

Meningoencefalitis Chagásica en paciente como forma de debut de una infección por el virus HIV

Chagasic Meningoencephalitis in a patient as the initial presentation of HIV infection

Dora Montiel^{1*}, Katherin Araujo¹, Elías Rodríguez¹, Karen Maidana¹, Enrique García¹, Amalia González¹

¹Hospital Nacional de Itauguá, Centro Médico Nacional. Itauguá, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Montiel D, Araujo K, Rodríguez E, Maidana K, García E, González A. Meningoencefalitis Chagásica en paciente como forma de debut de una infección por el virus HIV. Rev. cient. cienc. salud. 2026; 8: e8905. [10.53732/rccsalud/2026.e8905](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e8905)

Fecha de recepción:

15/10/2025

Fecha de revisión:

18/10/2025

Fecha de aceptación:

30/12/2025

Autor correspondiente:

Dora Montiel

Email:

doramontiel994@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio

Universidad del Pacífico.

Dirección de Investigación.

Asunción, Paraguay

e-mail:

margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Varón de 57 años agricultor consulta a nuestro Hospital con una historia de 30 días de sensación febril, pérdida de peso, astenia, anorexia, 48hs antes del ingreso presento lenguaje incoherente, al ingreso el paciente presentaba una desnutrición calórico proteica marcada, Glasgow 13/15, excitación psicomotriz, LCR proteínas 907 mg/dl, glucosa 30mg/dl, leucocitos 16 cel /campo a predominio mononuclear. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), examen directo se observa tripomastigotes de *Trypanosoma cruzi*. Frotis de sangre periférica: se observa hemoparásito compatible con *T. cruzi*. Serología HIV (+), CD4 92, carga viral 1.672532 copias. El paciente fue tratado con Benznidazol 5 mg/kg/día, recibió profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, azitromicina por la inmunodepresión avanzada, tratamiento antirretroviral al alta del paciente. El 10 día de tratamiento presento rash cutáneo generalizado, se interpreta como un efecto adverso al tratamiento. Se suspende Benznidazol y sulfametoxazol-trimetoprima. Los familiares solicitan alta solicitada. Se desconoce la evolución del paciente.

Palabras clave: trypanosoma cruzi; VIH; reactivación de la enfermedad de Chagas; benznidazol

ABSTRACT

A 57-year-old male farmer consults our hospital with a 30-day history of fever, weight loss, asthenia, anorexia. 48 hours before admission he presented incoherent speech. Upon admission the patient presented marked protein-calorie malnutrition, Glasgow 13/15, psychomotor excitation, CSF protein 907 mg/dl, glucose 30 mg/dl, leukocytes 16 cells/field with mononuclear predominance. Analysis of cerebrospinal fluid (CSF), direct examination showed trypomastigotes of *Trypanosoma cruzi*. Peripheral blood smear: hemoparasite compatible with *Trypanosoma cruzi* was observed. HIV serology (+), CD4 92, viral load 1,672,532 copies. The patient was treated with 5 mg/kg/day of benznidazole, received prophylaxis with TMS-SMS, azithromycin for advanced immunosuppression, and antiretroviral therapy. On day 10 of treatment, he developed a generalized skin rash, interpreted as an adverse effect of treatment. Benznidazole and trimethoprim sulfa were discontinued. Family members requested discharge. The patient's progress is unknown.

Key words: trypanosoma cruzi; HIV; Chagas disease reactivation; benznidazole

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, se transmite a los humanos principalmente por picadura de insectos triatomíneos (vía vectorial), a través de transfusiones de sangre o de madre a hijo a través de la placenta (vía transplacentaria).

La coinfección *Trypanosoma cruzi* /VIH se reportó inicialmente en 1990, en pacientes infectados con HIV con inmunodepresión avanzada⁽¹⁻⁸⁾. En pacientes coinfectados con VIH, la reactivación de la enfermedad de Chagas se produce en personas con cifras de células T CD4 <200 células/mm³ y se presentan con una meningoencefalitis o miocarditis grave⁽¹⁻⁷⁾.

La reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes con infección por VIH presenta alta mortalidad y morbilidad⁽⁸⁻¹¹⁾. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, laboratoriales y tratamiento de un paciente con encefalitis chagásica como forma de debut de una infección por HIV con inmunodepresión avanzada internado en el Hospital Nacional en noviembre del 2024.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 57 años, procedente de Caaguazú, agricultor, consulta por alteración del estado de conciencia. Cuadro de un mes de evolución que inicia con sensación febril, pérdida de peso de 8kg, astenia, anorexia, 48hs antes de su ingreso presenta lenguaje incoherente, por el cual acude a nuestro centro. Niega cefalea, náuseas vómitos, convulsiones. No se conoce portador de patología de base. Tabaquista y etilista por más de 40 años. Examen físico: Presión arterial: 100/60 mmHg Frecuencia cardíaca 86 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura axilar: 37.5°C. Facies prominencias óseas marcadas, Bola de Bichat ausente. Tórax: aumento de las prominencias óseas, Sistema nervioso: confuso y somnoliento Glasgow 13/15, con excitación psicomotriz, sin focalización, sin signos meníngeos, resto del examen físico sin datos de interés. Laboratorio: hemoglobina: 12.2 g/dl, leucocitos 3700 por mm³, neutrófilos 90%, linfocitos 9%, glicemia 81 mg/dl. Proteínas totales 6 g/dl, albúmina 2.8mg/dl, detección de anticuerpos antiVIH-1 y VIH-2 mediante ELISA positivo. CD4 92, carga viral 1.672532. LCR: proteínas 907 mg/dl, glucosa 30mg/dl, leucocitos 16 cel /campo mononuclear, examen directo líquido cefalorraquídeo (LCR), se observa tripomastigotes de *T. cruzi* Ver figura 1A. Ver figura 1B Frotis de sangre periférica: se observa hemoparásito *T. cruzi*. Figura 1B.

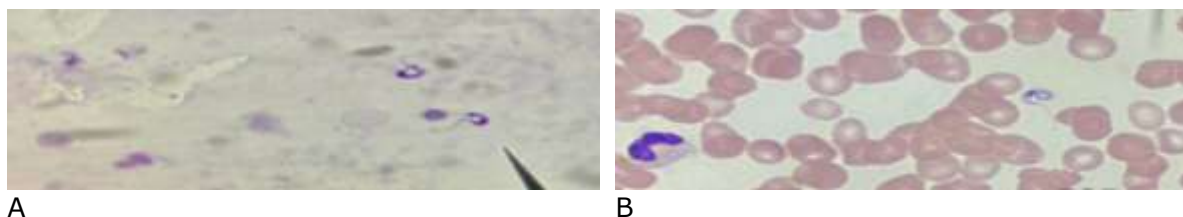


Figura 1. A. Frotis del líquido cefalorraquídeo: *Tripomastigote de T. cruzi*. B. Frotis de sangre periférica: *Tripomastigote de T. cruzi*

Resonancia magnética encéfalo: con gadolinio: Se identifican focos de restricción verdadera a nivel de la sustancia profunda del centro semioval derecho y bilateral simétrico en capsula interna bilateral con extensión a ambos pedúnculos cerebrales. Existen focos de hiperseñal en T2 sin restricción a nivel de la porción medial de ambos talamos, subcortical parietal izquierdo, frontal izquierdo y algún tenue foco cortical frontal hemisferio izquierdo. Existen signos de discreta hiper señal T2 a nivel de la sustancia medial en el rumbo encéfalo. Tras la administración de contraste, no se identifican zonas de realce nodular, inflamación de las meninges o porciones nodulares evidentes. Figura 2

El paciente fue tratado con benznidazol 5 mg/kg/día, recibió profilaxis con TM-SMS, azitromicina por la inmunodepresión avanzada. El día 10 de tratamiento presentó rash cutáneo generalizado, se interpreta como un efecto adverso al tratamiento. Se suspende el tratamiento. El paciente solicita alta solicitada. Se desconoce la evolución.

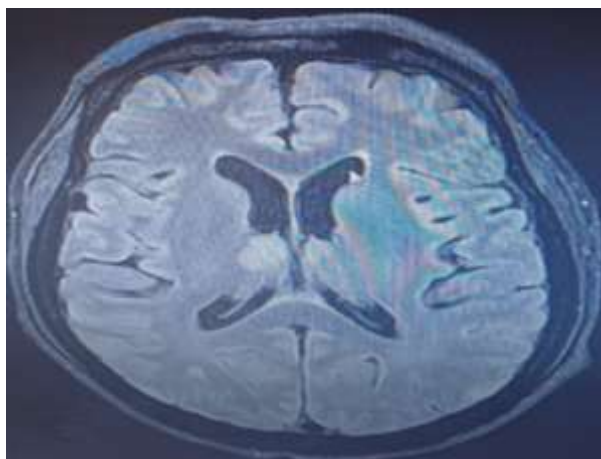


Figura 2. Resonancia magnética encéfalo: focos de restricción verdadera a nivel de la sustancia profunda del centro semioval derecho y bilateral simétrico en capsula interna bilateral con extensión a ambos pedúnculos cerebrales. Existen focos de hiperseñal en T2 sin restricción a nivel de la porción medial de ambos talamos, subcortical parietal izquierdo, frontal izquierdo y algún tenue foco cortical frontal hemisferio izquierdo. Existen signos de discreta hiperseñal T2 a nivel de la sustancia medial en el rumbo encéfalo. Tras la administración de contraste, no se identifican zonas de realce nodular, inflamación de las meninges o porciones nodulares evidentes.

DISCUSIÓN

Presentamos un varón adulto, agricultor con una meningoencefalitis chagásica como forma de debut de una infección por VIH con inmunosupresión avanzada. Se inició el tratamiento antiparasitario con benznidazol y profilaxis secundaria para *Neumocystis jirovecii*. El diagnóstico se realizó por la visualización del parásito en el examen directo del líquido cefalorraquídeo y también en el frotis de sangre periférica. El paciente fue tratado con Benznidazol, el día 10 de iniciada la medicación, se presenta un rash cutáneo generalizado que fue interpretado como una reacción adversa al tratamiento y luego fueron suspendidas, los familiares deciden no continuar con el tratamiento, solicitan su alta, desconociéndose su evolución. El tratamiento antirretroviral fue indicado al alta solicitada del paciente.

Se ha reportado en la literatura la co-infección por *T. cruzi* y VIH. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Chagas en personas VIH positivas se presentan como una forma de reactivación de la enfermedad y no por una infección aguda por *T. cruzi*, la reactivación en estos pacientes se presenta como una meningoencefalitis⁽¹⁻⁷⁾.

La confirmación de la reactivación de la infección del sistema nervioso central (SNC) requiere la detección de *T. cruzi* en líquido cefalorraquídeo, tejido cerebral o sangre, con manifestaciones neurológicas y respuesta clínica al tratamiento parasiticida⁽²⁾. En nuestro paciente el parásito fue detectado en el LCR y sangre periférica.

La reactivación de la enfermedad a nivel del SNC se acompaña de una alta tasa de mortalidad, el tratamiento consiste en asociar fármacos anti-*T. cruzi* (benznidazol o nifurtimox) con antirretrovirales⁽¹⁾.

Ferreira et al.⁽⁶⁾ reportaron tres casos de reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes con SIDA, con compromiso del sistema nervioso central y/o cardíaco. Un paciente presentó miositis aguda esofágica y gástrica por *T. cruzi*. Los pacientes tenían una inmunodepresión avanzada, con recuento de linfocitos CD4 menor de 100 y otras infecciones oportunistas definitorias de SIDA. El paciente fue tratado con benznidazol. Se debe recomendar la profilaxis secundaria a largo plazo para los pacientes que responden al tratamiento, aunque no se conoce con certeza qué fármaco utilizar para la profilaxis.

Madalosso G et al.⁽⁷⁾, presentaron el caso de un paciente de 52 años sin comorbilidad que presentó meningoencefalitis aguda. El examen directo de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró *T. cruzi*. El cultivo de LCR confirmó el diagnóstico. Los ensayos serológicos para *T. cruzi* y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fueron

positivos. A pesar del tratamiento con benznidazol, el paciente falleció 24 horas después del ingreso hospitalario.

En los pacientes con infección por el virus HIV, los predictores para la reactivación de la enfermedad de Chagas son la detección de parasitemia, valores bajos de linfocitos T CD4+ (< 200 células/mm³) y alta carga viral del VIH, aunque estos no son necesarios para su aparición⁽⁸⁾. Nuestro paciente presentaba una inmunodepresión avanzada y una carga viral elevada.

La reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes con coinfección por VIH se relaciona con una elevada mortalidad y los factores asociados son la reactivación en el SNC, que se acompaña de una alta mortalidad sin tratamiento específico y la inmunosupresión severa de los pacientes con SIDA⁽⁸⁾.

Hernández et al.⁽⁹⁾, reportaron en Colombia un paciente con trasplante cardíaco y antecedentes de miocardiopatía Chagásica que desarrolló a ocho meses después del trasplante una meningoencefalitis Chagásica, mostrando su carácter oportunista, fue tratado con 200 mg de benzimidazol cada 12 horas con buena evolución a los 3 meses del alta.

El diagnóstico de la encefalitis chagásica es difícil, debido a las diversas patologías que pueden afectar el sistema nervioso central en pacientes inmunodeprimidos y la baja sensibilidad de los métodos de diagnósticos tradicionales. La secuenciación mediante secuenciación del ARNr 28S debería formar parte del arsenal diagnóstico de una probable encefalitis chagásica⁽¹⁰⁾.

La enfermedad de Chagas crónica es frecuente en Latinoamérica. La reactivación con encefalitis es bien conocida en pacientes infectados con el virus HIV con inmunodepresión avanzada. La microscopía de parásitos en el líquido cefalorraquídeo reveló el diagnóstico en nuestro paciente. La mortalidad es elevada a pesar del tratamiento⁽¹²⁻¹⁵⁾. En nuestro paciente se desconoce la evolución, el paciente fue retirado del Hospital por sus familiares.

Aprobación de ética: se respetaron los principios básicos de la Bioética

Agradecimientos: Servicio de Microbiología, Laboratorio del Hospital Nacional

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores:

Recolección/obtención de datos/información: Dora Montiel Jarolin

Análisis e interpretación de datos: Dora Montiel Jarolin, Elías Rodríguez

Redacción del borrador del manuscrito: Katherin Araujo, Karen Maidana

Revisión crítica del manuscrito: Enrique García, Amalia González

Aprobación de la versión final del manuscrito: Dora Montiel, Katherin Araujo, Elías Rodríguez, Karen Maidana, Enrique García, Amalia González

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diazgranados CA, Saavedra-Trujillo CH, Mantilla M, Valderrama SL, Alquichire C, Franco-Paredes C. Chagasic encephalitis in HIV patients: common presentation of an evolving epidemiological and clinical association. *Lancet Infect Dis*. 2009;9(5):324-30. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70088-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70088-X)
2. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet*. 2010;375(9723):1388-402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60061-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60061-X)
3. Bisio M, Altcheh J, Lattner J, Moscatelli G, Fink V, Burgos JM, et al. Benznidazole treatment of chagasic encephalitis in pregnant woman with AIDS. *Emerg Infect Dis*. 2013;19(9):1490-2. <https://doi.org/10.3201/eid1909.130667>
4. França LC. Tumour-like chagasic encephalitis in AIDS patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(2A):368. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2009000200043>
5. Lambert N, Mehta B, Walters R, Eron JJ. Chagasic encephalitis as the initial manifestation of AIDS. *Ann Intern Med*. 2006;144(12):941-3. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-12-200606200-00018>
6. Ferreira MS, Nishioka Sde A, Silvestre MT, Borges AS, Nunes-Araújo FR, Rocha A. Reactivation of Chagas' disease in

- patients with AIDS: report of three new cases and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 1997;25(6):1397-400. <https://doi.org/10.1086/516130>
7. Madalosso G, Pellini AC, Vasconcelos MJ, Ribeiro AF, Weissmann L, et al. Chagasic meningoencephalitis: case report of a recently included AIDS-defining illness in Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2004;46(4):199-202. <https://doi.org/10.1590/s0036-46652004000400005>
 8. Buccheri R, Kassab MJ, Freitas VL, Vicente da Silva SC, Bezerra RC, Khoury Z, et al. Chagasic meningoencephalitis in an hiv infected patient with moderate immunosuppression: prolonged survival and challenges in the haart era. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2015;57(6):531-535. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652015000600014>
 9. Garzón-Hernández JP, Pabón-Moreno A, González-Vesga RE, Uribe-Rodríguez LG, Silva-Sieger FA. Chagasic meningoencephalitis after heart transplant. *IDCases.* 2021;26:e01353. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2021.e01353>
 10. Multani A, Meer A, Smith DS, Kheraj MN, Plowey ED, Blackburn B. Diagnosis of Chagasic Encephalitis by Sequencing of 28S rRNA Gene. *Emerg Infect Dis.* 2019;25(7):1370-1372. <https://doi.org/10.3201/eid2507.180285>
 11. Fernández ML, Marson ME, Mastrantonio GE, Corti MA, Fleitas U, et al. Benznidazole in Cerebrospinal Fluid: a Case Series of Chagas Disease Meningoencephalitis in HIV-Positive Patients. *Antimicrob Agents Chemother.* 2021;65(3):e01922-20. <https://doi.org/10.1128/AAC.01922-20>
 12. Silva HFLD, Miranda LFF, Oliveira MDS, Saraiva PPG, Nakata RZ, et al. *Cianca RP.* Trypanosoma cruzi (DTU TcI) in a fatal case of meningoencephalitis due to Chagas disease reactivation in a patient coinfecting with human immunodeficiency virus: case report. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2025;58:e02342025. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0234-2024>
 13. Shikanai-Yasuda MA, Mediano MFF, Novaes CTG, Sousa ASd, Sartori AMC, Santana RC, et al. Clinical profile and mortality in patients with *T. cruzi*/HIV co-infection from the multicenter data base of the "Network for healthcare and study of *Trypanosoma cruzi*/HIV co-infection and other immunosuppression conditions". *PLoS Negl Trop Dis.* 2023;17(1):e0011036. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011036>
 14. Useche Y, Pérez AR, de Meis J, Bonomo A, Savino W. Central nervous system commitment in Chagas disease. *Front Immunol.* 2022;13:975106. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.975106>
 15. Hoem EL, Kvalvik T, Dyrhovden R, Helland IE, Blomberg B, Mørch K. A woman in her seventies with fever and convulsions. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2024;144(6). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0444>