

Megaesófago chagásico. Informe de un caso

Cap. 1/o. Pas. Med. Verónica Fabiola Martínez Espinosa,* Tte. Cor. M.C. J. Antonio Frías Salcedo**

Hospital Central Militar
Ciudad de México

RESUMEN. El *Trypanosoma cruzi* es un parásito protozoario que causa la enfermedad de Chagas, que es endémica en México. Los riesgos de infección están relacionados a la exposición a insectos que albergan a *T. cruzi* o por transfusión sanguínea de un donador infectado.

La enfermedad de Chagas es uno de los problemas de salud pública más importantes en México y Sudamérica. La migración de zonas rurales a zonas urbanas ha contribuido a diseminar la enfermedad. Los blancos principales de la enfermedad dentro del cuerpo son: el corazón, el aparato digestivo y el sistema nervioso. En la fase aguda de la enfermedad el parásito responsable puede ser identificado por un examen sanguíneo directo.

Palabras clave: esófago, enfermedad de Chagas, análisis, *trypanosoma cruzi*.

El *Trypanosoma cruzi* es un protozoo mastigóforo perteneciente a la familia *Trypanosomatidae*, en cuyo ciclo biológico intervienen mamíferos y un insecto vector. Los huéspedes mamíferos pueden ser el hombre y algunos animales domésticos (el perro o el gato) o silvestres (diversos mamíferos, especialmente, los roedores y los carnívoros).

Los triatomas se infectan al ingerir la sangre de los mamíferos que contienen tripomastigotos. En el lumen del intestino medio del insecto, los parásitos se multiplican muy activamente como epimastigotos por fisión binaria y al cabo de quince a treinta días, se desarrollan los tripomastigotos metacíclicos en el intestino posterior del triatoma. Cuando el insecto infectado pica al mamífero, emite deyecciones con tripomastigotos metacíclicos que se introducen en las células del tejido laxo, vecino al sitio de penetración, y adquieren la forma de amastigotos. Los amastigotos se multiplican por fisión binaria, repletan la célula, que termina por romperse, y salen los parásitos a la circulación bajo el aspecto de tripomastigoto, diseminándose por todo el organismo. Estos tripomastigotos penetran a nuevas células, se transforman en mastigotos para reproducirse, romper células repletas de parásitos y vuelven a circular como tripomastigotos, repitiendo muchas veces este ciclo. El ciclo biológico se completa cuando los tripomastigotos son ingeridos por los triatomas

SUMMARY. *Trypanosoma cruzi*, the protozoan parasite that causes Chagas' disease, is endemic in Mexico. Risk of infection is related to exposure to insects harboring *T. cruzi* or to the transfusion of blood from an infected donor.

Chagas' disease is one of the most important public health problems in South America and Mexico. Migrations from rural areas into urban zones have contributed to spread the disease. The main targets of disease within the body are the heart, the digestive tract, and the nervous system. In the acute phase of the disease, the parasite responsible for the disease can be identified in blood by direct examination.

Key words: esofagous, Chagas' disease, analysis, *trypanosoma cruzi*.

hematófagos. Los vectores más importantes para el ciclo doméstico son: el *Panstrongylus magistus*, *Triatoma infestans* y *Rhodnius prolixus* y para el ciclo selvático el *P. geniculatus*, *P. lignarus* y *Triatoma diminata*.

Informe del caso

Se trata de un paciente del sexo masculino de 67 años originario de Pinotepa Nacional, Oaxaca, con antecedentes de importancia de ser fumador los últimos tres años de un cigarro diario, analfabeta, etilismo negativo y alérgico a la penicilina.

Acude a consulta por síntomas urológicos de polaquiuria, disuria y goteo terminal, refiere además síntomas de insuficiencia respiratoria ocasional por lo que se le procedió a tomar radiografía de tórax encontrándose como hallazgo radiológico ensanchamiento del mediastino además de infiltrado apical derecho. A la exploración se le detectó aumento de volumen en el retropié con cicatriz de herida padecida 40 años antes, además de hipertrofia prostática grado I-II. Se realizó estudio radiográfico del pie en donde se observó destrucción ósea y fusión de los huesos del retropié que no limitaba la marcha, la lesión involucraba piel y tejidos blandos. Se le realizaron estudios de laboratorio tales como: biometría hemática, antígeno prostático, urocultivo, examen general de orina y BAAR en expectoración. En todos los resultados se encontraron normales y el BAAR en la expectoración y el urocultivo fueron negativos.

Se realizó serie esófago-gastro-duodenal en donde se observó dilatación de esófago alcanzando tres veces su diámetro

* Alumna de la Escuela Médico Militar. cursando 6o. año de la Carrera.

** Titular de la materia de Infectología impartida en la Escuela Médico Militar.

normal. Por lo cual se pensó en acalasia o megaesófago por enfermedad de Chagas. Se le practicó la reacción de Machado-Guerrero con resultado positivo y se mandó muestra sanguínea al INDRE para *Tripanosoma cruzi* encontrándose francamente positivo. El paciente fue dado de alta unas semanas más tarde con el diagnóstico de megaesófago chagásico.

El paciente no regresó a sus consultas posteriores y se perdió su seguimiento.

Discusión

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas debe fundamentarse en antecedentes epidemiológicos y clínicos.²

Entre los primeros, es importante conocer la procedencia del enfermo, tanto actual como del pasado, puesto que las manifestaciones de la etapa crónica tardan años en aparecer, habitualmente más de diez años, después del contacto con triatomíneos. En la etapa crónica debe pensarse en ella frente a las cardiomiopatías y a cualquier cuadro de megaformación especialmente digestiva.

La enfermedad de Chagas constituye uno de los principales problemas de salud en diversos países latinoamericanos. Los triatomas, que transmiten la infección por *T. cruzi* se distribuyen en un área que se extiende desde el paralelo 43° de latitud norte (sur de California), hasta el paralelo 49° latitud sur (región central de la Argentina).³ En esta extensa región, prevalecen las condiciones ecológicas favorables para la transmisión y la perpetuación de la parasitosis.

La severidad e irreversibilidad de las lesiones cardíacas y de otros órganos, provocan invalidez y mortalidad entre los grupos económicamente activos. Sin embargo, las estadísticas sanitarias no reflejan la verdadera magnitud del problema, porque la enfermedad prevalece en zonas suburbanas o rurales donde la atención médica no capta, en su integridad, la importancia de la infección.

Las lesiones en el esófago en su fase crónica se producen por mecanismos inmunológicos que se caracterizan por presencia de infiltrados linfocitarios difusos y son muy escasos los parásitos tisulares. El tubo digestivo, principalmente el



Figura 1. Serie esofagogastroduodenal con franca dilatación en todo el esófago, compatible con megaesófago.

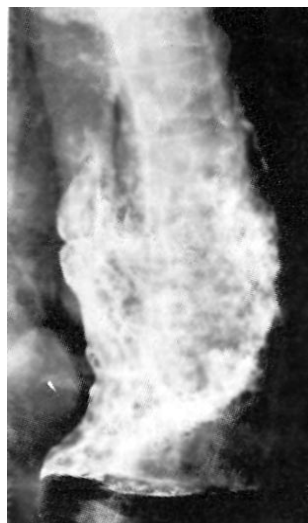


Figura 2. En la fase de mayor llenado con medio de contraste se evidencia la dilatación esofágica.

esófago, aparece muy elongado y muy dilatado con hipertrofia de la capa muscular que son muy característicos de la fase crónica de la tripanosomiasis.

Una proporción no determinada de enfermos chagásicos desarrollan trastornos del tubo digestivo que rematan en la formación de megaesófago y de megacolon. Los trastornos de la motilidad del esófago provocan disfagia, dolor epigástrico o retroesternal y regurgitaciones.⁴ Rezende⁵ ha descrito varias fases evolutivas de esta afección; en la primera, el esófago es de calibre normal pero existe ya el de acalasia, con retardo del tránsito esofágico; luego, aparece la dilatación del órgano, con la producción del megaesófago propiamente dicho, que puede alcanzar dos a tres veces el calibre normal y en los casos extremos se agrega la elongación del órgano.

A medida que avanza el megaesófago la sintomatología también aumenta; en las etapas avanzadas el esófago prácticamente no transporta su contenido con retención por largo tiempo a la altura del cardias. Los pacientes se desnutren y sufren frecuentes infecciones del aparato respiratorio. Cuando el megaesófago se desarrolla en un niño provoca alteraciones en el crecimiento y del estado nutricional conduciendo a un verdadero enanismo chagásico.⁴

Un estudio realizado en una comunidad rural de Oaxaca, reveló que 30 (29%) de 104 pacientes portaban anticuerpos anti-*Tripanosoma cruzi*. Esta alta prevalencia de señales de seropositividad es importante en la circulación del parásito.⁶

Referencias

1. Vallejo M, Reyes PA. American trypanosomiasis. A sociomedical problem in Mexico. Arch Inst Cardiol Mex 1996; 66(2): 95-7.
2. Prata A. Chagas' disease. Infect Dis Clin North Am 1994; 8(1): 61-76.
3. Moncayo A. Chagas disease: epidemiology and prospects for interruption of transmission in the Americas. World Health Stat Q 1992; 45(2-3): 2769.
4. Atías A. Enfermedad de Chagas digestiva en Chile. Experiencia de 20 años. Bol Hosp San Juan de Dios 1980; 27: 251-7.
5. Rezende JM. Forma digestiva da molestia de Chagas. Rev Goiana Med 1959; 5: 193-227.
6. Rueggsegger de Gutierrez GL, Monteon VM, Reyes PA. American Trypanosomiasis (Chagas' disease). A clinico-serological survey in a rural community of Oaxaca. Arch Inst Cardiol Mex 1993; 63(2): 145-8.