



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Anatomía patológica de placenta y enfermedad de Chagas



The histopathology of placenta and Chagas disease

Dunia Carrera García^{a,*}, Marta Sardá Sanchez^b, Valentín Pineda Solas^a
y Joan Carles Ferreres Piñas^c

^a Servicio de Medicina Pediátrica, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Servicio de Neonatología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 10 de abril de 2019; aceptado el 17 de junio de 2019

Disponible en Internet el 21 de julio de 2019

El Chagas es una enfermedad crónica endémica en Latinoamérica.

Debido a los flujos migratorios, es una enfermedad emergente en nuestro medio, donde el reto actual es el cribado en embarazadas y el tratamiento del recién nacido, que es curativo en casi el 100% de los casos, evitando así la enfermedad crónica y la transmisión a siguientes generaciones¹.

Se transmite por vía vectorial, transfusional y transplantaria.

Se presenta el caso de un neonato pretérmino de 32,4 semanas de gestación. Madre boliviana, con serología positiva a Chagas. Ingreso desde la semana 25 por rotura prematura de membranas. Al nacimiento se cursa anatomía patológica de placenta y queda pendiente cribado de Chagas mediante PCR al mes de vida. A los 14 días de vida inicia dificultad respiratoria y necesidades de oxigenoterapia, con marcadores de infección y radiografía de tórax normales.

En la exploración se detecta hepatoesplenomegalia. Ante la clínica sugestiva, el antecedente epidemiológico y la placenta morfológicamente compatible con la enfermedad de Chagas (fig. 1), se inicia tratamiento con benznidazol, obteniéndose confirmación diagnóstica mediante PCR a *Trypanosoma cruzi* positiva en sangre y líquido cefalorraquídeo. Presenta una buena respuesta clínica y negativización de PCR a los 37 días de vida.

El parásito se puede transmitir en cualquier estadio de la infección y cualquier momento del embarazo.

Solo un pequeño porcentaje de los recién nacidos infectados tiene sintomatología y la infección aguda pasa inadvertida, entrando en fase crónica².

Aunque la carga parasitaria en la placenta no se relaciona con riesgo de transmisión al feto, cuando se acompaña de clínica en el neonato supone un importante apoyo al diagnóstico³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: duniacg@gmail.com (D. Carrera García).

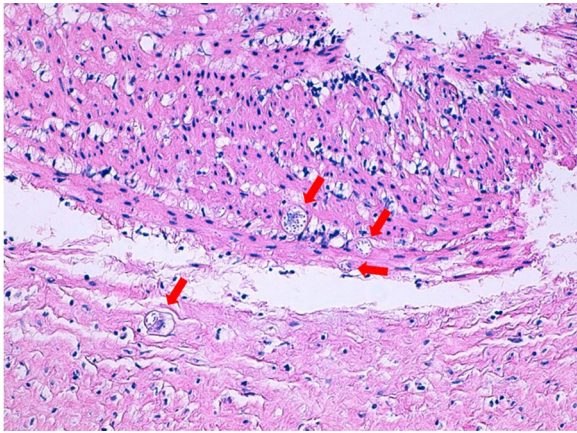


Figura 1 Detalle del cordón umbilical (parte de pared vascular en la mitad superior de la imagen y gelatina de Wharton en la inferior) en el que se observan diversas células con citomegalia que contienen parásitos en su citoplasma (flechas). Se observa también, leve infiltrado inflamatorio en la pared vascular. Tinción hematoxilina & eosina.

Bibliografía

1. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet Infect Dis.* 2001;1:92–100.
2. Molina I, Salvador F, Sánchez-Montalvá A. Actualización en enfermedad de Chagas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:132–8.
3. Fernandez-Aguilar S, Lambot MA, Torrico F, Alonso-Vega C, Córdoba M, Suarez E, et al. Las lesiones placentarias en la infección humana por *Trypanosoma cruzi*. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38:84–6.