

Reactivación chagásica con compromiso neurológico en paciente coinfectado por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Utilidad de la parasitemia

FS Cutraro¹; ML Biondi¹; AP Seijo¹; JL García¹; SE Echazarreta^{1,2}; M Fernandez^{2,3}; M Tristan⁴; C Lopez Albizu³; AG Benchetrit⁵; RM Solari⁵

¹Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina ²Servicio de Patologías regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina ³Instituto Nacional de Parasitología, Fátala Chaben, ANLIS Dr. G. Malbrán, Argentina ⁴Unidad de Bacteriología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina ⁵Sala 21, Hospital F. J. Muñiz, Argentina

INTRODUCCIÓN

La reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes coinfectados por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una patología oportunista infrecuente de elevada letalidad. Se presenta por lo general como lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral. El diagnóstico de certeza se basa en la detección de tripomastigotes en líquido cefalorraquídeo (LCR) o de nidos de amastigotes en biopsia cerebral. Presentamos un caso de reactivación chagásica con compromiso neurológico con dificultades diagnósticas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años. **Antecedentes:**

- Infección por VIH: CD4 de 29 células/ml (10%) y carga viral de 3806 copias/ul (3.56 log), sin tratamiento antirretroviral.
- Serologías reactivas para Chagas.



1 Se interna por **cefalea, desorientación y hemiparesia derecha progresiva.**



TAC de Cerebro con contraste

2 Estando **contraindicada la punción lumbar al ingreso**, se realizó parasitológico por método de Strout observándose **tripomastigotes de Trypanosoma cruzi (T. cruzi)**. Inició tratamiento con benznidazol, pirimetamina y clindamicina.



3 Día 21 de tratamiento: Con franca mejoría clínica e imagenológica, se realizó punción lumbar con **PCR detectable para T. cruzi en LCR**, sin visualización de tripomastigotes en el examen microscópico directo.

4 Además se realizó PCR para *T. cruzi* en sangre, constatándose descenso de la carga parasitaria hasta su indetectabilidad. Evolucionó favorablemente y continúa seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

En la reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes VIH positivos **la detección de tripomastigotes en sangre por método de Strout presenta una variabilidad entre 15-75%** según diferentes reportes. La reactivación en SNC se ha confirmado a partir de la detección de tripomastigotes en LCR hasta en un 85% de los casos. **Sin embargo, cuando las características de la masa ocupante contraíndican la punción lumbar, la parasitemia adquiere un rol fundamental para un diagnóstico y tratamiento tempranos. Su realización en forma seriada incrementa la sensibilidad de la técnica.**

La cuantificación de carga parasitaria basada en PCR podría ser útil, como en el caso clínico, en el seguimiento de los pacientes en tratamiento. Así mismo, la cuantificación de "altas cargas parasitarias" podría ser un criterio para el diagnóstico de probable reactivación pero aun no existe un valor de referencia establecido para dicho parámetro. **Las serologías para la enfermedad de Chagas pueden ser no reactivas en alrededor del 5% de los coinfectados, por lo que es importante mantener la sospecha en pacientes con antecedentes epidemiológicos compatibles.**

CONCLUSIÓN

La reactivación chagásica debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes VIH con LOE cerebral, aun con serología negativa. Si bien el método diagnóstico de elección es la detección de tripomastigotes en LCR, la realización de parasitemias seriadas es una estrategia de importancia cuando la punción lumbar se encuentra contraíndicada.