

AFECTACIÓN COLÓNICA EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. UN VIEJO ENEMIGO EN UN NUEVO CAMPO DE BATALLA.

Q. Arroyo-Martínez, C. Castro-Márquez, J. Romero-Vázquez, F. Pellicer-Bautista, A. Caunedo-Álvarez, J.M. Herrerías-Gutiérrez

UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

La Enfermedad de Chagas (EC) o Tripanosomiasis Americana es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida a los humanos a través de los insectos triatómicos. Presentamos el caso de un hombre de 56 años originario de Bolivia quien ingresa por presentar una evolución de 3 meses con dolor y distensión abdominal de moderada-gran intensidad y que refería además estreñimiento crónico de larga evolución. En los estudios radiológicos se documenta una estenosis a nivel de la unión recto-sigmoidea con un megacolon secundario sin evidencia de malignidad en biopsias obtenidas mediante rectosigmoidoscopia. La serología es positiva para tripanosomiasis y los estudios con contraste, tanto enema opaco como series esófago-gastro-duodenal revelan megacolon chagásico y afectación esofágica chagásica grado I. El paciente es manejado de forma conservadora con dilatación neumática y enemas de limpieza con buena evolución posterior.

Palabras clave: Chagas, megacolon, tripanosomiasis.

CORRESPONDENCIA

Quetzalihuítl Arroyo Martínez
UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena.
Avda. Dr. Fedriani, s/n. 41071 Sevilla, España
Teléfono fijo: 955008801

quetzalihuítl@hotmail.com

Abstract

Chagas disease (CHD) or American trypanosomiasis is a disease caused by the parasite *Trypanosoma cruzi* and transmitted to humans through Triatominae insects. We report the case of a 56-year-old man from Bolivia who was admitted because of three months pain and moderate-high bloating with also a long-standing chronic constipation. Imaging studies showed stenosis at the level of the rectosigmoid junction with secondary megacolon, without evidence of malignancy in the biopsies obtained by rectosigmoidoscopy. Serology was positive for trypanosomiasis and contrast-enhanced studies, both barium enema as double contrast upper-GI series, revealed a chagasic megacolon and grade I chagasic-esophageal involvement. The management of the disease was conservative using pneumatic dilation and cleansing enemas with good results.

Key words: Chagas, megacolon, trypanosomiasis.

Introducción

La Enfermedad de Chagas (EC) o Tripanosomiasis Americana es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida a los humanos a través de los insectos triatómicos. La Organización Mundial de la Salud estima que existen aproximadamente diez millones de personas infectadas en el mundo¹ pero las estadísticas podrían infraestimar el problema

debido a la falta de estudios epidemiológicos en los países donde esta enfermedad es endémica. La EC estuvo antiguamente limitada a países de América Latina pero hoy día, debido a la migración, se ha distribuido mundialmente².

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 56 años originario de Bolivia (región de Cochabamba) y viviendo en España los últimos 5 años quien ingresa por presentar una evolución de 3 meses con dolor y distensión abdominal de moderada-gran intensidad y quien refería además estreñimiento crónico de larga evolución y sensación de tenesmo rectal. Entre sus antecedentes patológicos destaca la realización de una cirugía abdominal realizada en Bolivia hacía 10 años por un aparente cuadro de obstrucción intestinal pero sin referir más detalles ni informes médicos adicionales. El examen físico reveló una cicatriz en línea media, distensión abdominal importante y leve dolor abdominal de localización difusa sin signos de peritonismo. Los estudios analíticos en sangre y la radiografía de tórax fueron normales. Las radiografías de abdomen mostraron una muy importante dilatación colónica con signos de obstrucción en recto-sigma (Figura 1). Se realizó una tomografía abdominal (Figura 2) que reveló una distensión colónica con un cambio de calibre a nivel de recto-sigma; tras estos hallazgos, una vez estabilizado el paciente y habiéndose descartado la presencia de una abdomen quirúrgico urgente se decide la realización de una sigmoidoscopia flexible (Figura 3) que demuestra la presencia de una estenosis en recto-sigma que dificulta hasta el punto de imposibilitar la progresión del endoscopio. Las biopsias obtenidas mostraron datos compatibles con cambios inflamatorios crónicos sin mostrar signos de malignidad por lo que se decide, ante la estabilidad clínica del paciente y la ausencia de otras complicaciones asociadas la realización de una segunda sigmoidoscopia para obtener nuevas biopsias y realizar una dilatación neumática endoscópica (Figura 4). Las muestras fueron nuevamente negativas para malignidad.



Figura 1 Radiografía simple de abdomen en decúbito y lateral que muestra una importante dilatación de colon hasta zona de sigma sin aire en ampolla rectal, hallazgos sugestivos de obstrucción de colon distal.

Radiografía simple de abdomen en decúbito y lateral que muestra una importante dilatación de colon hasta zona de sigma sin aire en ampolla rectal, hallazgos sugestivos de obstrucción de colon distal.

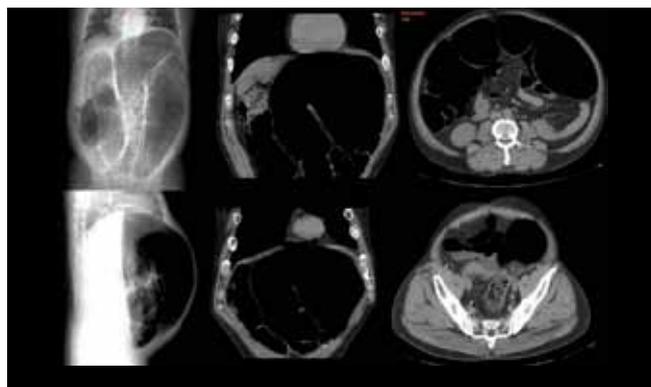


Figura 2 TAC de abdomen. Imágenes de barrido simple, corte coronal y axial que muestran una importante dilatación colónica. En la imagen inferior derecha se observa el cambio de calibre que corresponde a zona recto-sigmoidea.

TAC de abdomen. Imágenes de barrido simple, corte coronal y axial que muestran una importante dilatación colónica. En la imagen inferior derecha se observa el cambio de calibre que corresponde a zona recto-sigmoidea.

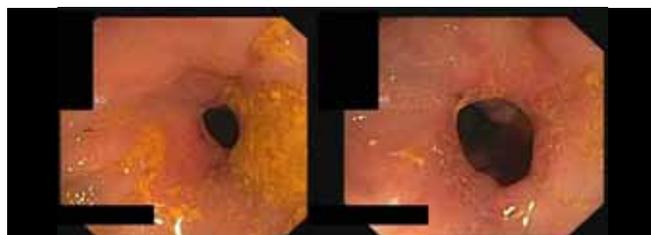


Figura 3 Imágenes que corresponden a la primera recto-sigmoidoscopia realizada. Se observa una estenosis en la unión recto-sigmoidea que imposibilita el paso del endoscopio.

Imágenes que corresponden a la primera recto-sigmoidoscopia realizada. Se observa una estenosis en la unión recto-sigmoidea que imposibilita el paso del endoscopio.

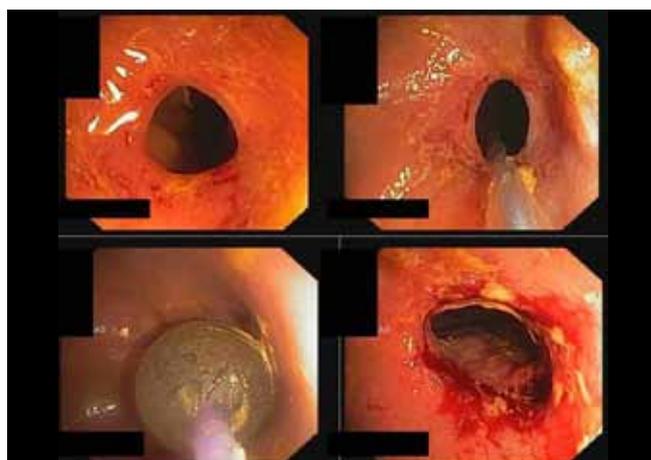


Figura 4 Imágenes que corresponden a la segunda recto-sigmoidoscopia realizada. En el estudio se muestra la estenosis documentada previamente y se procede a la toma de biopsias completándose el procedimiento mediante la dilatación neumática endoscópica.

Imágenes que corresponden a la segunda recto-sigmoidoscopia realizada. En el estudio se muestra la estenosis documentada previamente y se procede a la toma de biopsias completándose el procedimiento mediante la dilatación neumática endoscópica.

Debido al cuadro clínico y origen del paciente, se sospechó EC por lo que se decide la realización de un enema opaco y un esofagograma (Figura 4). El primero reveló megacolon con

reducción del diámetro en recto-sigma. El esofagograma mostró un esófago de diámetro normal pero con tránsito lento y leve retención del medio de contraste. La serología fue positiva para *Trypanosoma cruzi* por lo que se establecieron los diagnósticos de EC con megacolon Chagásico y afectación esofágica grado I. Entre otros estudios de extensión se realizó un ecocardiograma que fue informado como normal.

Discusión

En los últimos años la EC se ha convertido en un verdadero problema de salud en España donde no solo su diagnóstico sino el manejo de sus complicaciones tardías representan un reto para los profesionales médicos³, la realización de tratamientos tanto médicos como quirúrgicos en sus países de origen no viene sino a dificultar esta labor ya que, en muchos casos, nos encontraremos con pacientes sin tratamientos previos, parcialmente tratados o con afectación orgánica secundaria que en muchos casos desconocerán el hecho de ser portadores de esta enfermedad. La afectación gastrointestinal en la EC es el resultado de la destrucción de las neuronas del plexo entérico que finalmente condicionarán alteraciones de la peristalsis y más tardíamente, megavisceras⁴ y cuyo tratamiento dependerá del tiempo de evolución de la enfermedad así como el grado de afectación orgánica y la sintomatología que condicione.

En nuestro paciente, la imagen endoscópica de afilamiento, una vez descartado el origen neoplásico nos sugiere estenosis postquirúrgica exacerbada por la afectación chagásica del colon más que disfunción del plexo entérico, ya que cuando las estenosis relacionadas a disfunción de plexo entérico ocurren, estas son clásicamente secundarias a fenómenos de daño y reparación continuados (e.g., impactación fecal, ulceración y fibrosis secundaria) y, por tanto, hubiera sido necesario un mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

En nuestro caso, una vez realizado el diagnóstico, la combinación de enemas de limpieza y dilatación neumática endoscópica, siguiendo las guías españolas⁵ resultaron efectivos para el alivio de la sintomatología con lo que se evitó una cirugía de urgencia. A la fecha el paciente mantiene buen control de su sintomatología requiriendo de forma ocasional la aplicación de enemas evacuantes. Este caso ejemplifica la importancia de tener presente la Enfermedad de Chagas en el algoritmo diagnóstico inicial del megacolon, especialmente en pacientes procedentes de áreas endémicas a fin de evitar procedimientos quirúrgicos urgentes que pudieran resultar innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Expert Committee on the Control of Chagas Disease (2000: Brasilia, Brazil). Control of Chagas Disease: second report of the WHO Expert Committee. WHO technical report series; 905: I- VI:1-109.
2. Schmunis G. Epidemiology of Chagas disease in non endemic countries: the role of international migration. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2007;102:75–85.
3. Gascon J, Pinazo MJ. Control de la transmisión vertical del *T. cruzi* en España: principal reto de la patología importada en España. *Enf Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:607–8.
4. Iantorno G, Bassotti G, Kogan Z, et al. The Enteric Nervous System in Chagasic and Idiopathic Megacolon. *Am J Surg Pathol*. 2007;31:460–8.
5. Pinazo MJ, Cañas E, Elizalde JI, et al. Diagnosis, management and treatment of chronic Chagas' gastrointestinal disease in areas where *Trypanosoma cruzi* infection is not endemic. *Gastroenterol Hepatol*. 2009. doi:10.1016/j.gastrohep.2009.07.009