

ARTÍCULO ORIGINAL

Manifestaciones digestivas en pacientes con enfermedad de Chagas-Mazza

Digestive symptoms in patients with Chagas' disease

MSc. Dr. Juan Mario Reyes Vera¹

MSc. Dr. Manuel Lara Martín²

Dra. Sara Esther Díaz Oliva³

Dr. Ignacio Morales Martínez⁴

Dra. Esther Lidia González González⁵

¹ Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: juanmr@hped.vcl.sld.cu

² Máster en Enfermedades infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: mlara@hped.vcl.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar las manifestaciones digestivas en pacientes con tripanosomiasis americana se realizó un estudio descriptivo transversal en una población constituida por los 130 pacientes con anticuerpos IgG positivos para *Trypanosoma cruzi* atendidos en el Centro médico de diagnóstico integral "Victoria Sur", del Municipio José F. Ribas, Estado de Aragua, República Bolivariana de Venezuela, desde marzo de 2012 a febrero de 2013. El grupo de edad más afectado fue el de 61 años y más y no se encontró predominio en cuanto al sexo; predominaron los pacientes asintomáticos, seguidos de los que padecen manifestaciones digestivas; la gingivoestomatitis fue el hallazgo clínico más encontrado, le siguen los trastornos dispépticos y la hepatomegalia, el megacolon con constipación crónica, la acalasia esofágica y el megaesófago. Se detectó hepatitis B en cuatro pacientes y C en dos.

Palabras clave: enfermedad de Chagas, signos y síntomas digestivos

ABSTRACT

In order to characterize the gastrointestinal manifestations in patients with American trypanosomiasis a descriptive cross-sectional study was conducted in a population consisting of 130 patients with positive IgG antibodies to *Trypanosoma*

cruzi treated at the "Victoria South" Medical Center of integral diagnostic from José F. Ribas, municipality, Aragua State, Bolivarian Republic of Venezuela, from March 2012 to February 2013. The most affected age group was 61 years and over and not predominantly found in sex; asymptomatic patients predominated, followed by those with digestive symptoms; gingivostomatitis was the clinical finding was found, followed dyspeptic disorders and hepatomegaly, megacolon with chronic constipation, esophageal achalasia and megaesophagus. Hepatitis B was detected in four patients and C in two.

Key words: Chagas disease, digestive signs and symptoms

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas-Mazza, que debe su nombre a los médicos Carlos Chagas y Salvador Mazza, es la causa de 12 500 muertes y afecta a más de 10 millones de personas cada año en América Latina.¹⁻³ También conocida como tripanosomiasis americana es una parasitosis hística-hemática producida por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi*. Es endémica de las regiones tropicales de América del Sur y Central, donde se considera uno de los principales problemas de salud pública.⁴ Cursa con un largo período de incubación, pero con una respuesta humoral de rápida aparición en el ser humano, por lo que para la detección precoz de los casos es de relevante importancia la serología, a través de la que son diagnosticados aquellos pacientes con resultado positivo en dos muestras de sangre con cualquiera de los métodos serológicos nombrados de los ensayos serológicos establecidos: inmunofluorescencia, hemaglutinación o fijación del complemento.^{5,6}

Luego de la picadura por un insecto hematófago (*Triatoma infestans*) el comienzo de las molestias es súbito, el enfermo presenta fiebre, escalofríos, cefalea, polimialgias, malestar general y anorexia -estos signos solo se ven en un 4% del total de las formas agudas-. El habón de inoculación tiende a desaparecer espontáneamente al cabo de dos o tres meses. Pasado el primer mes, el enfermo entra en el período de latencia, que puede durar años, y durante ese tiempo el paciente está asintomático y solo se pone en evidencia la enfermedad por medio del examen serológico; la mayor parte de las personas permanece en este período el resto de sus vidas.

El llamado período crónico, por lo general, es una manifestación tardía de la infección y se encuentra en casi un 15% de quienes han padecido el contagio, sus manifestaciones están en relación directa con las alteraciones a diferentes órganos o sistemas -los más afectados son el cardiovascular y el digestivo-.^{7,8}

Estos trastornos digestivos fueron señalados en 1916 por Chagas, que los relacionó con el llamado "mal del engasgo", que consiste en la disfagia en enfermos chagásicos. Se han descrito dilataciones numerosas de los órganos huecos -megaesófago, megaduodeno, megaíleon, megavesícula, megaciego, megacolon, megasigma, megarecto y megavejiga- e incontinencias de los esfínteres. En otros pacientes se describen dolores abdominales, dispepsia funcional, constipación, desnutrición proteico-energética y avitaminosis.^{1,7}

Cuba no está localizada en un área endémica de esta enfermedad, pero se encuentra muy cerca de zonas de alta prevalencia de casos. Entre los países del área, especialmente Venezuela, y Cuba existen estrechos vínculos, por lo que es prudente realizar una investigación sobre esta enfermedad con el objetivo de

caracterizar las manifestaciones digestivas en pacientes diagnosticados con tripanosomiasis americana y de ayudar a su conocimiento y al manejo diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en una población constituida por los 130 pacientes diagnosticados con tripanosomiasis americana en el Centro médico de diagnóstico integral "Victoria Sur", del Municipio José F. Ribas, Estado de Aragua, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de marzo de 2012 a febrero de 2013. Se utilizó como medio diagnóstico para la confirmación de la enfermedad de Chagas-Mazza el UMELISA Chagas, técnica inmunoenzimática muy difundida en el mundo que posibilita la detección de anticuerpos IgG específicos de *Trypanosoma cruzi* en muestras de suero humano. A todos los pacientes con dos o más muestras de laboratorio positivas en la detección de dicho anticuerpo se les confirmó el diagnóstico y se les revisaron sus historias clínicas individuales (interrogatorio, examen físico y estudios de laboratorio e imagenológicos) para obtener los datos necesarios para la investigación. Dentro de los que se encuentran: ecografía abdominal, exámenes hemoquímicos -hemograma completo, alaninoaminotransferasa (ALT) y aspartatoaminotransferasa (AST)- y estudios contrastados del aparato digestivo superior. Se determinaron los marcadores virales: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBAGs) y anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (Anti VHC). Estos datos fueron procesados en el programa SPSS versión 15.0 para Windows. Se aplicaron técnicas de estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según la edad y el sexo: resultó casi similar la cantidad de mujeres (66, 50.76%) y de hombres (64, 49.23%). La mayor cantidad de pacientes afectados estuvo en el grupo de mayores de 60 años (57, 43.84%).

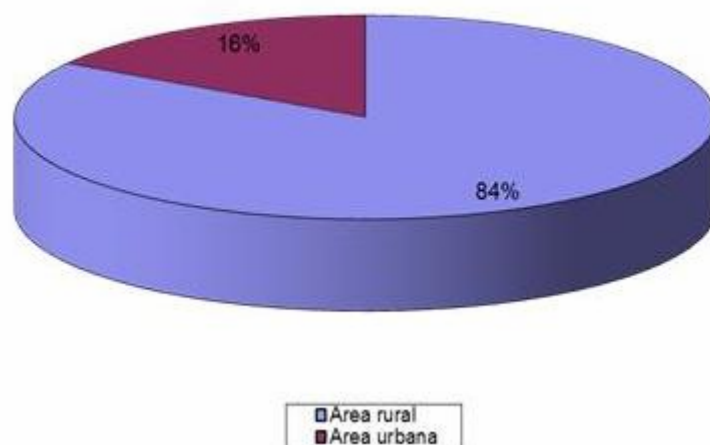
Tabla 1. Distribución de los pacientes según la edad y el sexo

Grupo de edades	Femenino	Por ciento	Masculino	Por ciento	Total	Por ciento
Hasta 20 años	4	3.07	1	0.76	5	3.84
De 21 a 40 años	16	12.31	9	6.92	25	19.23
De 41 a 60 años	23	17.69	20	15.38	43	33.07
61 y más años	23	17.69	34	26.15	57	43.84
Total	66	50.76	64	49.23	130	100.0

Fuente: historias clínicas

Los pacientes procedían de áreas rurales (109,84%) y urbanas (21,16%) –gráfico 1-.

Gráfico1. Procedencia del paciente



La tabla 2 muestra los síntomas hallados: predominaron los pacientes asintomáticos (61, 46.92%), seguidos de los casos con alguna manifestación digestiva (43, 33.40%) y con manifestaciones fuera del aparato digestivo (38, 29.23%).

Tabla 2. Manifestaciones clínicas en los pacientes con tripanosomiasis

Manifestaciones clínicas	Cantidad	Por ciento
Asintomáticos	61	46.92
Manifestaciones digestivas	43	33.40
Manifestaciones extradiestivas	38	29.23

Fuente: historias clínicas

En cuanto al desglose de las manifestaciones del aparato digestivo se apreció que la gingivoestomatitis fue la de mayor presentación (15, 11.53%), seguida de la dispepsia funcional (10, 7.69%) y de la hepatomegalia (5, 3.84%). Se detectaron enfermedades clínicas que se incluyen en la investigación aunque no tienen relación directa con la enfermedad de Chagas, pero son enfermedades digestivas: las hepatitis por virus B (4, 3.07%) y C (2, 1.53%). Dentro de los trastornos del colon la constipación fue detectada en cuatro enfermos (3.07%), la acalasia en tres (2.30%), el megaesófago en dos (1.53%) y la esofagitis péptica en tres (2.30%).

Tabla 3. Enfermedades digestivas en los pacientes con enfermedad de Chagas-Mazza

Enfermedades digestivas	Cantidad	Por ciento
Gingivoestomatitis	15	11.53
Dispepsia funcional	10	7.69
Hepatomegalia	5	3.84
Constipación crónica con megacolon	4	3.07

Hepatitis B	4	3.07
Esofagitis péptica	3	2.30
Acalasia	3	2.30
Megaesófago	2	1.53
Hepatitis C	2	1.53

Fuente: historias clínicas

DISCUSIÓN

Algunos autores coinciden al plantear que no existe relación entre la edad y el sexo de los pacientes con esta enfermedad. En esta muestra la mayor cantidad de pacientes afectados estuvo en el grupo de mayores de 60 años debido a la larga estadía y a la evolución de la fase crónica de la enfermedad -su duración depende de la gravedad que alcance el proceso-.⁹

El lugar de procedencia de estos pacientes fue, predominante, la zona rural (84%), lo que facilita la transmisión del agente causal, situación bien demostrada en la literatura especializada.¹⁰⁻¹²

El hallazgo de casos asintomáticos es frecuente en este tipo de enfermedad, en la que la fase libre de síntomas, llamada de latencia, es de larga evolución, incluso de años. Esto está bien demostrado en la literatura revisada, aunque en menor proporción que en el presente estudio.¹³

La sepsis oral con afectación gingival ha sido hallada en otras investigaciones^{7,14} y los trastornos funcionales del tubo digestivo como la dispepsia se encontraron en la investigación de Jackson y colaboradores.¹⁵ En este estudio al 3.84% de los casos se les detectó hepatomegalia como único hallazgo clínico pues los estudios de enzimas hepáticas -las ALT y las AST- fueron normales, así como los marcadores virales para hepatitis B y C. Similares resultados fueron expuestos en otra investigación;¹⁶ sin embargo, de los seis pacientes que padecían hepatitis B o C ninguno tenía hepatomegalia demostrada por examen físico ni por ultrasonido. La afectación por estos agentes hepatotrópos, aunque no tiene relación directa con la tripanosomiasis, fue hallada en otras series.^{16,17}

En los pacientes con constipación crónica se demostró (en los estudios radiológicos) la presencia de megacolon. No se les practicaron procedimientos diagnósticos manométricos por la imposibilidad de realizar dicha técnica en el lugar de la investigación; otros autores también han comunicado el hallazgo de dicha alteración.^{17,18}

A pesar de que el megaesófago y la acalasia esofágica están ampliamente vinculados a la tripanosomiasis americana en esta serie ambos se demostraron con más baja frecuencia.^{10,19,20} La esofagitis péptica en el curso de una enfermedad por reflujo gastroesofágico se encontró en la endoscopia digestiva superior realizada, lo que coincide con otra investigación.²⁰

La enfermedad de las megavísceras se caracteriza, macroscópicamente, por su gran aumento de tamaño y, microscópicamente, por la desaparición de células nerviosas de los plexos de Auerbach, además de la inflamación de la parte muscular con desintegración de las fibras musculares. En esta serie solo se encontraron el megaesófago y el megacolon.

Con los resultados expuestos se demuestra la frecuente afectación del sistema digestivo en pacientes con tripanosomiasis. En este trabajo fue el segundo aparato

afectado con la presencia de múltiples hallazgos y se destacaron, en casi la cuarta parte del universo de estudio, la gingivoestomatitis y los trastornos dispépticos; quedaron, en mucha menor proporción y con un ínfimo porcentaje, la hepatomegalia, el megacolon, la acalasia, el megaesófago y, por último, la esofagitis péptica. A pesar de encontrar pacientes con marcadores positivos para el virus B y C de la hepatitis no hay relación directa demostrada entre esta positividad y la presencia de tripanosomiasis americana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llovet I, Dinardi G, De Maio FG. Mitigating social and health inequities: community participation and Chagas disease in rural Argentina. *Glob Public Health*. 2011 Jun;6(4):371-84.
2. Bowman NM, Kawai V, Gilman RH, Bocangel C, Galdos-Cardenas G, Cabrera L, et al. Autonomic dysfunction and risk factors associated with *Trypanosoma cruzi* infection among children in Arequipa, Peru. *Am J Trop Med Hyg*. 2011 Jan;84(1):85-90.
3. Guerrero L, Pinazo MJ, Posada E, Gascón J, Ribas J, Soy DK. A high-performance liquid chromatographic method for benznidazole quantitation in plasma of patients with Chagas disease. *Clin Chem Lab Med*. 2011 Jan;49(1):77-82. doi: 10.1515/CCLM.2011.014 Epub 2010 Nov 18.
4. Carod-Artal FJ. American tripanosomiasis. *Handb Clin Neurol*. 2013;114:103-23. doi: 10.1016/B978-0-444-53490-3.00007-8
5. Gilber SR, Alban SM, Gobor L, Bescrovaine Jde O, Myiazaki MI, Thomaz-Soccol V. Comparison of conventional serology and PCR methods for the routine diagnosis of *Trypanosoma cruzi* infection. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013 May-Jun;46(3):310-5. doi: 10.1590/0037-8682-0046-2013.
6. Cervantes-Landín AY, Martínez-Martínez I, Reyes PA, Shabib M, Espinoza-Gutiérrez B. Standardization of Dot-ELISA for detection of anti-*Trypanosoma cruzi* antibodies, compared to ELISA and Western blot. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013 Jul 24 pii: S0213-005X(13)00169-9. doi: 10.1016/j.eimc.2013.05.006.
7. Dos Santos JP, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Nutritional aspects associated with chronic *Trypanosoma cruzi* (Chagas 1909) infection among older adults: Bambuí Project. *Cad Saude Publica*. 2013 Jun;29(6):1141-8.
8. Cesa K, Caillouët KA, Dorn PL, Wesson DM. High *Trypanosoma cruzi* (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) prevalence in *Triatoma sanguisuga* (Hemiptera: Reduviidae) in southeastern Louisiana. *J Med Entomol*. 2011 Sep;48(5):1091-4.
9. Schechter RB, Lemme EM, Novais P, Biccias B. Achalasia in the elderly patient: a comparative study. *Arq Gastroenterol*. 2011 Jan-Mar;48(1):19-23.
10. Santana Kde S, Bavia ME, Lima AD, Guimarães IC, Soares ES, Silva MM, et al. Spatial distribution of triatomines (Reduviidae: Triatominae) in urban areas of the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Geospat Health*. 2011 May;5(2):199-203.
11. Grijalva MJ, Villacís AG, Ocaña-Mayorga S, Yumiseva CA, Baus EG. Limitations of selective deltamethrin application for triatomine control in central coastal Ecuador. *Parasit Vectors*. 2011 Feb 18;4:20. doi: 10.1186/1756-3305-4-20.
12. Pineda V, Saldaña A, Monfante I, Santamaría A, Gottdenker NL, Yabsley MJ, et al. Prevalence of trypanosome infections in dogs from Chagas disease endemic regions in Panama, Central America. *Vet Parasitol*. 2011 Jun 10;178(3-4):360-3. doi: 10.1016/j.vetpar.2010.12.043. Epub 2011 Jan 11
13. Fabbro DL, Olivera V, Bizai ML, Denner S, Diez C, Mancipar I, et al. Humoral immune response against P2 β from *Trypanosoma cruzi* in persons with chronic Chagas disease: its relationship with treatment against parasites and myocardial damage. *Am J Trop Med Hyg*. 2011 Apr;84(4):575-80. doi: 10.4269/ajtmh.2011.10-0261.
14. Añez N, Crisante G, Caraballo F, Delgado W, Parada H. *Trypanosoma cruzi* persistence at oral inflammatory foci in chronic chagasic patients. *Acta Trop*. 2011 Mar;117(3):207-11. doi: 10.1016/j.actatropica.2010.12.010. Epub 2011 Jan 5.

15. Jackson Y, Alirol E, Getaz L, Wolff H, Combescure C, Chappuis F. Tolerance and safety of nifurtimox in patients with chronic chagas disease. *Clin Infect Dis*. 2010 Nov 15;51(10):e69-75. doi: 10.1086/656917 Epub 2010 Oct 8.
16. Carrera-Silva EA, Guiñazu N, Pellegrini A, Cano RC, Arocena A, Aoki MP, et al. Importance of TLR2 on hepatic immune and non-immune cells to attenuate the strong inflammatory liver response during *Trypanosoma cruzi* acute infection. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010 Nov 2;4(11):e863. doi: 10.1371/journal.pntd.0000863
17. Neto JP, Lyra IM, Reis MG, Goncalves MS. The association of infection and clinical severity in sickle cell anaemia patients. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2011 Mar;105(3):121-6. doi: 10.1016/j.trstmh.2010.11.007..Epub 2011 Jan 8
18. Da Silveira AB, de Oliveira EC, Neto SG, Luquetti AO, Fujiwara RT, Oliveira RC, et al. Enteroglial cells act as antigen-presenting cells in chagasic megacolon. *Hum Pathol*. 2011 Apr;42(4):522-32. doi: 10.1016/j.humpath.2010.06.016 Epub 2011 Jan 3.
19. Vicentine FP, Herbella FA, Allaix ME, Silva LC, Patti MG. Comparison of idiopathic achalasia and Chagas' disease esophagopathy at the light of high-resolution manometry. *Dis Esophagus*. 2014 Feb-Mar;27(2):128-33. doi: 10.1111/dote.12098. Epub 2013 Jun 24.
20. De Souza DH, Vaz Mda G, Fonseca CR, Luquetti A, Rezende Filho J, de Oliveira EC. Current epidemiological profile of Chagasic megaesophagus in Central Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013 May-Jun;46(3):316-21. doi: 10.1590/0037-8682-0065-2013.

Recibido: 6- 9 -13

Aprobado: 26-11-13

Juan Mario Reyes Vera. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Avenida 26 de Julio y 1ra. Reparto Escambray, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200
Teléfono:(53)(42)271745. Correo electrónico: juanmr@hped.vcl.sld.cu