Reporte de Caso

Revista Ecuatoriana de Pediatría

Editorial: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (Núcleo de Quito, Ecuador)
Tipo de estudio: Reporte de Caso
Área de estudio: Pediatría
Páginas: 52-58
Codígo DOI: https://doi.org/10.52011/RevSepEc/e350
URL: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/350

Pericarditis aguda y miocardiopatía chagásica en un lactante: presentación engañosa como gastroenteritis en urgencias

Acute pericarditis and Chagas cardiomyopathy in an infant: misleading presentation as gastroenteritis in the emergency department

Julio César Velasco Castro[1], Duván Felipe Velandia Siabato[1], Alina Patricia Sierra Andrade[1], Gieselle Juliana Fragozo Plata[1], Mónica Liseth Holguín Barrera[1], Lorena García Agudelo[1]

RESUMEN

La enfermedad de Chagas, causada por Trypanosoma cruzi, continúa siendo un problema de salud pública en regiones endémicas, donde la transmisión oral ha incrementado su relevancia epidemiológica. Se presenta el caso de una lactante de 11 meses que consultó por fiebre, exantema generalizado y diarrea. Los estudios iniciales evidenciaron anemia moderada e inflamación sistémica. Ante la persistencia de los síntomas durante la hospitalización, se realizaron exámenes complementarios que revelaron leucocitosis, organomegalias y compromiso cardiaco caracterizado por alteraciones de la repolarización y pericarditis con derrame progresivo. Aunque la mayoría de las pruebas parasitológicas directas fueron negativas, la gota gruesa confirmó la presencia de tripomastigotes de T. cruzi. Se inició manejo sintomático y tratamiento con benznidazol, con posterior traslado a un centro de mayor complejidad, donde la evolución clínica fue favorable. Este caso destaca la importancia de considerar la enfermedad de Chagas dentro del diagnóstico diferencial en lactantes con fiebre y manifestaciones sistémicas inespecíficas, especialmente en contextos de riesgo para transmisión oral.

Palabras clave: Tripanosomiasis Americana, enfermedad de chagas, fiebre de origen desconocido, pericarditis, pediatría.

ABSTRACT

Chagas disease, caused by Trypanosoma cruzi, continues to be a public health problem in endemic regions, where oral transmission has increased its epidemiological relevance. We present the case of an 11-month-old infant who was referred for fever, generalized rash, and diarrhea. Initial studies showed moderate anemia and systemic inflammation. Given the persistence of symptoms during hospitalization, additional tests were performed, revealing leukocytosis, organomegaly, and cardiac involvement characterized by repolarization abnor-

1. Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia.

Julio César Velasco Castro https://orcid.org/0000-0003-3580-8221
Duván Felipe Velandia Siabato https://orcid.org/0009-0004-5086-1121
Alina Patricia Sierra Andrade https://orcid.org/0000-0002-2210-1596
Gieselle Juliana Fragozo Plata https://orcid.org/0000-0002-1977-6728
Mónica Liseth Holguín Barrera https://orcid.org/0000-0001-7925-3999
Lorena García Agudelo https://orcid.org/0000-0001-9557-0900

Correspondencia: Julio César Velasco Castro; Calle 15 N 07-95 Manzana L Vía Marginal de, la Selva, Yopal, Casanare, Colombia; 850001; juliovelascoinvestigacion@gmail.com

Recibido: 10/ene/2025 - Aceptado: 12/feb/2025 - Publicado: 29/dic/2025

malities and pericarditis with progressive effusion. Although most direct parasitological tests were negative, thick smear microscopy confirmed the presence of T. cruzi trypomastigotes. Symptomatic management and treatment with benznidazole were initiated, followed by transfer to a more complex center, where the clinical course was favorable. This case highlights the importance of considering Chagas disease in the differential diagnosis of infants with fever and nonspecific systemic manifestations, especially in contexts of risk for oral transmission.

Keywords: American trypanosomiasis, chagas disease, fever of unknown origin, pericarditis, pediatrics.

Introducción

La enfermedad de Chagas (EC) es una infección parasitaria causada por el protozoario Trypanosoma cruzi, cuya distribución se relaciona estrechamente con condiciones sociodemográficas y culturales vulnerables[1]. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la EC es considerada una enfermedad tropical desatendida que afecta predominantemente a poblaciones de bajos ingresos en regiones endémicas de América Latina. Se estima que 70 000 personas están en riesgo de adquirir la infección y aproximadamente 6 millones ya se encuentran infectadas, registrándose alrededor de 30 000 nuevos casos anuales por todas las vías de transmisión. Esta carga epidemiológica se asocia con una mortalidad cercana a 12 000 defunciones al año en todos los grupos etarios[1,2].

La EC continúa siendo una enfermedad subestimada y, en muchos casos, insuficientemente comprendida por los clínicos. Aunque la vía vectorial se reconoce tradicionalmente como el principal mecanismo de transmisión, persiste un conocimiento limitado sobre las demás formas de contagio. En particular, la transmisión oral ha adquirido una importancia creciente en zonas endémicas, asociada al consumo de bebidas y alimentos contaminados con heces de triatominos, principalmente Rhodnius prolixus, Triatoma dimidiata y Triatoma infestans que contienen tripomastigotes metacíclicos infectantes de T. cruzi. Este modo de transmisión representa un problema de salud pública en expansión, con implicaciones epidemiológicas y económicas significativas para los sistemas sanitarios[3,4].

Los individuos que adquieren EC por transmisión oral suelen presentar malestar general, anorexia y fiebre, mientras que en otros casos se observan síntomas menos frecuentes, como dolor abdominal, náuseas, vómito y diarrea. Debido a su similitud con los cuadros de gastroenteritis viral o bacteriana, estas manifestaciones pueden generar confusión diagnóstica y retrasar el tratamiento oportuno. Por ello, la piedra angular para el diagnóstico de la transmisión oral de la EC es una anamnesis exhaustiva que permita identificar posibles fuentes de exposición —particularmente la ingestión de alimentos o bebidas contaminadas—, junto con una adecuada sospecha epidemiológica en zonas endémicas y el apoyo de estudios parasitológicos[4].

Las pruebas parasitológicas directas para la detección de T. cruzi incluyendo el micrométodo, el método de concentración por microhematocrito, la gota gruesa, el frotis o extendido de sangre periférica y el examen directo de sangre fresca, constituyen el estándar de referencia para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en fase aguda. En cuanto al tratamiento, los agentes tripanocidas recomendados son nifurtimox y benznidazol, los cuales presentan buena tolerancia en la población pediátrica y, en la mayoría de los casos, logran la erradicación completa del parásito[4,5].

El objetivo de este informe es describir el caso de una lactante menor con pericarditis aguda asociada a miocardiopatía chagásica de transmisión oral, vinculada al consumo de productos lácteos no pasteurizados en una zona rural del departamento de Casanare, Colombia.

Caso clínico

Lactante femenina de 11 meses, nacida a término (40 semanas) por parto vaginal, con controles prenatales adecuados y

pruebas negativas para infecciones perinatales, incluida serología para enfermedad de Chagas. Reside en un área rural junto a sus abuelos maternos y recibía alimentación complementaria con leche bovina no pasteurizada.

La paciente acudió al servicio de urgencias por un cuadro clínico de un día de evolución, caracterizado por fiebre no cuantificada y episodios eméticos ocasionales, sin signos de deshidratación. La analítica sanguínea inicial no mostró alteraciones, la paciente se encontraba estable, afebril y con signos vitales dentro de rangos normales. Se consideró un pródromo gastrointestinal y se decidió su egreso hospitalario.

Cinco días después, la paciente acudió nuevamente al servicio de urgencias debido a fiebre intermitente no cuantificada, sin patrón horario definido, acompañada de llanto lábil, edema en rostro y extremidades superiores e inferiores, y rash cutáneo generalizado. La abuela refirió la administración de acetaminofén como antipirético, sin mejoría de los síntomas. Al quinto día, se presentó diarrea líquida, abundante y fétida, con aproximadamente seis deposiciones diarias, sin antecedente de lesiones cutáneas previas.

El examen físico al ingreso mostró un peso de 10,4 kg, talla de 73,5 cm, frecuencia cardíaca de 180 lpm y temperatura de 37,7 °C. Se observaron adenomegalias múltiples, menores de 1 cm de diámetro, en cadenas cervical anterior, axilar e inguinal. En el abdomen evidenciaron hepatomegalia y esplenomegalia, y la piel presentaba palidez generalizada. Los estudios de laboratorio iniciales revelaron anemia moderada, microcítica e hipocrómica, y proteína C reactiva elevada; los demás parámetros fueron normales (Tabla 1). Iniciaron tratamiento con líquidos endovenosos, sulfato de zinc y probióticos.

Laboratorios		**Resultados**
Hemograma	Leucocitos	11.34*10^3/mm^3
	Neutrófilos	31.6 %
	Linfocitos	65 %
	Plaquetas	331* 10^3/mm^3
	Hemoglobina	9.3 g/dL
	VCM	68.4 UM3
	HCM	22.7 pg
Uroanálisis	Color / aspecto	Amarillo / turbio
	pH	5.0
	Leucócitos	0-2 por campo
	Hematies	0-2 por campo
	Bacterias	Escasas
	Moco	+
Analítica sanguínea	PCR	192 mg/L
	Glucosa	101 mg/dL
Coproscópico	Blastocystis spp. / bacterias	3-5 por campo / flora normal
	levaduras	+
	pH	8
	Leucocitos	1-3 por campo
Hemograma	Leucocitos	20.96*10^3/mm^3
	Hemoglobina	9.5 g/dL
Analítica sanguínea	Procalcitonina	6.73 ng/mL
	TGO	38 u/L
	TGP	27 u/L
	Creatinina	0.48 mg/dL

Abreviaturas: VCM; volumen corpuscular medio. HCM; Hemoglobina corpuscular media. proteína C reactiva; PCR. XC; por campo, TGO; transaminasa glutámico-oxalacética. TGP; transaminasa glutámico-pirúvica. Fuente: Los autores.

Al quinto día de hospitalización, el paciente continuó presentando fiebre de 38 °C, múltiples episodios eméticos relacionados con la ingesta de alimentos, y deposiciones diarreicas, sin presencia de moco ni sangre. Los estudios paraclínicos iniciales no evidenciaron alteraciones relevantes; por lo tanto, se decidió ampliar los diagnósticos diferenciales y solicitar estudios adicionales con el fin de identificar la etiología de la sintomatología.

Inicialmente, los médicos tratantes sospecharon que se trataba de una gastroenteritis aguda y una bacteriemia en estudio, por lo que se inició manejo con ceftriaxona 500 mg intravenosa cada 12 horas. Los estudios solicitados previamente revelaron los siguientes hallazgos: radiografía de tórax evidenció cardiomegalia; ecografía abdominal mostró hepatomegalia y esplenomegalia; procalcitonina y leucocitos se encontraban elevados; prueba de Rosa de Bengala negativa; función hepática y renal dentro de límites normales; coproscópico sin alteraciones (Tabla 1); extendido de sangre periférica, método de concentración micrométodo y examen directo de sangre fresca no evidenciaron formas parasitarias de T. cruzi. Sin embargo, la gota gruesa demostró la presencia de tripomastigotes de T. cruzi (Figura 1). En consecuencia, se ajustó el tratamiento farmacológico, iniciando benznidazol 50 mg vía oral cada 12 horas, y se continuó con ceftriaxona debido a la sospecha de coinfección bacteriana.

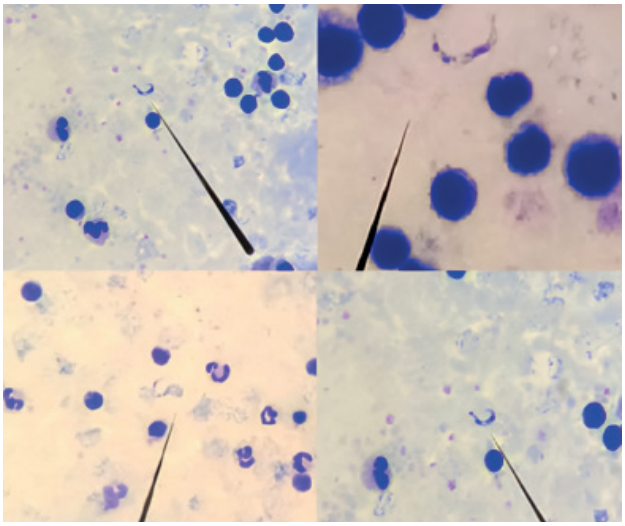


Fig. 1 - Tripomastigotes circulantes de Trypanosoma cruzi en extendido de gota gruesa.

El informe final de hemocultivos fue negativo. Dado que la paciente permaneció febril durante la hospitalización y existía alta sospecha clínica de pericarditis, se realizó un ecocardiograma transtorácico, el cual evidenció función sistólica del ventrículo izquierdo de 74,6%, pericardio engrosado y refringente, con derrame pericárdico de 15 mm, sin signos de taponamiento cardiaco (Figura 2). El electrocardiograma mostró trastornos generalizados de la repolarización.

Considerando los riesgos de complicaciones y las limitaciones de la institución, la paciente fue trasladada a un hospital de alta complejidad con unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). En el ecocardiograma transtorácico de control, se confirmó el diagnóstico de pericarditis y se observó progresión del derrame pericárdico hacia las estructuras cardíacas derechas, incluyendo engrosamiento del surco auriculoventricular derecho de 12 mm, 10 mm en la región anterior y 6 mm en la pared anterior del ventrículo derecho.

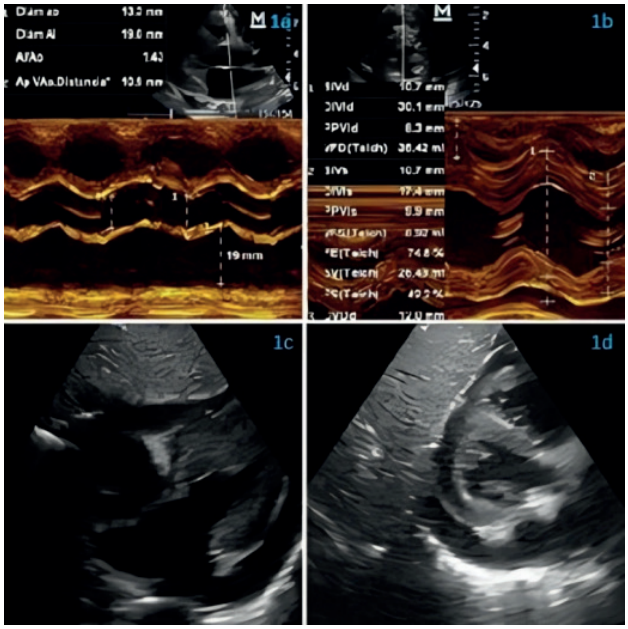


Fig. 2 - a. aurícula izquierda dilatada, b ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica leve a moderada, c y d pericardio engrosado y refringente, con derrame pericárdico de 15 mm a nivel de la pared posterior y lateral.

Se estableció comunicación telefónica con el familiar de la paciente, informó que esta permaneció hospitalizada durante nueve días, recibiendo manejo diurético sin administración de antibióticos, dado que los estudios realizados fueron normales y no presentó síntomas adicionales. Fue dada de alta con indicación ambulatoria de furosemida, espironolactona, colchicina y benznidazol por 60 días. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y continúa en seguimiento ambulatorio con los servicios de infectología y cardiología pediátrica, sin requerir tratamiento activo.

Discusión

Aunque los programas de control vectorial en América Latina han logrado una reducción significativa en la carga global de transmisión de T. cruzi, Colombia, Venezuela y Bolivia presentan las tasas más altas de reinfección en pacientes previamente tratados con tripanocidas[4]. La transmisión oral constituye uno de los principales mecanismos de adquisición de la enfermedad, tanto en adultos como en población pediátrica, generalmente a través de la ingestión de alimentos contaminados con triatominos completos o con heces que contienen tripomastigotes metacíclicos[4,5].

La paciente presentada exhibió múltiples factores de riesgo para la infección por T. cruzi. Residía en un área endémica de triatominos y de animales silvestres en el intra o peridomicilio de una zona rural. A pesar de su corta edad como lactante, recibía alimentación complementaria basada en leche bovina no pasteurizada. La infección se confirmó mediante prueba de gota gruesa. Los estudios de imagen revelaron hallazgos significativos: la ecografía abdominal y la radiografía de tórax evidenciaron hepatomegalia y esplenomegalia, mientras que la ecocardiografía documentó pericarditis con derrame pericárdico progresivo, lo que condujo a la necesidad de hospitalización en la UCIP. Estos hallazgos reflejan la severidad potencial de la infección aguda por T. cruzi en lactantes y la importancia de la detección temprana y el manejo multidisciplinario.

Es importante destacar que las manifestaciones clínicas de la infección por T. cruzi dependen del mecanismo de transmisión. Algunos casos pueden cursar de manera asintomática, incluso en la población pediátrica, lo que dificulta su detección temprana y puede conducir, con el tiempo, al desarrollo de alteraciones estructurales en los órganos diana[3-7]. Un estudio realizado en Casanare-Colombia sobre enfermedad de Chagas aguda en pacientes pediátricos reportó que los síntomas y signos más frecuentes fueron: fiebre (32,14%), signo de Romaña (17,86%), astenia (17,86%), dolor abdominal (14,29%), adinamia (10,71%), cefalea (10,71%), artralgias, mialgias y emesis (7,14% cada uno), mientras que la diarrea y las convulsiones fueron menos frecuentes (3,57% cada una). Estas manifestaciones se observaron en todas las formas de transmisión[6].

Holguín et al.[7] reportaron una serie de casos de tres pacientes pediátricos de áreas rurales diagnosticados con enfermedad de Chagas de transmisión oral. La manifestación principal en los tres casos fue fiebre. Dos de los pacientes, de 10 y 16 años, desarrollaron pericarditis con derrame pericárdico moderado, requiriendo hospitalización en la UCIP debido al riesgo de shock cardiogénico y descompensación cardiovascular. Además, dos casos presentaron síntomas similares, incluyendo alzas térmicas y dolor abdominal. Estos hallazgos evidencian que la enfermedad de Chagas en fase aguda puede afectar a toda la población pediátrica, con manifestaciones clínicas típicas como fiebre (98,1–100%) y malestar general. En contraste, nuestra paciente era una lactante que se presentó principalmente con síntomas gastrointestinales. Dado que no existía un nexo epidemiológico evidente, inicialmente se consideraron diagnósticos alternativos, como gastroenteritis aguda y posible coinfección bacteriana, retrasando la sospecha clínica de infección por T. cruzi.

Las infecciones de transmisión oral suelen ser agudas y potencialmente mortales. Aunque la EC aguda es poco frecuente en pacientes pediátricos, puede presentarse

pericarditis en hasta el 57% de los casos, generalmente de tipo constrictivo debido a un taponamiento cardiaco severo. En nuestra paciente, la presencia de un pericardio engrosado y refringente, acompañado de derrame pericárdico progresivo y cambios difusos en la repolarización del ECG, permitió sospechar la condición, la cual fue posteriormente confirmada. Otras complicaciones asociadas con la EC aguda incluyen miocarditis, insuficiencia cardíaca, arritmias y bloqueos auriculoventriculares. De forma menos frecuente, puede presentarse meningoencefalitis (menos del 5% de los casos), todas ellas condiciones que incrementan significativamente el riesgo de mortalidad[8,9].

El pronóstico en pacientes pediátricos con infección por T. cruzi depende del órgano afectado. Estudios han demostrado que la presencia de hepatomegalia y esplenomegalia es variable, aunque se considera un marcador de mal pronóstico. Se ha observado que aproximadamente el 20% de los pacientes con hepatomegalia fallecen, lo que resalta la importancia de un seguimiento clínico estrecho en los casos de enfermedad de Chagas aguda[8,10].

Conclusiones

En el caso presentado, el establecimiento del diagnóstico representó un desafío clínico debido a la inespecificidad de los síntomas y a la limitada capacidad de evaluación objetiva en una lactante. Inicialmente, el cuadro fue interpretado como una gastroenteritis de probable origen infeccioso, acorde con las etiologías más frecuentes en nuestra población. No obstante, este caso resalta la necesidad de incluir la enfermedad de Chagas dentro de los diagnósticos diferenciales en áreas endémicas, particularmente en pacientes pediátricos con fiebre de origen no determinado, malestar general y diarrea. A pesar de su carácter inespecífico, estos síntomas deben alertar sobre la posibilidad de transmisión oral de T. cruzi, una vía de contagio cuya prevalencia ha aumentado debido al consumo de alimentos contaminados.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Se trabajó con fondos propios de los autores.

Contribución de autores

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Concepción y diseño del trabajo.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Recolección de datos y obtención de resultados.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Análisis e interpretación de datos.

JC, DV, AS, GF, MH, LG:Redacción del manuscrito.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Revisión crítica del manuscrito.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Aprobación de su versión final

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Aporte de paciente o material de estudio.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Obtención de financiamiento.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Asesoría estadística.

JC, DV, AS, GF, MH, LG: Asesoría técnica y administrativa

Aspectos Éticos

Este reporte de caso cuenta con la autorización formal y el consentimiento informado del paciente. De este modo, se garantizan la protección de su privacidad y el manejo confidencial de sus datos personales e imágenes clínicas, conforme a los principios éticos de la investigación médica.

Bibliografía

1. Carlier Y, Altcheh J, Angheben A, Freilij H, Luquetti AO, Schijman AG, 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. doi: 10.1371/journal.pntd.0007694.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas. Fecha de consulta: 13 de enero de 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas.
3. Filigheddu MT, Górgolas M, Ramos JM. Orally-transmitted Chagas disease. Med Clin (Barc). 2017;148(3):125-131. English. doi: 10.1016/j.medcli.2016.10.038.
4. Franco-Paredes C, Villamil-Gómez WE, Schultz J, Henao-Martínez AF, Parra-Henao G, Rassi A Jr, et al. A deadly feast: Elucidating the burden of orally acquired acute Chagas disease in Latin America - Public health and travel medicine importance. Travel Med Infect Dis. 2020:101565. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101565.
5. Vergara HD, Gómez CH, Faccini-Martínez ÁA, Herrera AC, López MJ, Camacho C, Muñoz L, et al. Acute Chagas Disease Outbreak among Military Personnel, Colombia, 2021. Emerg Infect Dis. 2023;29(9):1882-1885. doi: 10.3201/eid2909.230886.
6. Holguin Barrera ML, García Agudelo L, Mendoza Cacares MA, Vargas Rodríguez L. Caracterización de la enfermedad de Chagas aguda en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Regional de la Orinoquía entre 2015 y 2020. Pediatria. 2023;56(3):e425. doi: https://doi.org/10.14295/rp.v56i3.425.
7. Holguín-Barrera ML, García-Agudelo L, Vargas-Rodríguez LJ, Vacca BF. Chagas agudo por transmisión oral: serie de casos. Rev. Colomb. Cardiol. 2023;30(4):203–6. doi: https://doi.org/10.24875/rccar.22000045.
8. Rincón-Acevedo CY, Parada-García AS, Olivera MJ, Torres-Torres F, Zuleta-Dueñas LP, Hernández C, et al. Clinical and Epidemiological Characterization of Acute Chagas Disease in Casanare, Eastern Colombia, 2012-2020. Front Med (Lausanne). 2021;8:681635. doi: 10.3389/fmed.2021.681635.
9. Echeverria LE, Morillo CA. American Trypanosomiasis (Chagas Disease). Infect Dis Clin North Am. 2019;33(1):119-134. doi: 10.1016/j.idc.2018.10.015.
10. Souza-Lima Rde C, Barbosa Md, Coura JR, Arcanjo AR, Nascimento Ada S, Ferreira JM, et al. Outbreak of acute Chagas disease associated with oral transmission in the Rio Negro region, Brazilian Amazon. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(4):510-4. doi: 10.1590/0037-8682-1367-2013.

Para referenciar aplique esta cita:
Velasco Castro JC, Velandia Siabato DF, Sierra Andrade AP, Fragozo Plata GJ, Holguín Barrera ML, García Agudelo L. Pericarditis aguda y miocardiopatía chagásica en un lactante: presentación engañosa como gastroenteritis en urgencias. REV-SEP [Internet]. 12 de diciembre de 2025; 26(3):52-8. Disponible en: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/350