

Primer caso de enfermedad de Chagas de la Provincia de Alajuela.

por

R. Zeledón* y C. Mena**

(Recibido para su publicación el 5 de mayo de 1953)

Dos fines primordiales tiene la presente nota: el de dar a conocer un nuevo caso, agudo, de enfermedad de Chagas, el primero de la provincia de Alajuela, y el de recalcar y divulgar las características del "signo del ojo", principal manifestación de este caso, para que sean tomadas en cuenta por nuestros médicos y especialistas, ya que esta enfermedad se hace cada vez más común entre nosotros.

Se trata de un muchacho de 25 años de edad, J. R. M., de raza blanca, proveniente y nativo del caserío El Tejar, del distrito de San Antonio, cantón Central de Alajuela.

ENFERMEDAD ACTUAL

Una mañana al despertar nota un ligero edema en el ojo derecho que alcanza su máximo dos días después. En la mañana subsiguiente siente fuerte cefalea, fiebre y escalofríos.

Viene a la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios, y el médico en servicio prescribe penicilina pensando en un proceso inflamatorio del ojo, a consecuencia de infección bacteriana.

Aproximadamente tres semanas después y no habiendo tenido buen éxito el tratamiento instituido, va a consultar en su oficina particular a uno de nosotros (C. M.), en donde es caracterizado clínicamente el edema como un típico complejo oftalmoganglionar originado en una enfermedad de Chagas. Se envía al Laboratorio en donde es demostrado el agente etiológico por el examen de la sangre periférica a fresco (R. Z.).

* Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios.

En esa misma fecha (14-3-53) el edema unilateral, totalmente indoloro a la presión, se encuentra en período de regreso, el ojo puede abrirse casi normalmente y es visible un típico color violáceo principalmente a nivel del párpado inferior (fig. 1). La dacrioadenitis es discreta. Se palpa un ganglio preauricular grande del mismo lado y otros más pequeños submaxilares.

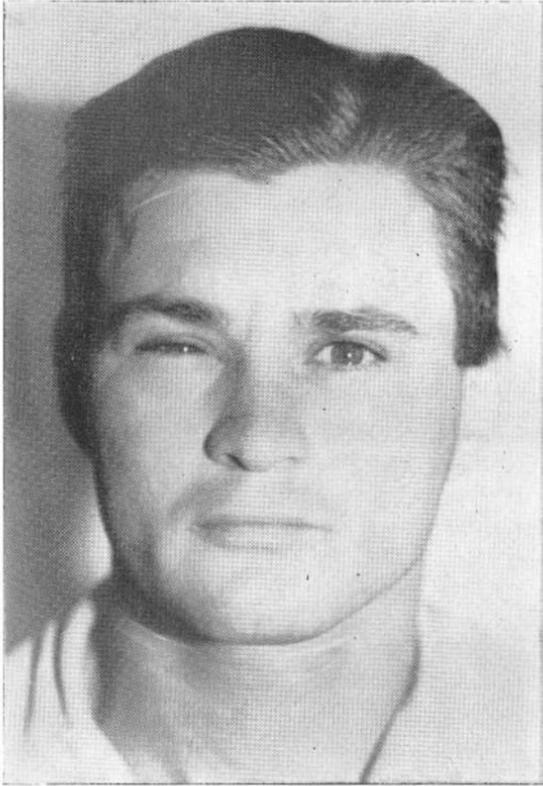


Fig. 1. J. R. M., caso agudo de enfermedad de Chagas, con complejo oftalmoganglinolar.

(Foto A. Trejos).

El mismo día que se establece el diagnóstico en el Laboratorio, son inoculados varios animales (cuilos y ratones) con sangre del paciente, por vía intraperitoneal, muriendo algunos, escasos días después, por accidente de inoculación y haciéndose positivos los restantes por *Schizotrypanum cruzi*. Un hemograma completo practicado en esa fecha arrojó el siguiente resultado:



Fig. 2. Casa de habitación del paciente. Arriba: fachada de la casa. Abajo: vista desde atrás. (Fotos A. Trejos).

Hemoglobina	16,5 gm %
Eritrocitos... ..	5.040.000/mm ³
Leucocitos... ..	11.640/mm ³
Basófilos	0 %
Eosinófilos	9
Mielocitos... ..	0
Metamielocitos... ..	0
En banda	7
Segmentados... ..	56
Linfocitos	26
Monocitos... ..	2

Asimismo, el doctor E. García Carrillo toma un electrocardiograma que resulta normal.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y OTROS DATOS PERSONALES

Uno de nosotros (R. Z.), con la colaboración del Ministerio de Salubridad Pública, se encarga de hacer una visita a la casa del paciente con el fin de llevar a cabo un reconocimiento de la región y recoger algunos datos que complementen el estudio del caso.

San Antonio del Tejar de Alajuela es una población relativamente pequeña, de clima cálido, con habitaciones construídas preferentemente de barro y algo separadas las unas de las otras. La casa del enfermo es grande, de adobes, y en ella vive en compañía de su esposa y de dos hijos: uno de 11½ años y otro de 2 meses. Además, habitan en la misma casa sus padres y un hermano de 16 años (Fig. 2).

Ellos mismos habían encontrado en los dormitorios, 7 ejemplares de *Triatoma dimidiata*, que nos ofrecen a nuestra llegada. Examinados en el Laboratorio, cuatro de ellos resultan positivos por *S. cruzi*.

De los animales domésticos de la casa, 2 perros y 1 cerdo, son hechas 2 gotas gruesas de cada uno, no encontrándose infección tripanosómica, por este método, en ninguno de ellos.

En otra oportunidad y en una casa vecina, nos es posible capturar 16 chinchas, 10 de las cuales estaban infestadas por *S. cruzi*.

El siguiente cuadro detalla los resultados del examen de todos los insectos conseguidos en el lugar:

CUADRO I

Lugar	INSECTOS CAPTURADOS								Porcentaje
	Adultos		Ninfas		Larvas		TOTAL		
	P	N	P	N	P	N	P	N	
Casa del paciente...	3	0	1	3	0	0	4	3	57 %
Casa vecina	5	1	4	2	1	3	10	6.	62 %
TOTALES							14	9	60.8%

P = Positivos

N = Negativos

CONSIDERACIONES SOBRE EL EDEMA OCULAR

Como dijimos al principio de estas líneas, nos proponemos hacer un comentario general breve, sobre las características de la puerta de entrada ocular de la infección tripanosómica. El complejo oftalmoganglionar fué señalado por el propio Chagas en el Brasil y luego por Mazza en la Argentina como un signo de posible aparición en la tripanosomiasis; pero no fué sino hasta 1935 en que ROMAÑA (5) se ocupa de él ("Conjuntivitis esquizotripanósica unilateral") acusando su relativa frecuencia y gran significación clínica, e identificándolo definitivamente como la puerta de entrada conjuntival del parásito.

Considerado por algunos autores como "Signo de Romaña", este síndrome ocular según LARANJA & col. (2).

"está constituido por edema elástico de los párpados y conjuntiva de uno de los ojos acompañado de reacción en los grupos ganglionares satélites y frecuentemente de inflamación de la glándula lagrimal accesoria".

Recordemos aquí una vez más que DÍAS (1) a pesar de no considerar estrictamente patognomónico ese signo, dice que

"todo ojo hinchado en personas residentes en casas o lugares donde hay triatomas debe hacer sospechar la enfermedad de Chagas".

Copiemos ahora, algunas características del edema que ROMAÑA apunta en una publicación reciente (6). Dice el autor:

"...tiene un comienzo generalmente brusco, revelándose por la mañana al despertar; los párpados de uno de los ojos aparecen inflamados, de color rojo violáceo, las conjuntivas inyectadas y edematosas, la abertura palpebral entrecerrada, los ganglios satélites del ojo (preauriculares, parotídeos, submaxilares) están palpables y dolorosos, hay lagrimeo y escasa secreción conjuntival.

En los días subsiguientes el edema aumenta, participan de la inflamación las glándulas lagrimales, las capas profundas de la conjuntiva y de los tejidos orbitarios; puede aparecer quemosis, exoftalmia más o menos acusada y parálisis de los músculos del ojo. En casos muy excepcionales hay trastornos transitorios de la visión. El edema se extiende a las regiones vecinas de la cara, que se vuelve asimétrica por esta razón".

TALICE y col. (7) agregan, que es un edema generalmente doloroso de cierta resistencia al tacto y que no deja la impresión del dedo; en su intensidad aumenta los primeros días o semanas, para luego decrecer paulatinamente y durar, a veces, hasta 2 y 3 meses. Puede haber, agregan los autores uruguayos, despigmentación marcada de la piel que recubre al edema, y a veces escoriaciones y fisuras. Consideran la dacrioadenitis o signo de MAZZA y BENÍTES como un síntoma bastante frecuente, en general, de las formas agudas. Las adenopatías regionales son constantes como ya quedó dicho, y TALICE y col. (7) opinan que aunque pueden faltar, "su ausencia es la excepción". MAZZ & BRAMANTI-JAUREGUI (3) han reportado un caso de "ojo hinchado" de origen esquizotripanósico, que no presentó ganglios preauriculares ni parotídeos y sí algunos pequeños de la cadena carotídea.

El mismo MAZZA y sus colaboradores (4) han logrado demostrar en biopsias de conjuntiva y de glándula lagrimal accesoria provenientes de estos ojos, las formas leishmanioides del parásito.

ALGUNOS COMENTARIOS ALREDEDOR DE ESTE CASO

La provincia de Alajuela, por las condiciones climáticas de sus poblaciones del Sur en donde están reunidos la mayoría de sus cantones, por el tipo predominante de construcción rural, por la forma de vida de sus campesinos, y por sus altos índices de infestación en los triatomas, que pasan del 60 % en algunos sitios (los más altos en el país) (8,9), está posiblemente llamada a ser, la provincia que más casos de tripanosomiasis aporte a la patología nacional.

El presente caso tiene interés no sólo por ser el primero de Alajuela y por haber dado a conocer una nueva zona endémica—que merece una mayor atención y en donde el mal debe ser bastante frecuente—sino también por haber llegado por sus pasos a recibir auxilio médico y por haber aparecido en los meses no lluviosos del año.

En una publicación anterior de uno de nosotros (9), ya fué dicho que el porcentaje menor de casos, son aquellos que se dirigen a los centros de asistencia médica; si a esto agregamos la inconstancia del "signo del ojo", podemos sospechar la existencia de un buen número de individuos con tripanosomiasis en esas regiones.

Con respecto a la época en que el caso apareció, debemos recordar que un ambiente cálido y seco trae por consecuencia un aumento en la reproducción y en el hematofagismo de los insectos. En publicación anterior (8), ya fué esbozada por uno de nosotros la idea de que en los primeros meses del año aumente en el país el número de casos de la enfermedad.

RESUMEN

Se da a conocer un nuevo caso agudo de tripanosomiasis, el primero de la provincia de Alajuela, que presentó como características principales: complejo oftalmoganglionar de aproximadamente mes y medio de duración, fiebre, cefalea y escalofríos.

Se da a conocer el índice de la infección por *S. cruzi* en los insectos (*T. dimidiata*) capturados en la región, considerándose que la misma es una zona de endemia de bastante importancia.

Asimismo se apuntan algunas consideraciones sobre el "signo del ojo" con fines divulgativos a fin de que sea tomado en cuenta por los médicos, como un signo de alguna frecuencia en los casos agudos de la enfermedad.

Por último, se hacen algunos comentarios sobre la importancia epidemiológica de este caso.

RIASSUNTO

Gli Autori presentano un nuovo caso acuto di tripanosomiasi, il primo della provincia di Alajuela, il cui quadro clinico era il seguente: complesso oftalmoganglionare di un mese e mezzo circa di durata, febbre, cefalea e brividi.

Si rende noto l'indice di infestazione del *S. cruzi* negli insetti (*T. dimidiata*) catturati nella regione considerando detta zona come endemica. Si comunica la importanza del "segno dell' occhio" affinché sia presente ai medici che detto sintomo é frequente nei casi acuti della malattia. Infine si fanno alcuni commenti di importanza epidemiologica relazionati al caso presentato.

BIBLIOGRAFIA

1. DIAS, E.,
1942. Apelo aos clinicos do interior para colaboracao no estudo da doenca de Chagas. Separata de "*O Hospital*", 21 (6): 4pp.
2. LARANJA, F. S., DIAS, E., & NÓBREGA, G.,
1948. Clínica e terapeutica da doenca de Chagas. *Mem. Inst Oswaldo Cruz*, 46 (2): 473-529.
3. MAZZA, S., & BRAMANTI-JAUREGUI, R.
1943. II. Otras observaciones de primer período de enfermedad de Chagas en Las Lomitas. *Public. # 66, MEPRA*, 52 pp.
4. MAZZA, S., MIYARA, S., & JORG, M. E.
1944. Exámenes histológicos de biopsias de conjuntivas en primer período de enfermedad de Chagas. *Public. # 68, MEPRA*, 80 pp.
5. ROMAÑA, C.,
1935. Acerca de un síntoma inicial de valor para el diagnóstico de forma aguda de la enfermedad de Chagas. La conjuntivitis esquizotripanósica unilateral. (Hipótesis sobre puerta de entrada conjuntival de la enfermedad). *Public. # 22, MEPRA*, 16-28 pp. (cit. en 2).

6. ROMAÑA, C.,
1951. La enfermedad de Chagas. Apartado de *Rev. Roche*, 4(7-8): 23 pp.
7. TALLICE, R. V., COSTA, R. S., RIAL, B. & OSIMANI, J. J.
1940. *Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana)*. 349 pp. Monog. Inst. Hig. Montevideo, A. Monteverde & Cía. "Palacio del Libro", Ed.
9. ZELEDÓN A., R.,
1952. *El problema de la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas en Costa Rica*. Tesis de Grado, 109 pp., Public. N° 2, Ministerio de Salubridad Pública. Imprenta Nacional, Ed., San José.
8. ZELEDÓN A., R.,
1952. Estado actual de los estudios epidemiólogos sobre enfermedad de Chagas en Costa Rica. *Rev. Med. Costa Rica*, 11 (221): 169 - 179.