuesta mediante xenodiagnóstico a un grupo de 197 niños menores de 2 años. En 17 de los mismos encuentra resultados positivos; de ellos, sólo uno tenía antecedente de edema de párpado de un ojo, 30 más días atrás, los restantes ningún síntoma atribuible a Chagas, tampoco antecedentes.

El Programa Nacional de Chagas realiza en la provincia de Córdoba, en 1969, una investigación semejante a la citada precedentemente. Encuentran 20 casos con xenodiagnóstico positivo y ninguno de ellos tenía síntomas o antecedentes relacionados al agudo chagásico.

Este conocimiento, de la inapariencia del agudo, es de particular importancia para comprender la epidemiología de la Enfermedad, también, para explicar porqué un chagásico crónico se presenta o

puede presentarse como donante de sangre.

Es necesario diferenciar completamente lo que es la inapariencia o la falta total y absoluta de síntomas en el agudo chagásico, con los casos de escasa o mínima sintomatología como pueden ser las simples febrículas vespertinas con persistencia de varios días que, cuando se tiene presente la etiología chagásica, permiten el diagnóstico.

Edad

En la generalidad de las casuísticas, tanto de autores de nuestro país como de países extranjeros, la mayoría de los casos agudos observados corresponden a niños menores de 10 años, circunstancia que ha hecho considerar a este período de la enfermedad, del dominio de la Pediatría. De más está decir que la infección por *T. cruzi* se puede adquirir a cualquier edad.

En nuestra experiencia, y en general, de todos los miles de casos observados en Santiago del Estero, Argentina, el 84% han sido niños menores de 10 años y aproximadamente un 35%, menores de 1 año

Gravedad e intensidad de los casos agudos

Este es un aspecto relativamente variable según experiencia de los distintos autores, puede ser también que haya diferencias de una región a otra por distintas circunstancias, por ejemplo, cepas prevalentes. Con motivo del ensayo de la droga BAY 2502 en 1966-68 tuvimos oportunidad de estudiar desde este punto de vista 470 casos agudos, no seleccionados, el resultado fue el siguiente:

Formas benignas-----	75%
Formas de mediana gravedad-----	19%
Formas graves-----	6%

Es experiencia generalizada de los distintos autores que han tratado el tema de agudos, de manera particular brasileños y argentinos, que, de manera general los casos graves se dan en niños menores de 3 años; ciertamente se dan también a mayor edad pero con menor frecuencia

Incubación

Es aceptado por la mayoría de los autores que, el período de incubación cuando se trata de la transmisión vectorial oscila entre 5 y 12 días, mientras que, en el caso de la transmisión por transfusión de sangre o plasma, los primeros síntomas aparecen entre los 25 y 45 días, habiéndose citado casos de mayor tiempo de incubación. Este conocimiento es de suma importancia para el diagnóstico de esta forma de transmisión.

CLINICA DEL AGUDO, SINTOMAS

Síntomas generales

Muchos de ellos ya fueron mencionados por CARLOS CHAGAS pero fue SALVADOR MAZZA quien realizó una descripción más amplia y detallada de los mismos. Los más frecuentemente observados en nuestra propia experiencia, fueron: fiebre, abatimiento, astenia, anorexia, vómitos, diarrea, cefalea, raquialgia, irritabilidad, llanto persistente, inquietud, convulsiones, tos, palpitaciones, etc. En verdad, son las formas graves y de mediana gravedad las que ciertamente presentan estos síntomas, mientras en las formas leves, que fueron mayoría en nuestra observación son mucho menos frecuentes.

Fiebre

De todos los síntomas de este grupo, no cabe ninguna duda que **la fiebre** ocupa un lugar destacado y que es de primordial importancia en la clínica del agudo por su presencia casi sistemática en todos los casos de este período. ROMEU CANCADO, sostiene que "es la manifestación más evidente de la fase

aguda". PINTO DIAS dice de la fiebre que, "es el síntoma principal, ocurriendo en más del 95% de los agudos." Nosotros coincidimos plenamente con la opinión de estos autores, consideramos que con suma frecuencia es el síntoma que lleva al paciente al médico, el que aflige a la familia de los pequeños enfermos, y no pocas veces, en casos graves, al médico mismo.

La fiebre no tiene en Chagas ninguna característica particular, tal cual lo han hecho notar todos los investigadores desde CARLOS CHAGAS . Puede presentarse en forma continua, remitente, intermitente, con doble o triple elevación diaria, como menciona MAZZA . En realidad, una característica mencionada por A. NETO y relativamente frecuente en muchos de nuestros casos es la fiebre o febrícula vespertina.

Su intensidad es extremadamente variable y va de simples febrículas vespertinas a hipertermias de 39 ° o 40 grados. Desde luego, los casos con elevada hipertermia se dan en los casos graves de niños pequeños, coincidiendo, aunque no siempre, con elevadas parasitemias.

Síndrome Febril Prolongado

A propósito del síntoma "fiebre" que venimos analizando, decimos siempre que resulta incomprensible que la patología chagásica no integre el grupo de los cuadros clínicos que conforman este "síndrome". Son realmente excepcionales los libros o trabajos de distintos autores que lo incluyen. Llama realmente la atención, por cuanto la Enfermedad de Chagas en su "período agudo", es la patología que presenta los más variados síntomas o manifestaciones, que encuadran perfectamente en el SFP.

En la mayoría de los cuadros oligo o monosintomáticos, que como dijimos en nuestra casuística son mayoría, la fiebre, es síntoma obligado y persistente, por lo cual adquiere en muchos casos, la importancia de síntoma guía, lo que ciertamente justificaría plenamente la inclusión de Chagas en el grupo de SFP.

Es de pensar que la no inclusión de la Enfermedad en su período agudo, obedece al erróneo concepto, muy generalizado, de que el agudo chagásico es igual a "Signo de Romaña" o viceversa, con lo que se supone que basta con ese síntoma para precisar un diagnóstico correcto.

Nosotros sostenemos, que no sólo debe figurar en el grupo que nos ocupa, sino que debe estar entre las primeras patologías, ya que, mientras la mayoría de los procesos que lo integran presentan siempre o casi siempre, las mismas manifestaciones en el período inicial, el agudo chagásico lo hace con los más diversos síntomas, y manifestaciones incluso, sistémicas (cardiológica, neurológica, digestiva, respiratoria, etc.) Por cierto, son muchas veces los mismos cuadros de patologías correspondientes a las más diversas y disímiles especialidades. Por todo ello, pensamos que la inclusión de la Enfermedad de Chagas en su período agudo, en el grupo de las patologías que integran el denominado " Síndrome Febril Prolongado", ayudaría significativamente al diagnóstico de muchos casos de la enfermedad, en los cuales "la fiebre" es el síntoma realmente predominante.

Desde CARLOS CHAGAS se habla de "formas clínicas", así él mismo mencionaba las "formas benignas" y las "graves o meningoencefálicas"; TALICE hablaba de "formas edematosas" y "formas no edematosas"; ROMAÑA menciona las "formas con puerta de entrada aparente" y "sin puerta de entrada aparente".

Siempre nos ha parecido la clasificación de ROMAÑA que habla de formas de comienzo, la más apropiada y la que más se ajusta a la realidad clínica del agudo, facilitando su diagnóstico. Pensamos también, que en el agudo chagásico no corresponde hablar de formas clínicas ya que las manifestaciones o sintomatologías de un determinado momento cambian muy frecuentemente, con la evolución. Además conviene pensar en formas o síntomas de comienzo, ya que la mayoría de los pacientes, en los cuales está siempre presente el síntoma "fiebre", concurren al médico la primera o segunda semana cuando la sintomatología es mínima. Entonces pensar en Chagas en la primera visita o consulta médica es importante, porque siempre o casi siempre los pacientes chagásicos provienen de áreas rurales, muchas veces alejadas de los centros asistenciales y pueden no volver al médico y acudir al curandero, que lo tienen más cerca.

A fin de facilitar el diagnóstico al médico generalista y al de áreas rurales que son los que tienen mayores probabilidades de asistir a pacientes chagásicos en período agudo, desde la década del 50, hemos introducido una división en el grupo de, "sin puerta de entrada aparente" de la clasificación de ROMAÑA, y distinguimos dos sub-grupos. Uno de "formas típicas", en el que incluimos manifestaciones (lipochagoma geniano, chagoma hematógeno, edema) que son muy propias del agudo y que incluso, las

dos primeras son consideradas patognomónicas o casi. El segundo sub-grupo, el de "formas atípicas", lo constituyen todos aquellos cuadros comunes a un sin fin de patologías pero que también los encontramos en el agudo. Hablamos de forma neurológica, cardíaca, digestiva, febril, etc. , cuando dichas manifestaciones son lo único que presenta el paciente, es decir, son "formas puras" y las clasificamos de esta manera y le damos particular importancia porque con ellas debemos y podemos hacer el diagnóstico etiológico correcto. Tal es el caso de las "meningoencefalitis ", de las graves miocardiopatías de comienzo, de las bronquitis o diarreas rebeldes a los tratamientos habituales, casos sin ningún otro de los signos o síntomas de puerta de entrada o no. Ver cuadro N° 1

Cuadro N° 1: Agudos chagásicos diagnosticados erróneamente de las observaciones de S. Mazza y colaboradores

Caso	Edad	Síntoma de Chagas	Diagnóstico erróneo y/o tratamiento	Médicos Consult.
C. P.	22 años	Signo de Romaña	Colirio	1
A. V.	11 años	Signo de Romaña	Sinusitis frontal izq.	3
A. L.	1 año	Signo de Romaña	Colirio y Vac. antiptiógena	1
L. J. P.	11 años	Signo de Romaña	Pomada ictiolada, incisión	1
N. A.	1 año	Signo de Romaña	Aire	1
H. I.	17 años	Signo de Romaña	Vac. antiptiógena, Colirio	1
E. A.	5 años	Signo de Romaña	Colirio	1
P. S.	2 años	Signo de Romaña	Lavajes Hipoclorito sodio	1
F. C.	47 años	Signo de Romaña	Colirio, Lavajes	1
R. L.	14 años	Signo de Romaña	Fomentaciones	3
S. C.	64 años	Signo de Romaña	Colirio	2
J. O.	20 años	Signo de Romaña	Colirio	1
J. P.	18 años	Signo de Romaña	Conjuntivitis	1
E. P.	15 años	Signo de Romaña	Colirios, Lavajes	3
G. E.	4 años	Chagoma de Inoculación	Paludismo	1
J. S.	16 años	Chagoma de Inoculación	Forúnculo	1
P. T.	14 años	Chagoma de Inoculación	Vacuna antiptiógena	3
E. O.	4 años	Chag.de Inoculación párpado	Conjuntivitis	1
E. K.	50 años	Chagomas Hematógenos	Intoxicación alimenticia	1
G. C.	2 años	Hepato-esplenomegalia	Tifoidea	1

Cuadro N° 2: Formas de comienzo del agudo chagásico

1. Con puerta de entrada aparente

Complejo Oftalmo Ganglionar

Chagoma de inoculación

2. Sin puerta de entrada aparente

F.Típicas

F.Atípicas

Formas con puerta de entrada aparente

Complejo oftalmoganglionar



Fig N° 1: Signo de ROMAÑA



Fig N° 2 -Signo de ROMAÑA

Denominado también, "Signo de Romã", "Signo del Ojo, es en realidad un verdadero "síndrome", alguno de cuyos síntomas ya fueron mencionados por CARLOS CHAGAS en el estudio de los primeros 29 casos de Chagas agudo en la historia de esta patología. Con posterioridad, también mencionó algunos síntomas SALVADOR MAZZA pero indudablemente, corresponde a CECILIO ROMAÑA el mérito de haber descrito el conjunto de síntomas del Signo, al que llamó "Conjuntivitis esquizotripanósica unilateral", poniendo énfasis en la condición de unilateral. Algunos autores y también nosotros hemos encontrado excepcionalmente los dos ojos afectados, pero en tales casos, es uno sólo el que presenta todos los síntomas.

Como lo mencionan distintos autores es indudablemente, el síntoma del agudo chagásico, más conocido por médicos y profanos, y también es el síntoma a través del cual se han realizado la mayoría de los diagnósticos reportados en la literatura. Sin embargo, analizando precisamente esta circunstancia y la gran preponderancia del Signo de Romaña en la mayoría de las casuísticas conocidas de los últimos 40 años, no podemos menos que encontrar justificados los temores de quienes, ante la gran difusión que se hizo de la mención del Signo por ROMAÑA y el entusiasmo con que en general fuera recibido, manifestaban (MAZZA y Col.), que podría suceder que en el futuro sólo se diagnosticaran los casos con tal síntoma.

En cuanto a lo que se refiere a la presencia real del Complejo Oftalmo ganglionar en la clínica del Chagas agudo, las opiniones de distintos autores varían a veces, considerablemente. ANIS RASSI sostiene en base al análisis de distintos trabajos, estima que correspondería a este síntoma el 50% de los casos; un 25% para el Chagoma de inoculación y el otro 25% para las formas sin puerta de entrada aparente. Según otros autores, sólo un 20% correspondería al Signo en cuestión y finalmente, hay quienes no le asignan más de un 5 ó 10% de los casos. Personalmente, entre 1949 y 1951, atendiendo el Consultorio de Pediatría Externo, del Hospital Independencia de la ciudad Capital de Santiago del Estero, tuve oportunidad de diagnosticar 84 casos de la Enfermedad en período agudo, donde al Complejo Oftalmoganglionar correspondía el 48% de las observaciones.



Fig N 03 -Signo de ROMAÑA

Ciertamente la mayor experiencia, tanto en la clínica del agudo en general, como en la observación del Signo de Romaña, corresponde a autores brasileños y argentinos. Sin embargo, por lo que se conoce a través de la bibliografía, es muy posible que una situación semejante se daría en el resto de los países de área endémica.

Indudablemente, no se puede restar importancia al Signo del Ojo en el diagnóstico del agudo, pero creemos que, al menos es poco conveniente, sostener que el Chagas agudo puede manifestarse por cuadros o síndromes bien definidos, como se menciona en algún trabajo, teniendo en cuenta, seguramente, tal Signo, con lo que se cae en el error, como ya dijéramos, de considerar al agudo chagásico igual a Signo de Romaña o viceversa. Erróneo concepto que hay que tratar de desterrar, porque es lo que ha impedido e impide hasta el presente, que se diagnostique un mayor número de casos agudos, con lo que cuando se trata de las formas graves, la falta de un diagnóstico correcto y oportuno, no permite realizar el tratamiento específico que evitaría la frecuente, grave e irremediable consecuencia.

Los síntomas que habitualmente componen el Complejo, son: edema de párpados, eritema de párpados, adenopatía satélite, conjuntivitis, dacrio-adenitis,; menos frecuentemente se observan síntomas tales como: exoftalmo, dacrio-sistitis, edema de hemicara, queratitis, etc.

Edema: muy constante, sólo excepcionalmente falta, pero su intensidad es variable, llega a veces a la oclusión de la abertura parpebral, mientras en otros casos, apenas se advierte. Por supuesto, en muchos casos, se acentúa con la evolución; habitualmente es biparpebral, pero puede tomar un solo párpado, en este caso siempre es el inferior, al punto que se debe dudar de la etiología chagásica cuando el edematizado es únicamente el párpado superior.

Eritema: También es de muy frecuente observación, pero al menos, en nuestra experiencia, algo menos que el edema. Puede presentar un tinte rosado, rojo violáceo, o rojo ajamonado, especialmente cuando lleva cierto tiempo de evolución; es simplemente pigmentado cuando el complejo está en vías de resolución.

Adenopatía satélite: Prácticamente nunca falta, especialmente la preauricular, pero también son sumamente frecuentes, las adenopatías cervicales, submaxilares, parotídeas, etc., como la han señalado distintos autores. El tamaño es sumamente variable, generalmente pequeños, otras veces se los percibe a simple vista. Son generalmente libres de los planos profundos, son habitualmente indoloros, o muy poco dolorosos y como se menciona siempre, hay especialmente en las adenopatías cervicales, un ganglio más grande al que MAZZA denominó "ganglio perfecto". En nuestra observación, coincidente con la de muchos autores, se trata del síntoma (adenopatía) que es el último en desaparecer.

Conjuntivitis: El enrojecimiento de las conjuntivas es en algunos casos, lo primero que advierte el paciente; es menos frecuente que los síntomas descritos anteriormente y como ellos, es variable en su intensidad, siendo leve en la mayoría de los casos llega en algunas ocasiones, a la quemosis. No supura nunca y la secreción que puede observarse, a veces, es siempre cerosa. Algunos pacientes manifiestan intenso escaros, pero en general no duele o sólo excepcionalmente, característica que distingue al Signo del Ojo de los procesos piógenos, con los que algunas veces se confunde.

Dacrioadenitis: Este síntoma fue descrito por MAZZA y BENITEZ, se debe al infarto de la glándula lagrimal y en nuestra experiencia su frecuencia es menor que la de los síntomas precedentemente descritos; sin embargo, hay autores (IÑIGUEZ MONTENEGRO) que lo han encontrado en la mayoría de sus casos.

Entre los síntomas menos frecuentes que componen el Complejo, los más observados por nosotros fueron: **edema de hemicara**: que es siempre del mismo lado del Complejo y seguramente por extensión.

Exoftalmo: se debe a la inflamación del tejido celular retrovitario que produce la protusión del globo ocular hacia adelante. Por lo general retrograda junto con los demás síntomas del Complejo sin ninguna alteración, pero, en algunos pacientes queda una secuela que consiste en el hundimiento del globo ocular seguramente por fusión del celular retrovitario por un proceso de citoesteatonecrosis. con el resultado de una permanente menor abertura parpebral del ojo afectado. Hay autores que la refieren como una secuela frecuente, nosotros la hemos observado excepcionalmente.

Dacriosistitis: De muy poco frecuente observación, se trata a veces de una colección cerosa en el lago lagrimal, en otros casos, se contamina con gérmenes piógenos llegando a la supuración

En relación a este Signo, hubo un aspecto un tanto discutido especialmente en los primeros tiempos posteriores a la descripción que hiciera del mismo CECILIO ROMANA y fue el relacionado con la vía de penetración del T.cruzi. ROMANA teniendo en cuenta las experiencias de BRUMPT, que en 1912 demostró la permeabilidad de las mucosas conjuntival y bucal al parásito, las de FLAVIO NIÑO quien en 1927 hizo similares observaciones en cobayos y de sus propias experiencias en monos, sostuvo, desde un primer momento, que la penetración del T.cruzi se realiza a través de la conjuntiva. Por otro lado, especialmente MAZZA y alguno de sus colaboradores, señalaron que la penetración del parásito se haría a través de la piel de los párpados y de la de zonas circunvecinas. También sostuvieron que puede ser una manifestación secundaria de la septicemia protozoica y mencionaron la aparición de algunos casos de Complejo Oftalmoganglionar, días después de ser observado un Chagoma de inoculación en partes alejadas del cuerpo.

En la actualidad, puede decirse que la vía transconjuntival es la generalmente aceptada. De alguna manera nuestra experiencia parece confirmarlo, ya que en muy contadas oportunidades hemos tenido la presencia simultánea de Chagoma de inoculación y Complejo. También avala este punto de vista la ausencia del Signo de Romana en los Chagas agudos por vía transfusional y congénita. Ahora bien, es posible que existiendo una septicemia protozoica pueda darse la localización oftálmica, lo que ha sido observado por nosotros con la aparición del Complejo posterior a un traumatismo, también por otros autores.

. Respecto a este síntoma consideramos de interés recordar la experiencia de DAVIS, citado por A. RASSI. Tal autor observó que, de 10 monos infectados por vía conjuntival, sólo 4 desarrollaron el cuadro oftalmoganglionar; también MINOPRIO considera que, aunque la puerta de entrada sea conjuntival, no siempre se presenta el síndrome ocular, lo que explicaría, al menos en algunos casos, las formas sin puerta de entrada aparente.

Chagoma de inoculación

CARLOS CHAGAS en su célebre comunicación de los primeros 29 casos de forma aguda, de la Enfermedad por él descubierta, habla de "procesos cutáneos muy característicos" y menciona que tuvo oportunidad de observar 3 casos. Es muy posible que se tratara de lo que años más tarde MAZZA y FREIRE denominaron **Chagoma de inoculación**, asignándole valor de "puerta de entrada" de la infección por T.cruzi.

Se observa de preferencia en partes del cuerpo habitualmente descubiertas, especialmente al dormir (cara, manos), ya que es de noche cuando el insecto transmisor tiene el hábito de picar para su alimentación; por cierto se da también, en cualquier otra parte del cuerpo que le sea accesible. De tamaño variable, casi siempre altera el colorido de la piel, tomando a veces el aspecto de una simple mácula rosada, otras se asemejan a procesos piógenos (impétigo, ántrax o el forúnculo, etc.) puede también tener aspecto ericipelatoide o puede aparecer como una fílica picadura de insecto; en los Chagomas de inoculación en vías de desaparecer, la piel aparece pigmentada. En general es poco o nada doloroso, característica que permite diferenciarlo de los procesos piógenos mencionados precedentemente, que son siempre muy dolorosos.

En el CHI existe casi siempre, infiltración que toma piel y celular subcutáneo, que se advierte fácilmente al tacto y la extensión que abarca dicho infiltrado, es variable, adquiriendo a veces, el aspecto de placas tumorales que hacen incluso prociencia en la superficie. Siempre va acompañado de fiebre, que muy probablemente en la mayoría de los casos, constituye el síntoma dominante, también se dan otros síntomas generales constituyendo verdaderos cuadros infecciosos, de donde sostenemos la necesidad de incluir Chagas en el grupo de los que componen el **Síndrome Febril Prolongado**.



Fig. N° 4 – Chagoma de inoculación en antebrazo.



Fig. N° 5 – Chagoma de inoculación en pierna en vía de regresión.

Desde luego es síntoma que se puede confundir o que semeja procesos bacterianos o piógenos, pero en medio endémico que es generalmente donde se dan los casos de Chagas agudo, ante el fracaso de la antibióticoterapia, como señala BERGOGLIO para el Chagas postransfusional, se impone descartar la etiología chagásica antes de pensar en cambio de antibiótico o en otras patologías. No es frecuente, pero a veces el Chagoma de inoculación puede llegar a la ulceración con secreción cerosa, casos en los que queda como secuela una cicatriz retráctil. En otros casos por citoesteatonecrosis se funde el tejido celular subyacente al Chagoma y queda una franca depresión como secuela definitiva. Desde luego, un acompañante obligado es la adenopatía satélite regional que tiene más o menos las mismas características mencionadas para el Complejo oftalmoganglionar, es decir, poco dolorosa, móvil, no adherente a los planos profundos, y casi siempre presente muy al comienzo.



Fig. N° 6 – Chagoma de inoculación en mejilla.

Señala R. FREIRE , que el Chagoma de inoculación puede a veces, pasar inadvertido para el médico. Se da tal caso cuando se asemeja a una simple picadura de insecto, o está cubierta por pelos (cuero cabelludo, pubis,) casos en los que el paciente no lo siente o no le da mayor importancia y en consecuencia no comunica o no ayuda al médico. En tales casos, se da a la fiebre que siempre acompaña al Chagoma, toda la importancia, máxime si es elevada y va acompañada de síntomas generales como astenia, cefalea, mialgias, raquialgias, etc.

Formas sin puerta de entrada aparente

Subgrupo de formas típicas

Chagoma hematógeno

En realidad, como muy bien lo señalan MAZZA y FREIRE al igual que nosotros lo hemos considerado siempre, se trata de verdaderas tumoraciones planas, que toman dermis y celular subcutáneo sin adherir a los planos profundos. Pueden ser únicos o múltiples, FREIRE señala un caso de más de 200 tumoraciones ; en cuanto a tamaño, son a veces muy pequeños como una moneda grande, en otros pueden presentarse como grandes placas que toman buena parte del muslo o nalga, por cierto entre estos dos extremos, todos los tamaños intermedios. Si bien se los puede encontrar en cualquier parte del cuerpo, la localización más frecuente es, abdomen inferior, nalgas y muslos. Son generalmente indoloros, aunque a veces algo sensibles a la presión, no alteran el colorido de la piel o raramente, y tampoco hacen prociencia, al menos es lo observado en nuestra casuística, de allí que podamos decir, que al Chagoma hematógeno no se lo ve, se lo palpa, por lo cual nosotros aconsejamos siempre, palpar sistemáticamente el celular subcutáneo en todo niño febril de manera especial, los más pequeños, aún cuando sean traídos a la consulta por alguna manifestación relativamente banal, como tos, febrícula persistente, diarrea prolongada, etc. Procediendo de esta manera, más de una vez hemos encontrado Chagomas hematógenos que no fueron advertidos por la madre y en consecuencia, no mencionados. Esto demuestra como es posible diagnosticar casos con sintomatología mínima, con sólo tener presente la etiología chagásica ante todo cuadro infeccioso o febril, cuando se actúa en medio endémico.

Esta variedad de Chagomas se observa más frecuentemente en niños pequeños, con formas o cuadros graves o de mediana gravedad, según la mayoría de los autores y nuestra propia experiencia. Sin embargo, puede darse a mayor edad, es el caso observado por MAZZA y BASSO de un caso de chagomas hematógenos múltiples en un hombre de 50 años.

MAZZA encuentra en los Chagomas, "lesiones de citoesteatonecrosis subcutáneas" , con mínima participación del dermis y presencia de amastigotes intrahistiocitarios en el tejido inflamatorio.

La observación entre los agudos chagásicos de los casos con Chagomas hematógenos, es muy variable de una región a otra; así mientras la mayoría de los autores lo mencionan como muy poco frecuente, RAMON FREIRE que actuó en área rural de la provincia del Chaco, Argentina, dice en un trabajo: "Los

Chagomas hematógenos son tan frecuentes en nuestra zona, sobre todo en niños pequeños, que hasta nos hemos preguntado, a veces, si no será por predominio de cepas dermatropas del *Tripanosoma* chaqueño."

El Chagoma hematógeno, involuciona en tiempo variable. Su valor diagnóstico es considerable cuando no existen síntomas de puerta de entrada, al punto que nosotros lo consideramos tan propio y particular del agudo chagásico, como al mismo Lipochagoma geniano al que FREIRE consideraba patognomónico. Por otra parte, no hemos observado síntoma semejante en ninguna otra enfermedad.



Fig. N° 7 – Chagomas Hematógenos.



Fig. N° 8 – Chagomas Hematógenos y Lipochagoma.

Lipochagoma geniano

Muy bien descrito y considerado síntoma patognomónico por FREIRE , recibe esta denominación el Chagoma hematógeno o metastásico que toma la bola adiposa de BICHAT . Tiene en algunos casos, una consistencia blanda, francamente lipomatosa, en otros casos, se presenta dura , acartonada, como los Chagomas hematógenos; en ocasiones hace prociencia, otras veces, no, pero en esos casos la palpación es relativamente fácil, introduciendo el dedo índice en la boca y el pulgar por fuera o viceversa, en forma de pinza. Casi siempre doloroso por lo que dificulta el amamantamiento o la succión al biberón ya que por lo general se trata de lactantes. Es por esta circunstancia que la madre consulta habitualmente, refiriendo, desde luego, que el niño llora cada vez que mama o se le da el biberón. Se distingue el Lipochagoma por contigüidad, cuando tiene próximo un Chagoma de inoculación o Metastásico, cuando éste último está distante. Se trata en realidad de un Chagoma hematógeno , pero encontramos conveniente mantener la denominación de Lipochagoma geniano, por la gran importancia diagnóstica que tiene en la clínica del agudo.



Chagoma metastásico

Al hacer la clasificación de los Chagomas, MAZZA y FREIRE dieron la denominación de "metastásico" a aquél, con las mismas características del hematógeno, pero cuya presencia coincide con una manifestación de puerta de entrada, por lo general, Chagoma de inoculación.

Edema

Se trata de un síntoma conocido, en relación a la patología chagásica, desde CARLOS CHAGAS quien lo mencionó en 27 de sus primeros 29 casos, como edema generalizado con la denominación de "anasarca". El edema del agudo en Chagas es bien típico, por su consistencia elástica, dura, que no deja **godet** y que puede ser generalizado o localizado a miembros inferiores únicamente. En una ocasión hemos atendido un caso con edema en una sola pierna, que coincidía con Chagoma hematógeno en nalga del mismo lado. Su intensidad, tal cual sucede con todos o la mayoría de los síntomas del agudo, es sumamente variable, muy evidente y llamativo en algunos casos, en otros es de difícil percepción, especialmente en niños pequeños, eutróficos, casos en los que muchas veces es la madre la que nos advierte que el niño sí es gordito, pero que desde hace días lo nota hinchado. Excepcionalmente hemos podido observar la instalación de un gran edema generalizado, en muy pocas horas, como si se tratara de una reacción alérgica.

El edema en Chagas se diferencia de los demás, renal, cardíaco, por hipoproteinemia, etc., como dijéramos precedentemente, por su consistencia, que no deja impresión digital. Sin embargo, excepcionalmente, se encuentra algún edema chagásico blando, como hemos tenido oportunidad de observar contados casos, circunstancia también citada por A. RASSI. En cuanto a frecuencia, al igual que otros síntomas, varía considerablemente, así hay quienes lo han observado en el 50 o más % de los casos, mientras en otras casuísticas, incluida las nuestras, la observación de agudos con edemas ha sido menor. Nuestra experiencia coincide con la de la mayoría de los autores, en el sentido de que al edema generalizado se lo observa frecuentemente en niños pequeños y en los casos más severos, tal cual sucedió en los primeros 29 casos de CARLOS CHAGAS.



Fig. N° 10 – Edema Generalizado

Sub-grupo de formas atípicas

Febril

De este síntoma ya nos ocupamos al hablar de "generalidades". Es síntoma presente en la mayoría de los casos agudos según todos los investigadores que han hecho experiencia en el tema. Dijimos como, en muchos casos, es el síntoma que lleva al paciente al médico. También dijimos que, debe considerarse a Chagas en el grupo de los cuadros con **síndrome febril prolongado**.

Incluimos fiebre, en este sub-grupo, donde están las manifestaciones generales o sistémicas que son única expresión de un Chagas agudo, hablamos de formas puras. La fiebre, en no pocas ocasiones, es el único síntoma de un agudo chagásico, especialmente en los primeros momentos de la evolución.

Visceral (hepato-esplenomegalia)

Es de común observación la hipertrofia conjunta o separadamente de hígado y bazo. La hepatomegalia ya descrita por CARLOS CHAGAS , puede estar presente muy al comienzo del proceso, siendo en realidad lo más frecuente, que se lo observe en plena evolución. Es a veces ligeramente doloroso a la palpación y de consistencia muy poco aumentada. Son más comunes en las formas severas de los niños pequeños. Por lo que respecta a intensidad, la hipertrofia va desde los casos apenas palpables hasta aquellos con agrandamientos desmesurados semejando tumores abdominales



Fig. Nº 11 – Hepato Esplenomegalia

La esplenomegalia mencionada en todos los trabajos, presenta características semejantes a las de la hepatomegalia y se la encuentra menos frecuentemente que ésta, en la transmisión vectorial

No es infrecuente que en muchos casos, especialmente aquellos de reciente iniciación, resulte la hepatoesplenomegalia o el agrandamiento aislado de cualquiera de estos órganos junto con la fiebre, como la única manifestación de un agudo.

Cardíaca

Comprendemos en esta forma aquellos casos de Chagas agudo en los que, la única manifestación a más de fiebre, es una grave miocardiopatía sin que exista ningún otro síntoma de puerta de entrada o no, del agudo. Son los casos de severa insuficiencia cardíaca, de aparición súbita, y de evolución violenta, como dice PINTO DIAS . LARANJA al referirse a estos casos y las meningoencefalitis, formas de comienzo o complicaciones comunes en los niños pequeños, dice: **"Ante estas manifestaciones nerviosas y cardíacas, es bien corto el plazo de sobrevida, muriendo los pacientes las más de las veces, en nuestra observación, dos o tres días de iniciado el cuadro."**

Afortunadamente no se trata, al menos en nuestra casuística, de casos frecuentes, pero todos los autores que se han referido al tema al igual que nosotros, advierten acerca de la necesidad del diagnóstico y tratamiento específico inmediato, ya que cualquier dilación puede conducir al óbito. Por ello nosotros desde hace muchos años, aconsejamos para esos casos, comenzar por confirmar o descartar la etiología chagásica.

Por lo que respecta a complicación cardiológica en los casos agudos, su frecuencia varía

considerablemente en la experiencia de los distintos autores. Mientras hay quienes lo consideran como la complicación más frecuente del período agudo, nosotros la encontramos en una tercera parte de nuestras observaciones.



Fig. Nº 12 – Cardiomegalia en lactante

Se trata en general de formas leves o benignas de cardiopatías, donde, a más del síntoma taquicardia que no guarda relación con la temperatura, mencionada desde CARLOS CHAGAS , se pueden observar alteraciones electrocardiográficas, siendo las siguientes, las más comunes: alteraciones de la repolarización ventricular, bloqueo AV de 1º grado, bajo voltaje del QRS, extrasistolia ventricular, menos frecuentemente B.I.R.D. y en muy pocos casos , B.C.R.D., complicaciones especialmente la última, a las que LARANJA atribuye mal pronóstico.

Persistiría en algunos pacientes, alguna de estas alteraciones electrocardiográficas , sobre todo aumento del espacio PR, significando tal vez, miocarditis activa, como lo menciona AMATO NETO .

En nuestra experiencia, al igual que en la de muchos autores, todas las alteraciones electrocardiográficas y radiológicas, comunes en las formas menos graves, retrogradan y desaparecen junto con los demás síntomas del agudo.

Neurológica o meningoencefálica

Al igual que en la cardíaca, hablamos de forma neurológica o meningoencefálica, cuando es esta manifestación la única expresión de un agudo chagásico y como siempre acompañado por fiebre. Son las formas graves, a que hacíamos referencia precedentemente, coincidiendo con todos los autores, (LARANJA, PINTO DIAS, RASSI, etc.) en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento específico oportuno.

En cuanto a manifestaciones de participación del sistema nervioso en un agudo, se citan frecuentes alteraciones tales como, irritabilidad, llanto persistente, síntomas de frecuente observación en lactantes y niños pequeños y que, en ausencia de patologías que puedan explicar tales síntomas, en medio endémico, corresponde descartar la etiología chagásica. En el adulto por lo que respecta a alteraciones mínimas, se dan con frecuencia cefaleas.

Por cierto, la meningoencefalitis chagásica, puede aparecer en cualquier momento de la evolución y coincidiendo con otros síntomas del período agudo. Son meningoencefalitis a líquido claro, con muy

pocas alteraciones en la composición del mismo, como, PANDY positiva, albúmina ligeramente alterada, linfocitosis, alteraciones que no son constantes para todos los casos por lo cual, prácticamente carecen de valor. Se trata de cuadros en los que habitualmente lo predominante son las convulsiones subintrantes, difíciles de dominar y en los que no es fácil encontrar el T. cruzi en LCR ; el diagnóstico se establece por demostración de la presencia del T. cruzi en sangre circulante.

Entre las décadas del 70 y 80, en el término de 10 años aproximadamente, en el Centro de Chagas y Patología Regional "Dr. Humberto S. Lugones" , de la ciudad Capital de Santiago del Estero, el Dr. O. LEDESMA Director de la Institución en ese momento, pudo reunir y estudiar 20 casos de meningoencefalitis chagásica, de los cuales un 60% correspondían a formas puras, esto es, sin presencia de ningún otro síntoma, excepto fiebre. En el 50% de los casos, mediante tratamiento específico, se logró una evolución favorable, con desaparición de las manifestaciones clínicas, y con la negativización serológica y parasitológica prolongadas, lo que permitió demostrar que la meningoencefalitis chagásica considerada generalmente de mal pronóstico, evoluciona favorablemente en la medida que sea precozmente diagnosticada y se realice el tratamiento específico adecuado.

A despecho de caer en repeticiones, queremos insistir, en la importancia y gravedad de las dos complicaciones , meningoencefalitis y graves miocardiopatías de comienzo, que son las responsables de la mayoría de los cuadros graves y mortalidad del agudo chagásico, tal cual ha sido observado y mencionado por la mayoría de los autores que se ocupan del tema, coincidente con nuestra propia experiencia. Ante esta situación, se impone un generalizado conocimiento de estos cuadros, especialmente cuando se actúa en medio endémico, y tener muy en cuenta lo aconsejado precedentemente respecto a un necesario y oportuno diagnóstico etiológico y tratamiento.

Digestiva

Esta forma se refiere a los cuadros febriles con diarrea persistente y rebelde a todo tratamiento que se puede observar en niños pequeños que no presentan ningún otro síntoma del agudo y que como decimos siempre, en medio endémico se debe pensar en Chagas. Esta denominación de "forma digestiva" naturalmente no corresponde cuando a más de fiebre, están presentes otros síntomas, Signo de Romaña, Chagomas, Hepato o esplenomegalia, etc.

Por lo que respecta a Aparato Digestivo se observan también, síntomas tales como anorexia, náuseas, vómitos, especialmente en niños pequeños.

Otros síntomas

Menos frecuentemente se dan también otros síntomas que en medio endémico y siendo única manifestación unido a la fiebre, pueden hacer pensar en la etiología chagásica.

Aparato respiratorio

Ya CARLOS CHAGAS menciona la bronquitis de origen tripanósica, pero él y otros autores advierten acerca de la existencia de cuadros asociados. No obstante hay referencias de diagnósticos de cuadros bronquiales rebeldes al tratamiento antibiótico que resultaron de etiología chagásica

Exantema (esquizotripanides)

Pueden ser morbiliformes, urticariformes o maculosos. Son manifestaciones que con mayor frecuencia se observa en niños mayores, adolescentes y adultos, al menos en nuestra observación. La forma maculosa, rosada, rojo violácea o pigmentada cuando es de cierta evolución, es considerada por algunos autores, como muy propia de Chagas. A veces se trata de cuadros febriles con exantema, sin otra manifestación propia del agudo, en tales casos, la persistencia de estos síntomas (fiebre, exantema,) y una evolución relativamente prolongada permiten diferenciarla de otras patologías exantemáticas, sarampión, rubiola, urticaria por intoxicación alimenticia, etc., cuadros con los que a veces se ha confundido.

Este síntoma, al igual que los Chagomas, fue muy bien estudiado por MAZZA quien le dio la designación de "schizotripanides" Nosotros hemos tenido ocasión de asistir a algunos casos de exantema y fiebre prolongada, sin otros síntomas de puerta de entrada o no, verdaderos "síndromes febriles prolongados"; en otras circunstancias, coincidían con el Signo del Ojo y otros.



Fig. N° 13 – Exantema morbiliforme

Adenomegalia

Se trata de una manifestación mencionada en la mayoría de los trabajos sobre el tema, ciertamente de común y frecuente observación . De intensidad variable como todos los síntomas que venimos analizando, se habla de "macropoliadenopatía" y "micropoliadenopatía"; son poco o nada dolorosos,, no adhieren a planos profundos, siendo las regiones cervical e inguinal donde más preferentemente se los observa y es uno de los últimos síntomas en desaparecer.

Orquiepididimitis

Manifestación poco frecuente, es también de mayor observación en niños pequeños. Como todos los síntomas del agudo en Chagas, puede ser única manifestación o coincidir con otros síntomas, a más de fiebre, que es lo más frecuente. Síntoma que fuera muy bien estudiado por R. FREIRE quien llega a practicar punción para extraer líquido de derrame de la vaginal donde constata la presencia del T.cruzi.



Fig. N° 14 – Orquiepididimitis

Toda la clínica del período agudo, descripta hasta aquí, corresponde a los casos de transmisión vectorial, describiremos a continuación, aunque sea sucintamente, los síntomas correspondientes a los casos que responden a otros mecanismos de transmisión. (congénito, transfusional, etc.)

Chagas postransfusional

Se lo menciona como la segunda vía o mecanismo de transmisión más importante y en realidad lo es, no solamente por la cantidad de casos sino porque esta modalidad requiere únicamente del reservorio humano, el chagásico crónico, que generalmente ignora su condición de tal, y se da en regiones no endémicas como pueden ser los grandes centros urbanos en nuestro continente (Buenos Aires, San Pablo, Río de Janeiro, etc.) y en otros como Europa, Asia, etc. Se da el caso de la aparición de agudos chagásicos debidos a este mecanismo, en la ciudad de Nueva York, área no endémica en absoluto, y que tal circunstancia se debió a donantes latinoamericanos.

Dato importante de conocer, es el período de incubación, que en esta forma de transmisión, es mucho más prolongada que en la vectorial, oscilando entre 25 y 45 días y aún más. En cuanto a síntomas, es de destacar la ausencia de los síntomas de puerta de entrada, chagoma de inoculación y Signo de Romaña, de frecuente observación en la transmisión vectorial. El síntoma por el cual el paciente acude al médico, en la mayoría de los casos, es la fiebre, constituyendo las más de las veces, un típico "Síndrome Febril Prolongado". R. BERGOGLIO es el autor en nuestro país (Argentina) que ha observado el mayor número de chagásicos agudos por transfusión de sangre o plasma. En base a la experiencia adquirida, elaboró un perfil clínico del Chagas postransfusional que es de gran valor y ayuda para el diagnóstico del agudo en esta modalidad de transmisión:.

Perfil clínico

Fracaso de
la
antibióticoterapia

Antecedente
transfusional

Fiebre
prolongada

Tiempo de
incubación

Adenopatías

Esplenomegalia

Linfomonocitosis

Eosinofilia

Eritrosedimentación
normal

Como síntomas menos frecuentes, el mismo autor (BERGOGLIO), cita: hepatomegalia, palidez, edemas, taquicardias,; en esta modalidad, también se dan casos asintomáticos, inaparentes, de chagas agudo.

Siendo casos agudos, la confirmación de la presunción clínica, deberá hacerla el Laboratorio al que se le pedirá investigaciones parasitológicas; como es frecuente que estos pacientes continúen sin diagnóstico etiológico a veces por muchos días, se hace necesario recurrir al xenodiagnóstico, prueba parasitológica indirecta. No es infrecuente que el médico al sospechar la transmisión por transfusión pida reacciones serológicas, que en un primer momento, son siempre negativas. Entre las pruebas directas, la que se debe usar preferentemente, es el **Strout**, especialmente en los primeros momentos del cuadro febril.

El índice de transmisión en esta modalidad oscila, según los distintos autores, entre un 14 y 23% de los

casos.

Chagas agudo congénito o connatal

Es el caso de la infección transmitida al hijo por la madre chagásica, en período agudo o crónico, durante la gestación; hay que tener presente que también puede darse, al igual que por la transmisión por transfusión de sangre o plasma, en áreas no endémicas. Con respecto a sintomatología, la mayoría de los autores refieren habitualmente los siguientes síntomas: adenomegalia, hepato y/o esplenomegalia, anemia (palidez), edema, taquicardia; menos frecuentemente se cita, fiebre, miocardiopatía franca, meningoencefalitis, casos que, en la experiencia de los autores chilenos, HOWARD y RUBIO, fueron causa de elevada mortalidad.

Tampoco en esta modalidad, se dan las formas de puerta de entrada mencionadas para la transmisión vectorial.

El índice de transmisión del Chagas congénito en la mayoría de los países que han hecho experiencia en el tema, oscila entre, 2 y 3 o 4%, pero, en Jujuy (Argentina) y Bolivia se citan casuísticas con una incidencia del 9%.

Como se trata de casos agudos, la confirmación de la sospecha clínica debe hacerla el Laboratorio, mediante reacciones parasitológicas, directas o indirectas. Entre las primeras, se puede recurrir al microstrout o strout, y en cuanto a indirectas se ha usado mucho en esta investigación, el xenodiagnóstico, que en la medida de lo posible, es la que brinda mayor seguridad en el estudio del congénito. Las reacciones serológicas son generalmente positivas en el recién nacido, debido a anticuerpos transferidos por la madre, por lo que carecen de valor diagnóstico. Sin embargo, se aconseja repetirlo, porque de encontrar positividad más allá de los seis meses, se debe a anticuerpos propios, reveladores de enfermedad, por lo que corresponde tratamiento específico.

La Dra. AZOGUE (Bolivia) recomienda repetir los estudios parasitológicos en los casos negativos en un primer momento, hasta los 25 o 30 días de vida del niño con lo que, en su experiencia, ha podido encontrar positividad, varios días después del nacimiento.

Dados los altos índices de infección en las mujeres en edad fértil, en áreas endémicas, la probabilidad de la transmisión congénita de la infección chagásica, debe ser siempre tenida en cuenta en los casos de recién nacidos con los síntomas mencionados. Ahora bien, si tenemos presente la existencia de casos inaparentes, asintomáticos, en realidad y tal cual lo aconsejan los **programas de prevención** de transmisión por esta vía, debe realizarse sistemáticamente la investigación correspondiente, a todo hijo de madre chagásica.

Diagnóstico diferencial

Dijimos al hablar en "consideraciones generales", que el período agudo de la Enfermedad de Chagas se caracteriza por el polimorfismo de las manifestaciones clínicas y que, la variada sintomatología era común a las más diversas patologías. En consecuencia, es poco menos que imposible, hacer el diagnóstico diferencial a la manera clásica, teniendo presente los síntomas de las distintas enfermedades, (mononucleosis, toxoplasmosis, glomerulonefritis, malaria, enfermedades exantemáticas propias de la infancia, fiebre tifoidea, brucelosis, enfermedades piógenas, etc., etc.), con las que el agudo chagásico tiene síntomas comunes. En cambio, resulta mucho más práctico y más fácil, recordar siempre la realidad de la existencia de la **endemia chagásica** en todos los países latinoamericanos y en consecuencia, tener también siempre presente la posibilidad de **tal etiología** ante todo cuadro indeterminado, de difícil diagnóstico y/o fracaso de la antibióticoterapia. En tales casos, los antecedentes epidemiológicos ayudan considerablemente y el Laboratorio, al que se debe recurrir, aclarará la situación. Actuando de esta manera, nosotros y muchos otros autores argentinos, hemos podido diagnosticar cientos y aún miles de casos.

Como una manera de poner claramente en evidencia lo variado de la sintomatología en la fase aguda de la Enfermedad y las distintas patologías con las que tiene síntomas comunes, en el cuadro siguiente pueden apreciarse los variados síntomas del agudo, que se prestan a confusión, con patologías de muchas especialidades de la medicina:

Cuadro Nº 3: Síntomas del agudo chagásico y su relación con los de distintas especialidades



Especialidad	Síntomas del agudo en Chagas
Alergia	Exantemas
Cardiología	Síntomas clínicos, electrocardiograficos, etc.
Clínica Médica	Manifestaciones orgánicas y/o sistémicas
Dermatología	Chagoma de inoculación, Hat ógeno, etc.
Gastroenterología	Anorexia, vómitos, diarreas
Hematología	Anemia, leucocitosis
Infectología	Corresponde a la especialidad
Medicina Interna	Manifestaciones orgánicas y/o sistémicas
Nefrología	Edemas generalizados
Neumonología	Tos(bronquitis)
Neurología	Irritabilidad, llanto, convulsiones
Obstetricia	Abortos, mortinatos, chagas connatal
Oftalmología	Complejo oftalganglionar, o S. de Romaña
Pediatría	Todo, es dominio de la misma
Urología	Orquiepididimitis

Diagnóstico de Laboratorio

Siendo la Enfermedad de Chagas, patología con manifestaciones comunes a otras enfermedades, es absolutamente necesaria la intervención del Laboratorio para confirmar la presunción clínica. El período agudo es el momento de mayor parasitemia, en consecuencia , para la confirmación diagnóstica corresponde recurrir, sea cual fuere la vía de infección (vectorial, transfusional, congénita, etc.) a las técnicas parasitológicas, "directa" o "indirecta".

1. Método directo: En el Laboratorio del Centro de Chagas (Sgo.del Estero) se usa sistemáticamente "gota fresca" y "strout" con lo que se ha diagnosticado el 99% de los más de 3.000 casos observados hasta el presente desde su fundación, 1966. Sólo en muy pocos casos, fue necesario recurrir al xenodiagnóstico. Por cierto existen muchas otras técnicas de enriquecimiento que también son usadas por distintos Laboratorios: Triple centrifugación, Martín y Leuboeuf, Deane y Kirchner, método de silicones, (Rohweder), etc

2. Método indirecto: Xenodiagnóstico y hemocultivo son los más usados en Laboratorios de distintos países. Nosotros la mayor experiencia la tenemos con el xenodiagnóstico que da el 100% de positividad en el agudo.

En la fase aguda es bien limitada, al menos en un primer momento, la producción de anticuerpos de la clase IgG, por lo cual las reacciones serológicas, en general, son negativas, positivizándose las más sensibles (TIF) recién a los 15 o 20 días de evolución por lo cual debe priorizarse la investigación parasitológica.

En la investigación de la Enfermedad de Chagas en su período agudo, se cuenta en la actualidad con nueva técnica: **Reacción en cadena de la polimerasa**, conocida por su abreviatura del inglés, **PCR** (Polymerase Chain Reaction).

Exámenes complementarios:

De alguna manera necesarios para completar el estudio clínico y además, como dice PINTO DIAS , sirven para reforzar una sospecha clínica.

Hemograma:

Ciertamente de algún valor en la clínica del agudo, por cuanto en algunos casos se encuentran significativas alteraciones con cuadros de marcada linfomonocitosis que a veces llegan a los 20 o 25.000 elementos y también se dan anemias intensas, generalmente hipocrónicas.

Eritrosedimentación:

En muchos casos, normal, se la encuentra moderadamente aumentada en otros. En general, no es examen que ayude a pensar en Chagas.

Hepatograma:

En el Centro de Chagas de Sgo. del Estero hay alguna experiencia respecto a las mismas. En general, a las pruebas hepáticas se las ha encontrado ligeramente aumentadas, pero con tratamiento específico siempre hubo evolución favorable con normalización de las mismas

Desde luego, la rutina del estudio del agudo, incluye **electrocardiogramas, y teleradiografías de tórax**, que se repiten en caso de necesidad.

Tratamiento

El período agudo chagásico dispone, desde hace aproximadamente 30 años, de tratamiento específico. Los preparados de que se dispone, son: un Nitrofurilideno-amino (**Nifurtimox**) y un Nitroimidazolacetamida (**Benznidazol**).

En la actualidad prácticamente no se dispone de Nifurtimox por cuanto el Laboratorio suspendió su producción. En consecuencia, sólo se dispone del Benznidazol, de la Casa Roche.

El Benznidazol se administra a la dosis de 5 á 7 mg/kg/día, a cualquier edad, durante 30 días. Como se trata de medicamento que da reacciones secundarias de intolerancia, en algunos pacientes, es conveniente la vigilancia médica más o menos continuada mientras dure la administración de la droga.

Se aconseja comenzar el tratamiento con dosis bajas, aumentando paulatinamente hasta llegar a la dosis ideal en 5 ó 6 días

En nuestra experiencia, en el tratamiento con esta droga de varios cientos de casos, ha sido positiva, cura, en el 80% de los casos.

Evolución y pronóstico

La gran mayoría de los autores, la consideran en general, benigna. Sin embargo hubo en los primeros tiempos, algunos que la consideraban grave.

En nuestra casuística el 75% aproximadamente fueron formas benignas; son casos que incluso sin tratamiento específico evolucionan hacia la superación de todos los síntomas pasando a la cronicidad aparentemente curados. Sin embargo, hemos tenido también formas severas, y hasta muy graves, como meningoencefalitis y graves cardiopatías de comienzo, que, como lo venimos repitiendo, sin tratamiento específico oportuno, evolucionan al óbito. Afortunadamente, estos casos son poco frecuentes, pero existen y hay que tenerlos muy en cuenta.

La mortalidad en este período, según experiencia de distintos autores nacionales y extranjeros, está generalmente muy por debajo del 10%; en nuestra experiencia que abarca algo más de cinco décadas, la mortalidad ha sido aproximadamente, de un 2%.

Conclusión

Que la Enfermedad de Chagas no ha recibido hasta el presente la debida atención de acuerdo al grave problema sanitario, social y económico que representa y que persiste un general desinterés e indiferencia por parte de los distintos sectores o estamentos de la sociedad, es un **hecho indiscutible**, tal cual se viene planteando desde hace mucho tiempo. Desde luego, como muy bien lo señala STORINO en un reciente trabajo, de significativa importancia referido al tema, son muchos y de diversa índole los factores que intervienen en la persistencia de esta problemática. Sin embargo, nosotros pensamos que lo que requiere mayor urgencia en resolver y de alguna manera es también lo realmente posible para todos los países de América de área endémica, comenzando por el nuestro, es lo relativo a un diagnóstico correcto del chagásico, de manera particular del agudo. Es así porque los casos graves de este período con frecuencia llegan al óbito, cuando no se hace el tratamiento específico correspondiente. En cambio, las complicaciones del crónico se tratan igual que las de cualquier etiología, entonces el diagnóstico será importante, pero no determinante de vida o muerte.

Cuando investigadores de la talla científica, verdaderos expertos en lo relativo a Chagas, como los Profesores ROMEU CANCADO y ANIS RASSI , dicen:el primero al hablar de que casos agudos pasan desapercibidos, expresa:"El médico brasileño no está preparado para diagnosticarlo" y el segundo, al referirse a lo que acontece en su país, manifiesta : "El reconocimiento de casos agudos, todavía deja que desear, acarreado perjuicio para los pacientes, etc.". Están reconociendo indirectamente, reconocimiento que hay que valorar, aplaudir y respetar, que los médicos de su país no recibieron una enseñanza que los habilitara suficientemente para el reconocimiento del agudo.

La Dra. PILAR N. DE ALDERETE y Col. , presentaron un trabajo en un Congreso Argentina de Protozoología, (1984), como fruto de la experiencia y conocimiento adquiridos a través de los Cursos de Salud Humana, para "Actualización de Enfermedad de Chagas " para Médicos y Bioquímicos. Tales Cursos, que se realizaron en varias provincias argentinas y países vecinos, les permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

1. La formación universitaria recibida resulta insuficiente para el posterior desempeño profesional.
2. Los planes de estudio universitarios deberían incrementar el tiempo y las asignaturas destinadas a un mejor conocimiento de la Enfermedad y Endemias Chagásicas.

Si pensamos que estos reconocimientos, parten de dos países, Brasil y Argentina, que más han trabajado en lo relativo a la problemática de Chagas en general, de los que ha partido la más frondosa bibliografía respecto de esta patología, en especial la brasilera ,hace suponer con fundamento, que la realidad que venimos analizando , es común a toda la región americana afectada por la endemia.

Si en todas las Universidades, sabemos que hay honrosas excepciones, se enseñara la patología y se le diera la real importancia que corresponde, en todas las áreas (especialidades) de la Medicina que tienen relación directa, como lo hemos demostrado a lo largo del presente trabajo, la realidad sería muy otra. Desaparecerían el común desinterés e indiferencia, lo mismo que el lamentable bajo porcentaje de diagnóstico del agudo y las Autoridades de Salud darían al problema endemia y sus consecuencias, la importancia que realmente tiene. Cambiaría también el interés y conocimiento de los Profesionales de la Salud por esta patología y lo que es igualmente importante, el interés de la Comunidad misma por esto que es realmente un tremendo azote que afecta a medio continente.

Finalmente, pienso que la historia sería otra, si todos los Profesionales de la Medicina, en especial los Médicos, salieran de nuestras Universidades con unos pocos pero muy firmes e imborrables conocimientos:

- 1º. Que la endemia chagásica existe en todo Latinoamérica, y la Tripanosomiasis es frecuente.**
- 2º. Que, el agudo chagásico puede presentar cualquier síntoma, siendo "fiebre" uno de ellos, constante y a veces, único síntoma**
- 3º. Lo que recomendó MAZZA, que : "ante todo cuadro infeccioso indeterminado, en medio endémico, corresponde pensar en Chagas".**

[Tope](#)

Bibliografía

- ALDERETE, P.N. de; DI PIETRO, L.; CALATRONI, M. y SUAREZ, E. : Actualización sobre diagnóstico y control de la enfermedad de Chagas a profesionales de área endémica. Resultados relevantes. Congreso Argentino de Protozoología y Reunión sobre Enfermedad de Chagas, P 6.H.Grande-Córdoba-Argentina. 1984.
- ALVAREZ, M. : Diagnóstico de Laboratorio. En "Miocardiopatía Chagásica Crónica" de Storino y Milei. Capítulo 8, 202-218, 1986
- AMATO NETO, V. : Contribucao ao cohecimento da forma aguda da Doenca de Chagas. Tese apresentada na Faculdade de Medicina Univ. Sao Paulo -332 p.-1958.
- AMATO NETO, V. et al : Doenca de Chagas aguda. En "Clínica e terapeutica da Doenca de Chagas" de J.C. Pinto Dias y J. Rodrigues Coura
- AZOGUE, E.: Transmisión congénita de la Enfermedad de Chagas en Santa Cruz, Bolivia. Hallazgos parasitológicos. Bol.Inf. CENETROP 8:19, 1982
- BARCLAY, C.A.; CERISOLA, J.A.; Lugones, H. S. ; LEDESMA, O. y JOZAMI, L.B.de: Tratamiento de la Enfermedad de Chagas con Ro 07 1051. XIV Congreso Internacional de Pediatría. Actas T. 4-238. Bs.As. 1974
- BARUFFA, C.A. y ALCANTARA filho, A. : Forma aguda da Doenca de Chagas en Rio Grande do Sul. Aspectos laboratorais. Rev.Goiana de Medicina, 29-9-15, 1983
- BASSO, G. ; BASSO, R. y BIBILONI, A. : Investigaciones sobre la Enfermedad de Chagas Mazza. Ed. Eudeba, Bs.As., 1978

BENAVENTE, O., LEDESMA, O.; BAEZ PENA, L.; LUGONES, H.; KALALO, E. y SICA, R.E.P.: Estudio electromiográfico en pacientes con Enfermedad de Chagas en estadio agudo. Resumen. IIº Congreso Argentino de Protozoología. P. 52. La Falda, Córdoba, Argentina. 1987

BERGOGLIO, R.: Perfil clínico de la Enfermedad de Chagas postransfusional. Rev. Médica de Córdoba. Argentina. 1975

BOCCA TOURRES, C.: Enfermedad de Chagas., Clínica de la fase aguda. Simposio Internacional de la Enfermedad de Chagas. Actas 227-231, Bs.As., 1972

BONET, A.H.: Miocarditis clínicamente detectable en casos con Enfermedad de Chagas-Mazza, forma aguda. IIº Jornadas Entomoepidemiológicas Argentinas, 151, Salta, Argentina, 1965

BRAVERMAN, J.: Observaciones sobre Enfermedad de Chagas. VIIº Jornadas Argentinas de Pediatría, Actas P.132, Río Cuarto, Córdoba, Argentina, 1956

BRENER, Z. y ANDRADE, Z.: Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas. Guanabara, Koogan. 463, Río de Janeiro, Brasil, 1979

CAMARGO, M.E. et al: Normalización del diagnóstico serológico de la Enfermedad de Chagas en las Américas. Evaluación de tres años de colaboración. Bol. de la Of. San. Panam. V. 102 -Nº 5, 449-462, 1987

CANCADO, J.R.: "Forma Aguda de la Enfermedad de Chagas en Brasil". Rev. Asociación Médica Brasileira, 1981

CANCADO, J.R.: Doença de Chagas- Por un grupo de Colaboradores Especializados. 666 pgs. Belo Horizonte, Brasil, 1968

CASTAGNINO, H. E. y THOMPSON, A. C.: Cardiopatía Chagásica. Kapeluz. 352 pgs., 1980

CERISOLA, J. A., LUGONES, H.S. y RABINOVICH, I.: Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Ed. Elías Portes, 75 pgs., Bs.As., 1972

CERISOLA, J. A. y LAZZARI, J. O.: La transmisión de la Enfermedad de Chagas por transfusión de sangre. Jornadas Entomoepidemiológicas Argentinas, Vol.1, 203-207, Salta, Argentina, 1965

CHAGAS, C.: Tripanosomiasis Americana. Versión castellana por S. Mazza. MEPR, Nº 55, 45 pgs., 1941

CHAGAS, C.: Tripanosomiasis Americana, forma aguda da Molestia. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 8: 2, 1916

CHAPADEIRO, E.: Histopatología cardíaca na forma indeterminada da Doença de Chagas. Anais Congresso Internacional da Doença de Chagas. Rio de Janeiro, Brasil, 1979

DELGADILLO JAIMES, C.; PAREDES CASILLAS, P. y Col.: Brote de Enfermedad de Chagas en Jalisco. Chagas en Jalisco. Ed. Unidad Editorial del Gobierno de Jalisco. 56 pgs., Guadalajara, México, 1987

DIAS, E.: Informacoes acerca de 300 casos da Doença de Chagas com período inicial conhecidos fichado no Centro de Estudos de Bambuí. Rev. O Hospital, 47: 9, 1955

FERNANDEZ, J. J. y CEDILLOS, R. A.: Tratamiento de la e. de Chagas con el BAY 2502 (Lampit). Revisión de la Literatura. Rev. del Inst. de Invest. Médicas. San Salvador, 5:160, 1976

FRANCA, M. E.: Formas agudas de la Enfermedad de Chagas en Uruguay. Rev. Méd. Urug., 2: 143, 1986

FREIRE, R. S.: Sobre el valor diagnóstico de las diversas manifestaciones cutáneas de la Enfermedad de Chagas. Primera Conferencia Nacional de Chagas. Ed. Ministerio de Acción Social y Salud Pública., Actas, 55-64, Argentina, 1954

GONZALEZ CAPPA, S. M. y SEGURA, E. L.: Enfermedad de Chagas. ADEL.MICROBIOL.ENF.INFECC.Vol.1,51,1982

INIGUEZ MONTENEGRO, C.: Fase aguda de la Enfermedad de Chagas, signos y síntomas más llamativos. Rev. Méd. Córdoba, Argentina. 57: 84, 1969

J'ORG, M. E.: Tripanosomiasis Cruziana Humana o Enfermedad de Chagas -Mazza. Actualización de tratamientos, Rev. Roche, 1974

LARANJA, F.: Evolucao do cohecimentos sobre a cardiopatía da Doença de Chagas. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 47, 3-4, Brasil, 1949

LARANJA, F.: Aspectos clínicos da moléstia de Chagas. Rev. Brasileira de Medicina, 10 482-491, Brasil, 1953

LEDESMA, O. S. y Col.: Meningoencefalitis chagásica aguda. IIº Simposio Internacional de Enfermedad de Chagas. Actas, Pág. 354, Bs. As., 1979

LIBONATI, E.: Manifestaciones neurológicas agudas en la Enfermedad de Chagas. Rev. Neurológica Argentina, V. 3, Nº 3, Pág. 420, 1977

LUGONES, H. S.: Clínica de la Enfermedad de Chagas aguda. Anales, IIº Simposio Internacional de Enfermedad de Chagas, Pág. 331, 1979

LUGONES, H. S.: Enfermedad de Chagas en la Infancia. Rev. Anales de Sanidad. 13 (1), 41-62, Santa Fe, Argentina, 1979

LUGONES, H. S.; LEDESMA, O.; STORINO, R.; MARTELEUR, A.A. de y RIBAS MENECLIER, C. y BARBIERI, G.: Chagas agudo. En "Enfermedad de Chagas" de Storino y Milei. Cap. 12, 209-234, Bs. As., 1994

LUGONES, H. S.: Consideraciones acerca de los síntomas del período agudo de la Enfermedad de Chagas en la Infancia. Anais do Congresso Internacional sobre a Doença de Chagas. Tomo. 3, Pág. 861, Rio de Janeiro, Brasil, 1959

MARTELEUR, A.A. de y BARBIERI, G.: Utilización del Método de Capilares para el diagnóstico de la Enfermedad de Chagas Aguda. Congreso Argentino de Protozoología y Reunión sobre Enfermedad de Chagas. Actas, Pág. 17. Huerta Grande, Córdoba, Argentina, 1984

MARTELEUR, A. A. de y BARBIERI, G.; GLOSER, M. N. B. y PRATURLON, A. F. D.: Comportamiento de enzimas hepáticas en niños con Chagas agudo. Con. Arg. de Protozoología y Reunión sobre E. de Chagas. Actas, C.12, Huerta Grande, Córdoba, Argentina, 1984

MAZZA, S. y FREIRE, R.: Manifestaciones cutáneas en Enfermedad de Chagas. Chagomas de Inoculación, Chagomas Metastásicos y Chagomas Hematógenos. Rev. MEPR, Nº 46, Pág. 3-38, 1940

MAZZA, S.; FREIRE, R. y SALICA, P.: Formas meningoencefálicas primitivas y secundarias de Enfermedad de Chagas. Considerable gravedad del proceso y tratamiento adecuado con 7602 (Ac). BAYER. Bol. MEPR Nº 60, 1942

MINOPRIO, J. L.: Conceptos patogénicos de la Enfermedad de Chagas. Rev. Méd. de Córdoba, Argentina, 57: 108, 1069

MOYA, P.: Enfermedad de Chagas Congénica, Experiencia Clínica. Anales, Congreso Argentino de Protozoología y Reunión sobre E. de Chagas. MR 1ª, Huerta Grande, Córdoba, Argentina, 1984

NIÑO, F.: "Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana", 230 pgs. Imprenta de la Univ., Bs. As., 1929

OLIVEIRA FERREIRA, H.: Forma aguda da Doença de Chagas, en "Doença de Chagas" de Romeu Cancado. 359-373, Belo Horizonte, Brasil, 1968

PARADA, H.; CARRASCO, H. A.; AÑEZ, N.; FUENMAYOR, C.; ARRIAGA, A.D.; PALACIOS, E. y AGUILERA, M.: A Enfermedad de Chagas Aguda. Características clínicas, parasitológicas e histopatológicas. Avances Cardiológicos. Bol. 16, Nº 1, 10-17, Venezuela, 1996

PELLEGRINO, J. y LOBO REZENDE, C.: A Doença de Chagas na Infancia. Rev. Brs. Méd.-Belo Horizonte 9:765, 1965

PIFANO, F.: Algunos aspectos de la Enfermedad de Chagas en Venezuela. Anais do Congresso Internacional da Doença de Chagas. Actas. Tomo. IV, pág. 1185-1216, Rio de Janeiro, Brasil, 1959

PINTO DIAS, J. C.: Doença de Chagas en Bambuí., Minas Gerais, Brasil. Estudio clínico epidemiológico a partir de fase aguda, entre 1940 y 1982. Tese. Belo Horizonte 376 pgs. 1082

PINTO DIAS, J. C.: Clínica e Terapeutica da Doença de Chagas. Belo Horizonte., Secretaria de Estado da Saúde, 74 pgs., 1981

PINTO DIAS, J. C. y RODRIGUES COURA, J.: Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas. Ed. FIOCRUZ, 486 pgs., Rio de Janeiro, Brasil, 1997

PINTO DIAS, J. C. y LUGONES, H.S.: Módulo Chagas, "Curso de Enfermedades Tropicales, Regionales y Emergentes". Instituto de Educación Abierta y a Distancia. Universidad Católica de Salta. 141 pgs., Argentina, 1999

PINTO DIAS, J. C.; BRICEÑO LEON, R. y STORINO, R.: Aspectos Sociales, Económicos, Políticos, Culturales y Psicológicos en "Enfermedad de Chagas" de Storino, R y Milei, J., 527-548, Bs.As., 1994

PNIEE (Programa Nacional de Investigaciones Endémicas): Estrategias de control de la Enfermedad de Chagas. Bol. Informativo Nº 2 de la S. E. C. Y. T., Bs. As., 1988

PRATA, A. R.: Formas clínicas da Doença de Chagas. En "Doença de Chagas" de Romeu Cancado, Pág. 354-358, Belo Horizonte, Brasil, 1968

RASSI, A. y CARNEIRO, O.: Alteracoes circulatorias na fase aguda da Doença de Chagas. En "Doença de Chagas" de Romeu Cancado, 374-392, 1968

RASSI, A.: Clínica de la fase aguda., En "Tripanosoma Cruzii e Doença de Chagas", de Brener, Z. y Andrada, Z., 248-264, 1979.

REBOSOLAN, J. B.: Contribución al estudio epidemiológico de la E. de Chagas mediante el xenodiagnóstico. II Jornadas Entomoepidemiológicas Argentinas. Actas 173-176, Salta, Argentina, 1965

REZENDE, J. M.: Forma digestiva da moléstia de Chagas. Rev. Goiana de Medicina. 5, 193-227, Brasil, 1956

ROHWEDDER, R. W.: Infección chaquásica en dadores de sangre y las probabilidades de transmitirlas por medio de la transfusión. Bol.

Chileno de Parasitología. Vol. 24, Nº 1 y 2, 88-93, Santiago, Chile, 1969
ROMANA, C. : Enfermedad de Chagas. , López Libreros Editores, 242 pgs. , Bs.As. ,1963
ROSENBAUM, M. y CERISOLA, J. A. : Encuesta sobre Enfermedad de Chagas en el Norte de Córdoba y Sur de Santiago del Estero. La Prensa Médica Argentina, 44: 2713-2727, Bs.As. , 1957
SANTAMARINA, N. O. : Estudios electrocardiográficos seriados en la forma aguda de la Enfermedad de Chagas. Semana Médica, 130: 1416, Argentina, 1967
SCHENONE, H. ; ALFARO, F. y ROJAS, A. : Bases y rendimiento del Xenodiagnóstico en la infección chagásica. Anales del Simposio Internacional sobre Enfermedad de Chagas, 111-113, Bs.As. , 1972
SEGURA, E. L. ; PEREZ, A.; YANOVSKY, J. ; ANRADE, J. y MARTINI, C. J. W. de: Disminución en la prevalencia de infección por T. cruzi (Enfermedad de Chagas) en hombres jóvenes de la Argentina. Bol. Ofic. San. Panam. Bol. 100, Nº 5, 493-510, 1986
SCHMUNIS, G. A.: Tripanosomiasis Americana: Seu impacto nas Américas e perspectivas de eliminacao. En "Clínica e Terapeutica da Doença de Chagas" de Pinto Dias, J.C. y Rodriguez Coura, J., 11-18, Río de Janeiro, Brasil, 1996
STOPPANI, A. O. : Mecanismo bioquímico en la quimioterapia de la Enfermedad de Chagas. Congreso Argentino de Protozoología y Reunión sobre E. de Chagas. Actas. Huerta Grande, Córdoba, Argentina, 1984
STORINO, R. y MILEI, J. : "Enfermedad de Chagas", 652 pgs. , Ed. Doima Argentina. Bs. As. , 1994
STORINO, R. : "La cara oculta de la Enfermedad de Chagas". Rev. de la Fed. Arg. de Cardiología. Vol. 29, Nº 1, 31-44, Argentina, 2000
URRUTIA, L. E. ;, RAMIREZ, R. y RUIZ, J. C. : Enfermedad de Chagas aguda y Miocarditis Chagásica en 40 Niños menores de 12 años controlados durante 5 años, en el Hospital "Benjamín Bloom". Rev. del Inst. de Invest. Médicas. Vol. 5, Nº 2, 145-153., El Salvador, 1976
VILLALONGA, J. F. ; MARTINEZ, C. E. y JOGNA PRAT, S. A. de : Clínica de la fase aguda de la E. de Chagas. Gaceta Médica, Bahía, Brasil, 71: 118, 1971
ZELEDON, R. : El problema de la Tripanosomiasis Americana o Enfermedad de Chagas en Costa Rica. Tesis de Grado, Univ. de Costa Rica, 109 pgs. Costa Rica, 1952

[Tope](#)



Dr. Edgardo Schapachnik
Presidente
Comité Organizador
edgardo@schapachnik.com.ar

Dra. Cristina Evequoz
Presidente
Comité Científico
evequoz@fac.org.ar

Copyright CETIFAC
Bioingeniería UNER
cetifac@fac.org.ar