

Chagas congénito y manifestaciones cardíacas severas en un recién nacido: Reporte de caso

Congenital Chagas disease and severe cardiac manifestations in a newborn: Case report

Belkis Eunice Martínez López* <https://orcid.org/0009-0005-8934-7602>

Dilcia Paola Pagoda Vásquez** <https://orcid.org/0009-0009-1879-8958>

DOI: <https://doi.org/10.5377/pediatrica.v14i123189>

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad de Chagas es una infección parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*, que puede transmitirse de madre a hijo durante la gestación. En ausencia de tratamiento, la enfermedad persiste de por vida y puede conducir a complicaciones cardíacas o digestivas graves en etapas avanzadas. Los recién nacidos con enfermedad de Chagas congénita generalmente cursan una fase aguda, que puede ser asintomática o manifestarse con miocarditis o meningoencefalitis. Sin embargo, el tratamiento con benznidazol durante el primer año de vida tiene una tasa de curación superior al 90%. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de un recién nacido de 15 días de vida con diagnóstico de enfermedad de Chagas congénita, estenosis

congénita, estenosis aórtica leve y comunicación interventricular muscular, quien fue dado de alta a cuatro días de vida sin haber recibido el tratamiento indicado en casa. Fue reingresado por segunda vez con datos de insuficiencia cardíaca y miocarditis por *T. cruzi*. **Conclusión:** Se destaca la importancia del diagnóstico oportuno y del tratamiento precoz para prevenir el desarrollo de una miocardiopatía dilatada, complicación que puede llevar a la muerte o causar discapacidad significativa años o décadas después de la infección aguda.

Palabras clave: Chagas congénito, Recién nacido, Miocarditis, Insuficiencia cardíaca, Parásitos.

*Médico especialista en Pediatría, asistencial en Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

**Cardióloga pediatra y jefe del departamento de Pediatría, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Recha de Recibido: 26/09/2025

Fecha de Aprobado: 16/02/2026

Correspondencia a: eumarl@icloud.com

Como citar: Chagas congénito y manifestaciones cardíacas severas en un recién nacido: Reporte de caso. (n.d.). Acta Pediátrica Hondureña, 14(1), 46-50. <https://doi.org/10.5377/pediatrica.v14i123189>

ABSTRACT

Introduction: Chagas disease is a parasitic infection caused by *Trypanosoma cruzi*, which is transmissible from mother to newborn during pregnancy. Without treatment, the disease persists for life and may lead to severe cardiac or digestive complications in advanced stages. Newborns with congenital Chagas disease usually present in the acute phase, which can be asymptomatic or manifest with myocarditis, or meningoencephalitis. However, treatment with benznidazole during the first year of life offers a cure rate greater than 90%. **Case report:** We present the case of a 15-day-old male newborn diagnosed with congenital Chagas disease, mild aortic stenosis, and muscular ventricular septal defect, who was discharged on the fourth day of life with benznidazole treatment indicated. The medication was not administered at home. He was readmitted for the second time with signs of heart failure, and myocarditis was confirmed. **Conclusion:** This case highlights the importance of early diagnosis and timely treatment to prevent the development of dilated cardiomyopathy, a complication that may lead to death or significant disability years or decades after the acute infection.

Keywords: Congenital Chagas, Newborn, Myocarditis, Heart failure, Parasites.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una infección parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*.¹ En neonatos, la transmisión más frecuente es la vía congénita, producida por el paso transplacentario del parásito durante la gestación.² La prevalencia de la transmisión vertical varía entre 1 y 10% en mujeres

infectadas y constituye un problema relevante de salud pública en áreas endémicas de América Latina.³ A nivel mundial, se estima que entre 6 y 7 millones de personas están infectadas, y que cada año miles de recién nacidos adquieren la infección de forma congénita.⁴ La presentación clínica en el recién nacido es heterogénea: puede ser asintomática o manifestarse con fiebre, hepatoesplenomegalia, anemia, ictericia, edema, meningoencefalitis o compromiso cardíaco.⁵⁻⁷ La miocarditis aguda por *T. cruzi* en el contexto neonatal es poco frecuente, pero puede evolucionar rápidamente a insuficiencia cardíaca y miocardiopatía dilatada, con alto riesgo de morbilidad.⁸ El diagnóstico en fase aguda se basa en la detección directa del parásito en sangre periférica o en pruebas moleculares,⁹ permitiendo iniciar el tratamiento específico antes de que aparezcan secuelas irreversibles. El tratamiento con benznidazol o nifurtimox durante el primer año de vida ofrece tasas de curación superiores al 90%,¹⁰ reduciendo el riesgo de progresión a formas crónicas. En nuestro caso, describimos a un recién nacido con enfermedad de Chagas congénita y compromiso cardíaco severo que evolucionó a miocarditis, destacando la importancia del diagnóstico temprano y la intervención terapéutica oportuna.

CASO CLÍNICO

Se trata de recién nacido de sexo masculino producto del 8 embarazo de 38.1 semanas de gestación con peso adecuado para la edad gestacional (3240 gramos). Madre de 36 años diagnosticada el 23 de diciembre del 2023 con enfermedad de Chagas asistió a 7 controles prenatales.

El recién nacido nace en Hospital de Occidente vía vaginal, con puntuación de APGAR 8 y 9 al 1 y 5 minuto respectivamente, no requirió maniobras de reanimación neonatal avanzada y se ingresa por el antecedente patológico de madre. En cuidados mínimos se toma muestra para concentrado de Strout, pruebas de función hepática, hemograma, y rayos X de torax, recién nacido asintomático, no se auscultaron soplos. A los dos días de vida se recibe resultado positivo para Chagas iniciando tratamiento con benznidazol 16 miligramos vía oral cada día. Se realiza ecocardiograma ese mismo día reportando conexión auriculoventricular y ventriculoauricular concordante modo perforado, septum interatrial integro, septum interventricular de 2 comunicaciones interventriculares de 2 y 3 mm con gradiente máximo de 5, válvula aortica trivalvular engrosada con estenosis aortica ligera, FEVI 60%, presión pulmonar a nivel sistémico. Se egresa paciente al cuarto día de vida con benznidazol, cita control en unidad de salud a las 48 horas de vida, cita en consulta externa de cardiología pediátrica en 1 mes y ecocardiograma control.

A los 15 días de vida asiste a nuestro hospital con historia de fiebre de 1 día de evolución, cuantificada de 38 °C, pobre succión evidente dificultad respiratoria con Silverman Anderson de 5 puntos, frialdad distal, cianosis periférica se ingresa a unidad de cuidados intensivos neonatales requiriendo ventilación mecánica invasiva. Madre refiere que discontinuo el tratamiento para chagas en casa, se reinicia benznidazol de inmediato, requiriendo además milrinone en infusión a

0.5 mcg/kg/minuto, se inicia furosemida a 2 mg/kg/día cada 12 horas, espironolactona a 2 mg/kg/día.

Signos vitales: P/A: 80/50mmHg, Saturación: 97%, frecuencia cardiaca: 120 lpm.

Se realiza rayos x de tórax (figura 1) donde se evidencia congestión pulmonar. Se interconsulta con cardiología pediátrica encontrando soplo sistólico en mesocardio irradiado en barra, se realiza ecocardiograma encontrando válvula aortica engrosada con gradiente a nivel de dicha válvula de 18 mmHg, ventrículo izquierdo con diámetro diastólico 24 mm FEVI: 45%, ventrículo derecho con diametro diastólico 17.9 mm fracción de acortamiento 35%, comunicaciones interventriculares musculares de 2 y 3 mm con gradiente de 30 mmHg, disfunción sistólica ventricular izquierda. Considerando que paciente no recibió ninguna dosis de tratamiento en casa llamo la atención el deterioro en la función ventricular que no es explicada por las lesiones estructurales por lo que se consideró miocarditis por chagas.

A los dos días de su ingreso se extuba no tolerando extubación se intuba nuevamente, al día siguiente se extuba accidentalmente no tolerando extubación se intuba por segunda vez, al 4 día de ingreso se realiza extubación programada tolerando de manera adecuado.

A los 15 días intrahospitalarios se egresa con benznidazol hasta cumplir dos meses de tratamiento, seguimiento en consulta externa de pediatría y cardiología pediátrica de nuestro hospital.

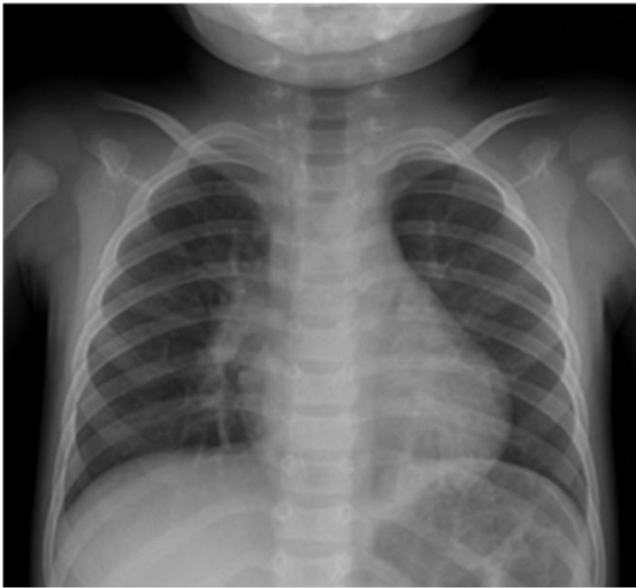


Figura 1: Radiografía de tórax anteroposterior. Se observa redistribución vascular pulmonar y patrón intersticial bilateral difuso. Fuente: expediente clínico.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Chagas congénita es una condición poco diagnosticada que representa un reto para la salud pública en regiones endémicas y no endémicas. La transmisión vertical del *Trypanosoma cruzi* ocurre cuando el parásito atraviesa la placenta durante el embarazo, con una frecuencia estimada entre 1 y 10% de las gestantes infectadas¹⁰. La presentación clínica en el período neonatal es variable: puede ser asintomática o manifestarse con fiebre, hepatoesplenomegalia, anemia, ictericia, compromiso neurológico o, como en el caso presentado, afectación cardíaca.¹¹

A diferencia de otras infecciones congénitas, la transmisión vertical del *T. cruzi* ocurre generalmente después de la organogénesis, por lo que no se asocia a malformaciones congénitas mayores.

El compromiso cardíaco en la enfermedad de Chagas congénita es infrecuente en la etapa aguda, pero puede evolucionar rápidamente a miocarditis, insuficiencia cardíaca y, en casos graves, miocardiopatía dilatada.¹² La fisiopatología implica la invasión directa del miocardio por el parásito, con daño celular, inflamación y respuesta autoinmune secundaria, lo que ocasiona alteraciones estructurales como estenosis valvulares y defectos septales.^{13,14}

Estudios previos han documentado que, sin tratamiento, el riesgo de progresión a enfermedad crónica con secuelas irreversibles es elevado, incluso en pacientes tratados parcialmente o con inicio tardío de la terapia específica.¹⁵ El caso descrito resalta la importancia del diagnóstico precoz mediante pruebas moleculares y confirmatorias, seguido de tratamiento con benznidazol o nifurtimox dentro del primer año de vida, lo que ofrece tasas de curación superiores al 90%.^{6,10} La falta de adherencia al tratamiento, como ocurrió en este paciente, favorece la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones. El hallazgo de estenosis aórtica ligera, comunicaciones interventriculares y miocarditis subraya el espectro de lesiones cardíacas que pueden desarrollarse en la etapa aguda.¹⁴

La literatura disponible enfatiza que la identificación temprana de los recién nacidos en riesgo y la implementación de programas de control prenatal, junto con el seguimiento clínico y ecocardiográfico, son medidas clave para reducir la morbilidad y mortalidad.^{9,11} Además, el manejo multidisciplinario entre pediatría, cardiología y servicio de epidemiología es esencial para optimizar el pronóstico.¹²

CONCLUSIONES

El compromiso cardíaco severo en la enfermedad de Chagas congénita, aunque infrecuente, representa una complicación grave que puede presentarse en el periodo neonatal. La detección temprana, el inicio oportuno y la adherencia al tratamiento antiparasitario son determinantes para evitar la evolución hacia formas crónicas incapacitantes o potencialmente fatales. El caso presentado enfatiza la necesidad de vigilancia estrecha y seguimiento prolongado, incluso tras la resolución clínica inicial, para prevenir recurrencias y secuelas a largo plazo.

CONFLICTO DE INTERES

No existe conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Carlier Y, et al. Congenital Chagas disease: updated recommendations for prevention, diagnosis, treatment, and follow-up of newborns and siblings, girls, women of childbearing age, and pregnant women. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(10):e0007694.
- 2 Bern C. Chagas disease in the immunosuppressed host. Curr Opin Infect Dis. 2012;25(4):450-457.
- 3 World Health Organization. Chagas disease (American trypanosomiasis). WHO Fact Sheet. 2024.
- 4 Altcheh J, Freilij H. Congenital Chagas disease. Medicina (B Aires). 2014;74(2):84-91.
- 5 Messenger LA, Bern C. Congenital Chagas disease: current diagnostics, limitations and future perspectives. Curr Opin Infect Dis. 2018;31(5):415-421.
- 6 Howard EJ, et al. Frequency of the congenital transmission of *Trypanosoma cruzi*: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2014;121(1):22-33.
- 7 Freilij H, Altcheh J. Congenital Chagas' disease: diagnostic and clinical aspects. Clin Infect Dis. 1995;21(3):551-555.
- 8 Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas cardiomyopathy: Prognosis, pathogenesis, and treatment. Heart. 2009;95(7):524-534.
- 9 Altcheh J, Freilij H. Management of congenital Chagas disease. Expert Rev Anti Infect Ther. 2021;19(2):155-165.
- 10 Carlier Y, et al. Congenital Chagas disease: updated recommendations for prevention, diagnosis, treatment, and follow-up of newborns and siblings, girls, women of childbearing age, and pregnant women. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(10):e0007694.
- 11 Altcheh J, Freilij H. Congenital Chagas disease: epidemiology, clinical presentation and management of infected infants. Expert Rev Anti Infect Ther. 2021;19(2):165-177.
- 12 Bern C. Chagas disease in the immunosuppressed host. Curr Opin Infect Dis. 2012;25(4):450-457.
- 13 Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas cardiomyopathy: Prognosis, pathogenesis, and treatment. Heart. 2009;95(7):524-534.
- 14 Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas cardiomyopathy: Prognosis, pathogenesis, and treatment. Heart. 2009;95(7):524-534.
- 15 Acquatella H, et al. Echocardiographic and clinical predictors of mortality in chronic Chagas disease. Circulation. 2003;107(17):2131-2136.