
REPORTE DE CASO CLÍNICO

ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA INDETERMINADA DIAGNOSTICADA MEDIANTE TAMIZAJE EN DONANTE DE SANGRE: REPORTE DE CASO

Chronic Indeterminate Chagas Disease Diagnosed Through Blood Donor Screening: A Case Report

DOI: <https://doi.org/10.65740/xjj2qc98>

Kassiana Prette Mendonça

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0002-7932-7091>

Autor de correspondencia: kaprette@gmail.com

Nelson Osmar Bobadilla Coronel

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-7584-8599>

nobc_123@hotmail.com

Adelia María Mercedes Romero Recalde

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0003-2953-6407>

adelia.romero.rodriquez@gmail.com

Resumen

La enfermedad de Chagas constituye una zoonosis parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi* y continúa representando un importante problema de salud pública en América Latina. La fase crónica indeterminada se caracteriza por la ausencia de síntomas clínicos, aunque existe riesgo de progresión a formas cardíacas o digestivas. Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años diagnosticado incidentalmente durante el proceso de donación de sangre mediante pruebas serológicas positivas para *T. cruzi*. Posteriormente se confirmó el diagnóstico mediante métodos serológicos complementarios y se realizaron estudios cardiológicos y digestivos para descartar compromiso orgánico. El paciente permaneció asintomático, con ecocardiograma que mostró función sistólica conservada y disfunción diastólica tipo I. Este caso destaca la importancia del tamizaje serológico en bancos de sangre y del seguimiento clínico oportuno de pacientes con enfermedad de Chagas en fase indeterminada.

Palabras clave: enfermedad de Chagas; *Trypanosoma cruzi*; donante de sangre; fase indeterminada; tamizaje serológico.

Abstract

Chagas disease is a parasitic zoonosis caused by Trypanosoma cruzi and remains an important public health problem in Latin America. The chronic indeterminate phase is characterized by the absence of clinical symptoms, although progression to cardiac or digestive forms may occur. We report the case of a 56-year-old male patient diagnosed incidentally during blood donation screening through positive serological tests for T. cruzi. The diagnosis was later confirmed using complementary serological methods, and cardiological and gastrointestinal studies were performed to exclude organ involvement. The patient remained asymptomatic, with echocardiography showing preserved systolic function and type I diastolic dysfunction. This case highlights the importance of blood bank screening and adequate follow-up of patients with chronic indeterminate Chagas disease.

Key words: Chagas disease; *Trypanosoma cruzi*; blood donor; indeterminate phase; serological screening.

Introducción

La enfermedad de Chagas es una infección parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*, considerada una de las enfermedades tropicales desatendidas más importantes de América Latina. Se estima que más de seis millones de personas viven con la infección en el continente americano, constituyendo un problema relevante de salud pública (1).

La transmisión ocurre principalmente mediante insectos triatomíneos, aunque también puede producirse por transfusión sanguínea, trasplante de órganos, transmisión congénita y consumo de alimentos contaminados. Tras una fase aguda generalmente asintomática o poco específica, la mayoría de los pacientes evoluciona hacia una fase crónica indeterminada caracterizada por serología positiva en ausencia de manifestaciones clínicas evidentes (2,3).

Aproximadamente entre el 60% y el 70% de los individuos infectados permanecen en esta fase durante toda la vida, mientras que otros desarrollan complicaciones cardíacas o digestivas años después del diagnóstico (4). Por ello, la identificación precoz y el seguimiento adecuado son fundamentales para prevenir la progresión de la enfermedad.

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado incidentalmente mediante tamizaje en banco de sangre, sin manifestaciones clínicas de enfermedad de Chagas al momento del diagnóstico.

Presentación del caso clínico

Información del paciente

Paciente masculino de 56 años de edad, residente en Pedro Juan Caballero, departamento de Amambay, Paraguay, sin antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus u otras enfermedades crónicas relevantes. El diagnóstico de enfermedad de Chagas fue realizado de forma incidental durante una evaluación serológica efectuada en el contexto de una donación de sangre destinada a un familiar.

Tras la detección inicial de reactividad para *Trypanosoma cruzi* en el banco de sangre, el paciente fue notificado y derivado al Centro de Especialidades Juan Pablo II para evaluación clínica especializada. Durante la anamnesis refirió encontrarse completamente asintomático, sin antecedentes de palpitaciones, dolor torácico, síncope, disfagia, estreñimiento crónico ni otras manifestaciones compatibles con compromiso cardíaco o digestivo asociado a la enfermedad de Chagas.

Como antecedente epidemiológico relevante, mencionó que una hermana residente en la ciudad de Concepción también había sido diagnosticada con enfermedad de Chagas, sugiriendo una posible exposición común al vector transmisor.

Hallazgos clínicos

El examen físico no evidenció alteraciones significativas. El paciente se encontraba lúcido, orientado, hemodinámicamente estable y sin signos de insuficiencia cardíaca ni compromiso digestivo. Los signos vitales registraron presión arterial de 126/110 mmHg, frecuencia cardíaca de 115 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 96% en aire ambiente.

Evaluación diagnóstica

Las pruebas serológicas confirmatorias realizadas por el Laboratorio Central de Salud Pública mostraron positividad para ELISA IgG y para inmunofluorescencia indirecta (IFI IgG) con título de 1:160, confirmando infección crónica por *Trypanosoma cruzi* (Figura 1).

Figura 1. Confirmación serológica de enfermedad de Chagas.

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD MEDIDA	REFERENCIA
PARASITOLOGIA			
CHAGAS ELISA (IGG):			
MÉTODO: ELISA			
ANTICUERPOS IGG - ANTI- TRYPANOSOMA CRUZI	Positivo		Resultado Positivo: Indica presencia de anticuerpos anti T. cruzi. Resultado Negativo: Indica Ausencia de anticuerpos anti T. cruzi.
CHAGAS IFI (IGG):			
MÉTODO: INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA			
ANTICUERPO IGG ANTI - TRYPANOSOMA CRUZI	Positivo 1/160		Resultado Positivo para anticuerpos anti T. cruzi: título igual o mayor a 1/40 Resultado Negativo para anticuerpos anti T. cruzi: título menor a 1/40
 Validado por: Dra. LILIAN CHENA Reg. Prof. Nro.: 1.339			
** No válido para procedimiento legal** Avda. Venezuela c/ Tia. Escorta - Tel.: 292-653			

Figura 1. Resultado del Laboratorio Central de Salud Pública con positividad para ELISA IgG e IFI IgG contra *Trypanosoma cruzi*, utilizado para la confirmación diagnóstica.

Con el objetivo de descartar compromiso orgánico secundario, se realizaron estudios complementarios. La colonoscopia mostró colon y recto sin lesiones significativas, mientras que la endoscopia digestiva alta evidenció gastritis antral y fúndica erosiva asociada a *Helicobacter pylori*. El estudio anatomopatológico confirmó gastritis crónica activa con hiperplasia linfoide, sin evidencia de metaplasia ni displasia (Figura 3).

Figura 3. Informe anatomopatológico gástrico.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

ESPECIMEN:

1) Estómago.

MACROSCOPIA:

1) Cinco fragmentos beige blanquecinos de 0,2 cm de diámetro. Inclusión total. I.S.

RESUMEN DE SECCIONES:

1) 1 cápsula.

DIAGNOSTICO:

1) Gastritis antral y fúndica difusa extensamente erosiva, de actividad severa, asociada a HP. Hiperplasia linfoide predominantemente difusa. Cambios atróficos leves a moderados. No se observa metaplasia ni displasia.

NOTA: Sugerimos control estricto de este paciente por la hiperplasia linfoide.

ANTONIO
LEOPOLDO
CUBILLA RAMOS
Firmado digitalmente por
ANTONIO LEOPOLDO
CUBILLA RAMOS
Fecha: 2025.03.07
17:35:36 -03'00'

DR. ANTONIO CUBILLA R.

Figura 3. Estudio histopatológico que muestra gastritis antral y fúndica erosiva asociada a Helicobacter pylori, con hiperplasia linfoide difusa y ausencia de metaplasia o displasia.

La evaluación cardiológica incluyó ecocardiografía Doppler, la cual mostró aurícula izquierda discretamente dilatada, función sistólica ventricular izquierda conservada con fracción de eyección del 55% y disfunción diastólica tipo I, sin otras alteraciones estructurales relevantes (Figura 2). Los principales hallazgos clínicos y complementarios se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y estudios complementarios

Variable	Resultado
Edad	56 años.
Sexo	Masculino.
Motivo del diagnóstico	Donación de sangre.
ELISA IgG para Chagas	Positivo.
IFI IgG	Positivo (1:160).
Síntomas	Ausentes.
Colonoscopia	Sin lesiones.
Endoscopia digestiva	Gastritis erosiva.
Ecocardiograma	FEVI 55%.
Doppler cardíaco	Disfunción diastólica tipo I.
Estado clínico	Asintomático.
Tratamiento actual	Pendiente de benznidazol.

Figura 2. Ecocardiografía Doppler.

Ecocardiografía			
Modo M			
Diámetro diastólico VI:	57 mm	Diámetro sistólico VI:	39 mm
Grosor septo:	9 mm	Grosor PP:	9 mm
Aurícula izquierda:	44 mm	Raíz aórtica:	29 mm
TSVI:	21 mm	Fracción eyección VI Teichholz:	54 %
Fracción acortamiento VI:	32 %	Masa VI:	166 g
2D VI			
Fracción eyección VI 2D:	55 %		
2D VD			
TAPSE:	21 mm		
Comentarios			
Ventrículo izquierdo no dilatado (límite superior), no hipertrófico, función sistólica conservada (FE 55%), septum asincrónico, resto sin alteraciones evidentes de la contractilidad parietal segmentaria.			
Ventrículo derecho de tamaño normal, función conservada.			
Aurícula izquierda dilatada.			
Válvula aórtica trivalva, con apertura conservada. Válvula mitral: sin anomalías.			
Diámetros aórticos normales.			
Vena cava inferior no dilatada, con colapso inspiratorio conservado.			
Sin derrame pericárdico.			
Sin evidencia de trombo o masa intracardiaca.			
Doppler			
Válvula mitral			
Onda E:	0,52 m/s	Tiempo de desaceleración:	190 ms
Onda A:	0,58 m/s	Relación E/A:	0,897
Válvula aórtica			
Velocidad máxima:	0,99 m/s	Gradiente máximo:	4 mmHg
Gradiente medio:	2 mmHg	TSVI:	21 mm
IVT (tsv):	15 cm	IVT (Ao):	19 cm
Área continuidad:	2,73 cm ²		
Comentarios			
Disfunción diastólica tipo 1.			
Presiones de llenado en rango.			
Gradientes trans valvulares en rango.			
Médico informante:			
Dr. Victor Adrian ROJAS RODRIGUEZ		Fecha de impresión:	05/03/2025
		Página	1 de 2
EcocardiPlus V1.0.0 SECCIÓN IMAGEN CARDIACA S.E.C. 2007			
Conclusiones			
Aurícula izquierda dilatada, resto de cavidades cardiacas no dilatadas.			
Septum asincrónico, resto con motilidad conservada. Fracción de eyección 55%.			
Función diastólica tipo 1.			
Función del ventrículo derecho: conservada.			
Válvula sin anomalías.			
Presiones pulmonares en rango.			
Septum IV: íntegro. Septum IA: íntegro.			
Vena cava inferior: no dilatada.			
Pericardio: sin derrame.			
Cordialmente,			
Dr. Victor Rojas Rodriguez			
Médico Residente - Ecografía/Cardiología			
RP 7434			
Jefe de Servicio Cardiología			
Hospital de Clínicas Rigoberto Caballero			

Figura 2. Edema de miembros inferiores secundario a retención hidrosalina e hipoalbuminemia severa durante la recaída del síndrome nefrótico.

Intervención terapéutica

Debido a los hallazgos digestivos, se indicó inicialmente tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori* y seguimiento gastroenterológico, posponiéndose el inicio de benznidazol hasta completar la evaluación integral. Al momento de la redacción del presente reporte, el paciente permanecía asintomático y en espera de tratamiento etiológico específico para enfermedad de Chagas.

Discusión

La fase crónica indeterminada representa la forma clínica más frecuente de la enfermedad de Chagas. Los pacientes presentan serología positiva para *T. cruzi* sin evidencia clínica, electrocardiográfica o radiológica de compromiso cardíaco o digestivo significativo (3,4).

El presente caso resulta particularmente relevante porque el diagnóstico se realizó mediante tamizaje en banco de sangre, destacando la importancia de los programas de vigilancia transfusional para la detección temprana de individuos infectados. Este tipo de diagnóstico incidental permite iniciar estrategias de seguimiento antes de la aparición de complicaciones irreversibles.

Aunque el paciente permanecía asintomático, la ecocardiografía identificó disfunción diastólica tipo I y dilatación leve de la aurícula izquierda. Si bien estos hallazgos no permiten establecer cardiopatía chagásica crónica, justifican un seguimiento cardiológico periódico dada la posibilidad de progresión de la enfermedad (5,6).

La coexistencia de gastritis erosiva asociada a *Helicobacter pylori* no parece relacionarse directamente con la infección por *T. cruzi*; sin embargo, condicionó el enfoque terapéutico al requerir tratamiento específico previo al inicio del benznidazol.

Este caso reafirma la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, vigilancia epidemiológica y acceso oportuno al tratamiento en regiones endémicas como Paraguay.

Conclusión

La enfermedad de Chagas en fase crónica indeterminada puede permanecer asintomática durante años y ser diagnosticada únicamente mediante programas de tamizaje serológico.

El presente caso demuestra la importancia de la vigilancia en bancos de sangre para la identificación precoz de pacientes infectados por *Trypanosoma cruzi*. Asimismo, resalta la necesidad de realizar una evaluación clínica integral orientada a descartar compromiso cardíaco y digestivo antes del inicio del tratamiento antiparasitario.

El seguimiento clínico periódico continúa siendo fundamental para detectar tempranamente la progresión hacia formas clínicas determinadas de la enfermedad.

Referencias

1. World Health Organization. Chagas disease (American trypanosomiasis). Geneva: WHO; 2024.
2. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. Lancet. 2010;375(9723):1388-402.
3. Lidani KCF, Andrade FA, Bavia L, Damasceno FS, Beltrame MH, Messias-Reason IJ, et al. Chagas disease: from discovery to a worldwide health problem. Front Public Health. 2019;7:166.
4. Bern C. Chagas' Disease. N Engl J Med. 2015;373(5):456-466.
5. Maldonado M, Rojas de Arias A, Vera de Bilbao N, Martínez J, Schinini A, Carpinelli de Tomassone MM. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes infectados con *Trypanosoma cruzi* en Paraguay. Rev Patol Trop. 2013;42(4):421-430.
6. Viotti R, Vigliano C, Lococo B, Petti M, Alvarez MG, et al. Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus no treatment. Ann Intern Med. 2006;144(10):724-734.

Declaraciones

Consentimiento informado y confidencialidad

Se preservó la confidencialidad de la información clínica mediante la anonimización de los datos personales del paciente.

La utilización de la información tuvo exclusivamente fines académicos y científicos, respetando los principios éticos establecidos para la investigación clínica.