



Coinfección silenciosa: diagnóstico positivo de enfermedad de Chagas en un paciente militar con VIH (+)*

Hernán D. Vergara-Samur^a ■ Santiago A. Rodríguez-Piragauta^b ■ Iván A. Méndez-Rodríguez^c

Resumen: La prevalencia de la coinfección de VIH y la enfermedad de Chagas varía considerablemente según la región. En zonas endémicas como Brasil, se estima entre 0,8 % y 5 %. Sin embargo, estas cifras no consideran el potencial aumento del riesgo de exposición a infección por *T. cruzi* en la población militar que frecuentemente trabaja en áreas rurales y selváticas. Presentamos el caso de un paciente militar de 59 años con infección por VIH y serología positiva para *T. cruzi*, como ejemplo de una coinfección poco documentada en este contexto. La inmunosupresión pronunciada (CD4 < 200 céls./mm³) de la mano con estadios avanzados de VIH, acelera la parasitemia y la reactivación de *T. cruzi*. El diagnóstico debe conducir a la realización de serología y pruebas moleculares, y a tener en cuenta los elementos clínicos que ayuden a la detección precoz. La intervención temprana con benznidazol y la terapia antirretroviral mejora notablemente en más del 50 % el pronóstico. Este caso subraya la necesidad de considerar la enfermedad de Chagas en la evaluación clínica de personas con VIH y antecedentes de exposición ocupacional en zonas endémicas.

Palabras clave: enfermedad de Chagas; personal militar; *Trypanosoma cruzi*; trypanosomiasis; VIH; sida

* Reporte de caso.

a Médico Mg. en Epidemiología y Mg. en VIH/sida. Especialista en Microbiología Médica. Jefe del servicio de Infectología del Hospital Militar Central. Profesor asociado de la Universidad Militar Nueva Granada y autor de correspondencia.

Correo electrónico: hvergara@homil.gov.co.

b Estudiante de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada.

Correo electrónico: est.santiagoa.rod2@unimilitar.edu.co.

c Biólogo y microbiólogo. Docente y jefe del área de Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar.

Correo electrónico: ivan.mendez@unimilitar.edu.co.

Silent Coinfection: Confirmed Chagas Disease in an HIV-Positive Active-Duty Soldier

Abstract: The prevalence of HIV and Chagas disease coinfection varies significantly by region. In endemic areas such as Brazil, it is estimated to range from 0.8% to 5%. However, these figures often overlook the potentially increased risk of *Trypanosoma cruzi* infection among military personnel who frequently operate in rural and jungle environments. We present the case of a 59-year-old military patient with HIV infection and positive serology for *T. cruzi*, as an example of a coinfection rarely documented in this context. Severe immunosuppression ($CD4 < 200$ cells/mm³), along with advanced HIV stages, accelerates parasitemia and the risk of *T. cruzi* reactivation. Diagnosis should include serological and molecular testing, in addition to close attention to clinical signs for early detection. Timely intervention with benznidazole combined with antiretroviral therapy can improve prognosis by over 50%. This case highlights the importance of considering Chagas disease in the clinical evaluation of people living with HIV who have occupational exposure in endemic areas.

Keywords: Chagas Disease; Military Personnel; *Trypanosoma Cruzi*; Trypanosomiasis; HIV; AIDS

Introducción

La coinfección entre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el *Trypanosoma cruzi*, agente etiológico de la enfermedad de Chagas, representa un desafío creciente en regiones endémicas y no endémicas. Esta interacción patológica se caracteriza por una sinergia inmunológica negativa: el VIH deteriora la inmunidad celular esencial para contener al parásito, mientras que la reactivación de *T. cruzi* puede agravar el curso clínico del virus, incrementando la morbilidad asociada (1-3). A pesar de su severidad, esta coinfección continúa siendo subdiagnosticada, especialmente en grupos con exposición ambiental u ocupacional relevante, como el personal militar (4,5).

Las tasas de coinfección varían entre el 0,1 % y el 1 % en la población general, pero pueden alcanzar hasta el 10,5 % en regiones como Brasil y Argentina (6-8). En contextos migratorios como Estados Unidos y España, se han documentado prevalencias hasta del 11 % en personas con VIH expuestas previamente a zonas endémicas de transmisión de la enfermedad de Chagas (5,9). En pacientes inmunosuprimidos con recuentos de linfocitos CD4+ inferiores a 200 células/mm³, la reactivación del parásito se presenta con una alta carga parasitaria, favoreciendo presentaciones clínicas severas, especialmente neurológicas. La encefalitis por *T. cruzi* es la manifestación más común, con tasas de mortalidad cercanas al 100 % sin tratamiento específico (4,10,11).

El diagnóstico oportuno es complejo, debido a la superposición sintomática con otras infecciones oportunistas como toxoplasmosis o criptococosis, y a la limitada sensibilidad de la serología en estadios avanzados de inmunosupresión, con tasas de falsos negativos hasta del 22 % (11,12). Por ello, se recomienda el uso de pruebas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre o líquido cefalorraquídeo, capaces de detectar la reactivación semanas antes de los síntomas clínicos (12). El tratamiento se basa en la combinación de benznidazol durante 60 días, junto con terapia antirretroviral (TAR), lo que ha demostrado reducir la mortalidad significativamente (6,11,13).

El pronóstico depende del momento del diagnóstico y del grado de inmunosupresión. Cuando ocurre la reactivación, la supervivencia promedio es de 10 a 11 meses, con respecto a los 2 a 3 años observados en coinfecciones latentes (6,9). A pesar de su baja frecuencia, la coinfección en personal militar representa un fenómeno relevante por su exposición a zonas rurales y selváticas donde circula el parásito, y porque suele pasar inadvertida en la evaluación clínica inicial. El caso clínico que se presenta a continuación constituye un ejemplo ilustrativo de esta asociación poco documentada, e insiste en la importancia de incluir a la enfermedad de Chagas en el abordaje diagnóstico de personas con VIH expuestas a áreas endémicas de transmisión de la tripanosomiasis americana, incluso fuera del contexto tradicional de transmisión vectorial.

Reporte de caso

Paciente de 59 años de edad con antecedentes clínicos de VIH (+) estadio 3, diagnosticado en 2019 y manejo con TAR consistente en raltegravir 400 mg/12 horas más tenofovir alafenamida/emtricitabina 200 mg/25 cada 24 horas, trimetopim-sulfametoxazol 160/800 mg cada 24 horas (el 6 de junio de 2024) con carga viral indetectable (< 40 copias/mL); sin embargo, el 9 de agosto de 2024 con último recuento CD4: 168 células/uL. Además, antecedente de enfermedad renal crónica, carcinoma basocelular en cara reseca, dermatitis seborreica en tratamiento, hiperplasia prostática benigna, posible lesión hepática en estudio y adenoma carcinoma de recto superior al 100 % derivado con colostomía el 16 de agosto de 2024. Inició terapia oncológica paliativa con CapeOX el 3 de octubre de 2024.

El paciente es originario de Chaparral, Tolima, donde vivió hasta los 8 años en una casa de barro (barro); dice conocer al vector transmisor de la enfermedad de Chagas: insectos triatominos. Consultó a la clínica de Medicina Tropical de su servicio médico el 15 de noviembre de 2024, debido al hallazgo incidental de coinfección con *T. cruzi* en pruebas de extensión para enfermedades tropicales. Al momento de la consulta el paciente

no reportaba tener dolor torácico, disminución de la clase funcional o picos febriles de inicio reciente.

Al examen físico, se encontraba en buenas condiciones generales, alerta, consciente, sin picos febriles, y sin alteración hemodinámica o del patrón respiratorio. En los estudios paraclínicos se documentó:

- anticuerpos totales contra Chagas (CMI): (+) 5.53
- IgG contra *T. cruzi* IFI: 1:128 reactivo

En la consulta inicial de medicina tropical, se estableció el diagnóstico de enfermedad de Chagas por criterios serológicos. Ante este hallazgo, se decidió ampliar el estudio clínico en conjunto con el servicio de cardiología, con el objetivo de determinar la fase de la enfermedad y valorar la indicación de tratamiento antitripanocida. Como parte del abordaje, se solicitaron un electrocardiograma (EKG) y un ecocardiograma transtorácico.

El 17 de enero de 2025, el paciente regresó a control con el resultado del EKG realizado el 15 de enero de 2025, el cual mostró ritmo sinusal con presencia de ectopia supraventricular, sin hallazgos que sugirieran miocardiopatía chagásica en ese momento. Posteriormente, el 25 de abril de 2025, acudió nuevamente a consulta con el resultado del ecocardiograma transtorácico practicado el 17 de marzo de 2025, que reportó cavidades cardíacas de tamaño y función conservadas, sin alteraciones estructurales atribuibles a enfermedad de Chagas. Se observó ventrículo izquierdo de tamaño y geometría normales, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 69 %, sin trastornos segmentarios de la contractilidad, insuficiencia tricuspídea leve, ventrículo derecho con función sistólica preservada, y ausencia de trombos, vegetaciones o masas intracardíacas.

Con base en estos hallazgos, al paciente se le clasificó en la fase crónica indeterminada de la enfermedad de Chagas, definida por la positividad serológica para *T. cruzi* en ausencia de manifestaciones clínicas, electrocardiográficas o ecocardiográficas atribuibles a la infección. Considerando la estabilidad inmunológica del paciente (aunque con $CD4 < 200$ céls./mm³), la ausencia de signos de reactivación, el perfil cardiológico conservado, su

edad, las múltiples comorbilidades oncológicas y no oncológicas, así como el riesgo de interacciones farmacológicas, se decidió no iniciar tratamiento antitripanocida. Se estableció como conducta clínica el seguimiento en el servicio de medicina tropical, con un nuevo control programado para enero de 2026, acompañado de exámenes complementarios para reevaluar la evolución de la coinfección y su eventual impacto clínico.

Discusión

La coinfección por *Trypanosoma cruzi* y VIH, aunque infrecuente, constituye una entidad clínica relevante por su alta morbimortalidad y por los desafíos diagnósticos y terapéuticos que plantea (14). Este caso ilustra una presentación atípica: un paciente inmunocomprometido, con neoplasia activa, carga viral indetectable, pero linfocitos CD4 por debajo de 200 céls./mm³, con serología positiva para *T. cruzi* y sin evidencia de reactivación ni compromiso cardíaco aparente. Esta situación plantea un escenario de enfermedad de Chagas crónica indeterminada en contexto de inmunosupresión, que requiere evaluación individualizada y vigilancia estrecha.

La literatura ha documentado que la reactivación de *T. cruzi* en pacientes con VIH es más frecuente cuando los niveles de CD4 descienden por debajo de 200 céls./mm³, siendo el sistema nervioso central el sitio más comprometido, seguido por el corazón y el tracto gastrointestinal (1,4,5). No obstante, la reactivación no es universal en todos los pacientes inmunosuprimidos, y la presencia de coinfección no implica necesariamente progresión clínica inmediata (2,3).

Estudios recientes como el de Shikanai-Yasuda *et al.* (4) han reportado tasas de mortalidad elevadas en pacientes con coinfección sintomática y reactivación confirmada, lo cual contrasta con casos como el presente, en los que no se identifican alteraciones funcionales o estructurales atribuibles a Chagas. La ausencia de hallazgos patológicos en el ecocardiograma y el electrocardiograma sugiere un perfil de estabilidad clínica que, de acuerdo con las guías internacionales, no justifica el inicio inmediato de terapia antitripanocida en pacientes

con múltiples comorbilidades y riesgo elevado de interacciones medicamentosas (1,2,11).

Cabe destacar que la decisión de no tratar en fase crónica indeterminada ha sido objeto de debate. La evidencia actual señala que el tratamiento antiparasitario con benznidazol puede reducir la progresión a miocardiopatía crónica, especialmente en pacientes jóvenes y sin comorbilidades relevantes (1,2,3). Sin embargo, en personas con cáncer activo, edad avanzada y polifarmacia — como en este caso — los beneficios potenciales deben sopesarse con los riesgos toxicológicos y las posibles interferencias con quimioterapia u otras terapias de soporte (3,13).

Este caso también resalta el antecedente epidemiológico como herramienta diagnóstica clave. El origen del paciente en una zona endémica y su exposición temprana a viviendas de bareque con contacto vectorial refuerzan la sospecha clínica, incluso décadas después de la migración. Dado que la infección por *T. cruzi* puede permanecer latente por años y reactivarse en condiciones de inmunosupresión, es fundamental mantener una actitud vigilante en poblaciones con factores de riesgo ocupacional, como los militares o veteranos expuestos a áreas rurales (4,5,10).

La literatura más reciente insiste en la necesidad de incluir la serología para *T. cruzi* como parte del tamizaje en personas con VIH procedentes

de zonas endémicas para la enfermedad de Chagas, incluso en contextos urbanos o no endémicos (2,4,14,15,16). El presente caso refuerza esa recomendación, ya que la detección fue incidental y no guiada por sintomatología evidente.

Conclusión

Este caso corresponde a una presentación infrecuente, pero clínicamente relevante de coinfección por VIH y *T. cruzi* en fase crónica indeterminada, diagnosticada de forma incidental en un paciente con múltiples comorbilidades y neoplasia activa. Pese al recuento bajo de CD4, no se identificó evidencia de reactivación ni compromiso orgánico atribuible a la enfermedad de Chagas, lo que permitió evitar el uso de terapia antitripanocida en esta etapa. Este escenario clínico pone de manifiesto la relevancia del tamizaje en poblaciones expuestas, el juicio clínico individualizado en la toma de decisiones terapéuticas, y la necesidad de fortalecer estrategias de vigilancia activa, especialmente en pacientes con VIH que hayan vivido o trabajado en zonas endémicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

1. Pérez-Molina JA, Molina I. Enfermedad de Chagas. Lancet. 2018 ene. 6;391(10115):82-94. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31612-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31612-4)
2. de Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN, Luquetti AO. Enfermedad de Chagas. Lancet. 2024 ene. 13;403(10422):203-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02256-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02256-4)
3. Hochberg NS, Montgomery SP. Enfermedad de Chagas. Ann Intern Med. 2023 feb 1;176(2):ITC17-32. <https://doi.org/10.7326/AITC202302070>
4. Hasslocher-Moreno AM, de Sousa AS, Xavier SS, Mendes FSN, Nunes EP, Jegerhorn Grinsztejn BG, et al. Perfil epidemiológico-clínico y mortalidad en pacientes coinfectados con *Trypanosoma cruzi*/HIV: experiencia de un centro de referencia brasileño. Rev Soc Bras Med Trop. 2022;55:e0240-2022. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0240-2022>
5. Almeida EA, Ramos AN Jr, Correia D, Shikanai-Yasuda MA. Coinfección *Trypanosoma cruzi*/VIH: revisión sistemática (1980-2010). Rev Soc Bras Med Trop. 2011 dic.;44(6):762-70. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000600022>
6. Shikanai-Yasuda MA, Mediano MFF, Novaes CTG, Sousa ASd, Sartori AMC, Santana RC, et al. Perfil clínico y mortalidad en pacientes con coinfección *Trypanosoma cruzi*/VIH de la base de datos multicéntrica de la “Red para la atención y estudio de la coinfección *Trypanosoma cruzi*/VIH y otras condiciones de inmunosupresión”. PLoS Negl Trop Dis. 2021 sep.;15(9):e0009809. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009809>

7. Martins-Melo FR, Ramos AN Jr, Alencar CH, Heukelbach J. Mortalidad relacionada con la coinfección enfermedad de Chagas y VIH/SIDA en Brasil. *J Trop Med*. 2012;2012:534649. <https://doi.org/10.1155/2012/534649>
8. Benchetrit AG, Fernández M, Bava AJ, Corti M, Porteiro N, Martínez Peralta L. Características clínicas y epidemiológicas de la infección crónica por *Trypanosoma cruzi* en pacientes con VIH/SIDA en Buenos Aires, Argentina. *Int J Infect Dis*. 2018 mzo.;67:118-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.11.027>
9. Kesper N, Ignacio JC Jr, Rocci RA, Cunha MA, Lindoso JAL, *et al*. Prevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* en una cohorte de personas que viven con VIH/SIDA en un área urbana. *Epidemiol Infect*. 2023 abr. 25;151:e72. <https://doi.org/10.1017/S095026882200187X>
10. Guidetto B, Tatta M, Latini V, Gonzales M, Riarte A, Tavella S, *et al*. Coinfección VIH y enfermedad de Chagas, ¿una enfermedad tratable? *Open Forum Infect Dis*. 2019 jul.;6(7):ofz307. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz307>
11. de Almeida EA, Mendes FSN, Ramos AN Jr, de Sousa AS, Pavan TBS, Mediano MFF, *et al*. Guías para la coinfección *Trypanosoma cruzi*-VIH y otras condiciones de inmunosupresión: diagnóstico, tratamiento, seguimiento e implementación de la Red Internacional de Atención y Estudios – 2023. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2023 dic.;56:e0549-2023. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0549-2023>
12. Pinazo MJ, Forsyth CJ, Lopez-Albizu C, Bisio MMC, González-Martínez A, Bohorquez L, *et al*. Uso clínico de métodos moleculares para la infección por *Trypanosoma cruzi* en países endémicos y no endémicos: beneficios, limitaciones y desafíos. *Front Parasitol*. 2023 nov.;2:1241154. <https://doi.org/10.3389/fpara.2023.1241154>
13. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Avances en el manejo clínico de la coinfección *Trypanosoma cruzi*/VIH en Brasil: informe técnico publicado en enero de 2024. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2024 ene.;55:eXXXX-2024. Disponible en: <https://en.sbmt.org.br/advances-in-the-clinical-management-of-chagas-disease-and-hiv-co-infection-in-brazil/>
14. Hasslocher-Moreno AM, Sousa AS, Xavier SS, Mendes FSNS, Nunes EP, Grinsztejn B, *et al*. Perfil epidemiológico-clínico y mortalidad en pacientes coinfectados con *Trypanosoma cruzi*/VIH: experiencia de un centro de referencia brasileño. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:e0240-2022. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0240-2022>
15. Hope TJ, Stevenson M, Richman D, editores. *Encyclopedia of AIDS*. Nueva York: Springer; 2018. Disponible en <https://web.nypl.org/research/research-catalog/bib/b21971939>
16. Vergara HD, Gómez CH, Faccini-Martínez ÁA, Herrera AC, López MJ, Camacho C, *et al*. Brote agudo de enfermedad de Chagas en personal militar, Colombia, 2021. *Emerg Infect Dis*. 2023 sept.;29(9):1882-5. <https://doi.org/10.3201/eid2909.230335>