

Megacolon chagásico en un adulto mayor

Chagasic colon enlargement in an elderly

Dra. Farah María Kindelán Mercerón,¹ Dr. Jorge Luis Pérez León^{II} y Dra. Olga Lén León Quindemil^{III}

¹ Policlínico Docente "30 de Noviembre", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Comunitario "Porfirio Valiente Bravo", Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Antonio Maceo", Ciudad de la Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 63 años de edad, con antecedente de constipación crónica, quien asistió al puesto de salud de Santa Johana del municipio de Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais, por presentar cansancio, decaimiento, constipación y distensión abdominal. Estos síntomas se correspondían con un megacolon chagásico; por tanto, fue remitido al Hospital Municipal de Itamarandiba donde se le indicó tratamiento quirúrgico. Luego de la colostomía la evolución fue favorable.

Palabras clave: adulto mayor, megacolon, enfermedad de Chagas, Brasil.

ABSTRACT

The case report of a 63 year patient, with history of chronic constipation who attended Santa Johana health institution in the municipality of Itamarandiba, Brazilian state of Minas Gerais, is presented due to tiredness, fatigue, constipation and enlarged abdomen. These symptoms were related to a chagasic colon enlargement; therefore, he was referred to Itamarandiba Municipal Hospital where surgical treatment was indicated. After colostomy the clinical course was favorable.

Key words: elderly, colon enlargement, Chagas disease, Brazil.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una infección sistémica cuyo agente causal es el protozoo *Trypanosoma cruzi*; fue descrita en 1909 por Carlos Chagas en el estado brasileño de Minas Gerais. Se transmite comúnmente a los humanos por un insecto vector, un tipo de chipo o chinche, que se alimenta de los animales mamíferos. Es una zoonosis en la cual participan un gran número de reservorios vertebrados y transmisores triatómicos; supera a otras afecciones parasitarias y se ubica como la tercera enfermedad infecciosa en América Latina,

después del sida y la tuberculosis. Se encuentra en extensas zonas rurales y suburbanas de la región, especialmente en Brasil, Chile, Argentina, Uruguay, Perú, Bolivia y Ecuador.¹⁻⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que esta enfermedad afecta entre 16 y 18 millones de individuos en el mundo. En América Latina existen alrededor de 35 millones infectados y 100 millones que estarían en riesgo de contraerla (25 % de la población). De hecho, por esta causa fallecen anualmente cerca de 50 000 personas.

Como se ha visto, esta afección continúa siendo un gran problema de salud en muchos países de Latinoamérica, a pesar de la eficacia de sencillas medidas preventivas e higiénicas, entre las cuales se encuentra: eliminar los insectos transmisores, que ha reducido a cero la aparición de nuevas infecciones en, al menos, 2 países de la región (Uruguay y Chile). Con el incremento de la migración de poblaciones, la probabilidad de transmisión por transfusión sanguínea ha llegado a ser sustancial en los Estados Unidos;⁸ pues aproximadamente 500 000 personas infectadas viven en ese país. A ello se adiciona que el *Tripanosoma cruzi* ha contagiado a marsupiales y mapaches en regiones que se extienden hasta Carolina del Norte.⁹

En Brasil la enfermedad de Chagas se considera un problema prioritario, siendo las partes centro, sur, este y noroeste del país las más afectadas, con zonas donde los pacientes presentan daño cardíaco severo o muerte súbita en jóvenes (llamada muerte del leñador). En los estados de Minas Gerais, Sao Paulo y Goiás suele observarse, con una frecuencia significativa, el megacolon y megaesófago.⁹

La citada enfermedad es bifásica, pues tiene una fase aguda que cuando no es tratada (consigue curaciones de 60-90 %) se desarrolla su etapa crónica, la cual es asintomática en 60-80 % de los individuos infectados de por vida y aquellos que no son atendidos pueden morir, debido a las complicaciones cardiovasculares, así como a la alteración de su calidad de vida causada por la disfagia, el estreñimiento y la distensión abdominal.^{8,9}

Ahora bien, el megacolon chagásico se produce por lesiones de los plexos nerviosos (distribución neuronal simpática) con consecuentes alteraciones de la motilidad y morfología; afecta a ambos sexos por igual, aunque en la última década se ha observado un predominio en los varones (60-75 %), con una amplia variedad de edades y como promedio los 53 años.⁹

El diagnóstico basado en la sospecha clínica es de laboratorio (inmunoanálisis) y parasitológico. Dado que no se dispone todavía de una vacuna, la única prevención es la lucha contra el vector; ello incluye que en el curso de un trasplante se tenga en cuenta la posibilidad de transmisión por sangre contaminada o por órganos.^{8,9}

Reconocida por la OMS como una de las 13 enfermedades tropicales más desatendidas en el mundo y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como una afección de la pobreza; ha sido un azote para la humanidad desde la época antigua y sigue siendo un problema relevante social y económico en muchos países de América Latina, tanto por su morbilidad como por su mortalidad.¹⁰

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 63 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de constipación crónica, quien ha tenido varios ingresos por esta causa y

desde su infancia vivió en la zona rural de la comunidad de Santa Johana del municipio de Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais. Refiere que desde hace aproximadamente 3 meses presenta cansancio con bastante facilidad, decaimiento y dificultad para defecar, a lo cual no le había dado importancia hasta que comenzó con otros síntomas, tales como distensión abdominal, meteorismo (acumulación de gases), eructo, ruidos intestinales y continuaba con dificultad para defecar, que solo lo lograba con la ayuda de té y laxantes; por tal motivo decide buscar ayuda médica especializada.

- Datos positivos al examen físico

- Mucosas: hipocoloreadas y húmedas
- Sistema cardiovascular: ruidos cardíacos arrítmicos y audibles, tensión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca (FC): 84 latidos/minutos
- Abdomen: distendido, ruidos hidroáereos presentes y normales, doloroso a la palpación superficial y profunda, presencia de un tumor móvil, alargado, fusiforme, algo firme, con timpanismo abdominal difuso y matidez contrastante en el área del cuadrante inferior izquierdo sobre la masa ya descrita

- Exámenes complementarios (se refieren los más importantes)

- Hemograma completo: Hb 10,5 g/L(disminuida)
- Ácido úrico: 3,4 mg/dL
- Triglicéridos: 114 mg/dL
- Urea sanguínea: 2,7 mg/dL
- Creatinina plasmática: 1,10 mg/dL
- Serología (VDRL): no reactiva
- VIH: no reactivo
- Electrocardiograma: ritmo sinusal dentro de los límites normales para su edad
- Rayos X de colón por enema: dilatación con alargamiento que se extiende al colon sigmoides.
- Ultrasonido abdominal: imágenes ecográficas que se corresponden con fecalota.
- Prueba de Chagas: positiva. Se repitió en 2 ocasiones y se corroboró el diagnóstico.

- Varias pruebas inmunológicas. Detección de anticuerpos específicos contra el parásito en la sangre

- Fijación del complemento
- Hemaglutinación indirecta
- Técnica de ELISA
- Aglutinación directa
- Aglutinación de partículas

Se corroboró su positividad.

El paciente fue tratado quirúrgicamente, se le realizó una colostomía y la evolución posquirúrgica ha sido favorable. Se le brinda seguimiento por el puesto de salud y consulta de cirugía, así como se enfatiza en las actividades educativas y de control en la comunidad, que tienen gran valor en el tratamiento preventivo de la Atención Primaria de Salud.

COMENTARIOS

Ante la presencia de un paciente con historia clínica de constipación crónica que habita en zona endémica, debe sospecharse como posibilidad diagnóstica la enfermedad de Chagas y el caso estudiado tiene esas características.

Resulta importante señalar que esta enfermedad generalmente se diagnostica cuando es crónica y se presentan complicaciones, dadas por alteraciones en el corazón y el sistema digestivo. En el caso expuesto la forma de presentación fue en el megacolon con una de las principales complicaciones, el fecalota, que conllevó a remitir al paciente para el Hospital Municipal de Itamarandiba, con el objetivo de que fuera evaluado por un cirujano, quien decidiría la conducta a seguir, su estudio y tratamiento.

El tratamiento puede ser clínico o quirúrgico, en dependencia de la gravedad del cuadro clínico del paciente y sus complicaciones. Por las características de este caso fue necesario realizar la colostomía. Ahora bien, cuando se requiere de terapia farmacológica se utiliza el benzonidazol (disponibilizado en Brasil), presentado en tabletas de 100 mg; se usa en dosis de 5-10 mg/kg /día divididas en 2 o 3 tomas diarias durante 60 días; la dosis máxima recomendada es de 300 mg/día, pero está contraindicado en gestantes. También se emplea el nifurtimox (8-15 mg/kg por 60-90 días). Ambos medicamentos son eficaces casi al 100 % para curar la enfermedad si se administran al comienzo de la infección en la etapa aguda, pues matan al parásito; sin embargo, su eficacia disminuye a medida que transcurre más tiempo desde el inicio de la infección.⁹

La prevención a través del control vectorial es la batalla más importante en la lucha contra esta afección. Las principales medidas deben estar orientadas hacia la vivienda de los seres humanos y de animales domésticos, tales como gallineros, palomares, conejeras, cuevas, nidos, dormitorios protegidos de otros animales y otros, donde se puede desarrollar el vector.¹⁰

Para eliminar la transmisión de esta enfermedad y brindarle asistencia sanitaria a las personas infectadas, tanto en los países donde el mal es endémico como en aquellos que no lo es, la OMS se propone aumentar el establecimiento de redes de trabajo a escala mundial y fortalecer la capacidad tanto regional como nacional para prestarle especial atención a lo siguiente:

- . Fortalecer los sistemas mundiales de vigilancia e información epidemiológicas.
- . Prevenir la transmisión mediante la transfusión sanguínea y el trasplante de órganos tanto en los países donde el mal es endémico como en aquellos donde no lo es.
- . Promover la identificación de pruebas diagnósticas para el cribado y el diagnóstico de la infección.
- . Ampliar la prevención secundaria de la transmisión congénita y la atención de los casos de infección innata, así como de otro tipo.
- . Impulsar el consenso sobre la atención adecuada de los pacientes.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. México: Secretaría de Salud; 2014.
2. Ramsey JM, Ordoñez R, Tello López A, Pohls JL, Sánchez Cordero V, Townsend Peterson AT. Actualidades sobre la epidemiología de la enfermedad de Chagas en México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. p. 85-103.
3. Vallejo MA, Reyes PA. Tripanosomiasis americana. ¿Un problema socio médico en México? Archivos del Instituto de Cardiología de México. 1996; 66:95-7.
4. Tay Zavala, Lara R, Gutiérrez M, Velasco O. Protozoosis transmitidas por artrópodos. Tripanosomiasis. En: Parasitología médica. 7 ed. México: Méndez Editores. p. 130-51.
5. Guillen-Pernía B, Lugo-Yarbuh A, Moreno E. Dilatación del tracto digestivo de ratones infectados con *Trypanosoma cruzi*. Invest Clín. 2001; 42(3):195-210.
6. Kirchhoff LV. American trypanosomiasis (Chagas disease)--a tropical disease now in the United States. N Engl J Med. 1993; 329(9):639-44.
7. Enfermedad de Chagas. [citado 8 Feb 2015]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Chagas
8. Karsten V, Davis C, Kuhn R. Trypanosoma cruzi in wild raccoons and opossums in North Carolina. J Parasitol. 1992; 78(3):547-9.
9. Neva FA. Tripanosomiasis Americana (enfermedad de Chagas). En: Arthur Ausiello D, Goldman L. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 23 ed. Madrid: Elsevier; 2009. p. 2383-7.
10. Organización Mundial de la Salud. La Enfermedad de Chagas. Nota descriptiva No. 340 [citado 20 Oct 2015]; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/>

Recibido: 18 de diciembre de 2015.

Aprobado: 24 de diciembre de 2015.

Farah María Kindelán Mercerón. Policlínico 30 de Noviembre, Calle 10 S/N entre General Miniet y Mendieta, Reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: kinde70@gmail.com