



CARTA CLÍNICA

Enfermedad de Chagas: la amenaza oculta



Chagas disease: A hidden threat

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, de nacionalidad boliviana, que reside en España desde hace 9 años y que acude a consulta por presentar disnea, palpitations y síncope con el ejercicio, en 2 ocasiones.

En la anamnesis destacaba dispepsia y estreñimiento de años de evolución. También refería haber vivido en una zona rural en Bolivia y tener conocimiento del vector transmisor (chinche). En la exploración física se detectó una bradicardia, confirmada posteriormente con tira de electrocardiograma (ECG), con ritmo sinusal.

Tras sospecha de enfermedad de Chagas (EC), se solicitaron pruebas serológicas, enzimo-inmunoanálisis (ELISA) e inmunofluorescencia indirecta, así como PCR para la detección de *Trypanosoma cruzi*; todos los resultados fueron positivos.

Se envió a la consulta especializada de Enfermedades Tropicales de referencia, donde se completaron los estudios. La radiografía de tórax y el ecocardiograma fueron normales, y el ECG Holter de 24 h reveló bradicardia sinusal no sostenida.

Por último, se descartó enfermedad esofagogastrointestinal mediante estudios baritados. Se inició tratamiento con benznidazol e ivermectina para la parasitosis por *Strongyloides* que asociaba la paciente.

El caso clínico describe síntomas asociados a la EC o tripanosomiasis americana en su fase crónica, que solo presentan un 20 a 30% de los pacientes infectados. La enfermedad aguda es habitualmente asintomática, y las formas crónicas requieren entre 10-30 años de período de latencia desde la primoinfección para dar síntomas clínicos¹.

La infección vectorial, en zonas endémicas, aparece tras ser picado el humano por el flebótomo (chinche o vinchuca); posteriormente la herida o mucosas son contaminadas con las heces infectadas que contienen el *Trypanosoma cruzi*. En los países no endémicos, la infección ocurre por transmisión vertical y transfusión de hemoderivados o trasplante de órganos de donantes infectados².

El protozoo produce parasitemia en su forma flagelada de tripomastigote, e invade de forma selectiva las células musculares estriadas y lisas, y células ganglionares. Más tarde, evoluciona a su forma amastigote, en el interior de estas células, y provoca daño orgánico. Tiempo después cambia

de nuevo a tripomastigote, lisa la célula infectada y viaja por el torrente sanguíneo para parasitar otras células^{1,2}.

La infección crónica se caracteriza por ser asintomática en el 70-80% de los pacientes. La forma cardíaca es la enfermedad visceral más frecuente y aparece en un 20-30% de los infectados en forma de miocardiopatía dilatada, asocia con frecuencia cardiomegalia en la placa de tórax y síntomas de insuficiencia cardíaca. También son frecuentes los trastornos en el ECG, como bloqueo de rama derecha del haz de His (la más frecuente), extrasístoles ventriculares, bloqueos auriculoventriculares y taquiarritmias; con menos frecuencia se pueden observar embolismos sistémicos, aneurismas ventriculares y, de forma excepcional, muerte súbita^{3,4}.

Entre un 10-15% desarrollarán EC crónica digestiva, que puede presentarse con dilatación del tubo digestivo, con megaesófago y acalasia, con síntomas de disfagia, odinofagia, dolor torácico y regurgitación. La forma digestiva más común de la EC es el megacolon (6,3% de los pacientes con la enfermedad), con aparición de dolor abdominal y estreñimiento, y en casos avanzados pueden formarse vólvulos, y aparecer septicemia y muerte^{5,6}.

La tripanosomiasis americana es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las 13 enfermedades tropicales desatendidas, es endémica en 21 países de América Latina continental y afecta a un número estimado de 6 a 8 millones de personas, con 28.000 casos nuevos cada año; 8.000 recién nacidos se infectan durante la gestación y produce 12.000 defunciones anuales⁷.

En España, debido al gran movimiento migratorio poblacional acontecido en la última década desde estas zonas, la afección se ha convertido en una enfermedad emergente y, como consecuencia, en un problema de salud nacional.

La cifra estimada en 2009 de inmigrantes parasitados que vivían en España fue de 53.134, con los ciudadanos procedentes de Bolivia a la cabeza, lo que convierte a España en el segundo país no endémico con mayor prevalencia, tras Estados Unidos (tabla 1). También se extrae de dicha publicación que, sumados los inmigrantes bolivianos a los procedentes de Argentina, Colombia, Paraguay y Brasil, tenemos el 94% de los pacientes parasitados latinoamericanos que viven en nuestro país⁸.

En otro trabajo no solo se estiman los infectados, sino también la cantidad de inmigrantes que desarrollarán miocardiopatía chagásica en los próximos años, cifra que oscila entre 5.897 y 29.409 personas, en los escenarios menos favorables⁹.

Tabla 1 Infectados estimados según procedencia. Total Nacional

1	Bolivia	35.509
2	Argentina	7.120
3	Colombia	3.367
4	Paraguay	3.003
5	Brasil	924
6	Ecuador	843
7	Venezuela	748
8	Chile	545
9	Uruguay	301
10	Honduras	262
11	Perú	248
12	México	115
13	El Salvador	75
14	Guatemala	44
15	Nicaragua	16
16	Costa Rica	12
17	Panamá	2
Total		53.134

Fuente: Enfermedad de Chagas y Donación de Sangre. Julio 2009⁸.

Todo ello ha llevado a cambios en la legislación española con respecto a los estudios de screening para donación de órganos y sangre, sin embargo, todavía no existe un protocolo estandarizado a nivel nacional para la prevención de la transmisión vertical.

Aunque este caso presentó síntomas cardíacos y digestivos, las manifestaciones clínicas en la EC solo permiten el diagnóstico en un número limitado de casos. El médico de atención primaria debe tener en cuenta que la enfermedad crónica puede presentarse en forma asintomática (indeterminada) hasta en el 70% de los infectados, por tanto, son candidatos a realizar el test serológico y la PCR aquellos pacientes originarios o hijos de madres originarias de zonas endémicas (ver [tabla 1](#)), descendientes de madre infectada, viajeros con estancias en área endémica de al menos un mes y estilo de vida de riesgo de infección (estancia en zona rural), los que conozcan el vector (flebotomo) y aquellos a los que se le realizara trasplante de órganos, tejidos y/o hemoderivados.

Confirmada la infección, se determinará la forma crónica de la enfermedad mediante examen físico, ECG y radiografía de tórax. Posteriormente se remitirá al enfermo al especialista de Cardiología o Aparato Digestivo para realizar otras pruebas complementarias.

Aunque la eficacia del tratamiento con benznidazol en la enfermedad crónica es desconocida, los expertos estiman que hay curación cuando se negativizan las pruebas serológicas, hecho que no sucede hasta 10 años después de la finalización de la terapia y solamente en un pequeño porcentaje de casos.

Los esfuerzos deberían ir encaminados a la búsqueda de nuevos marcadores que determinen la curación real de esta parasitosis.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Murcia L, Carrilero B, Saura D, Iborra MA, Segovia M. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31 Supl 1:26–34.
- Aguilar-Shea AL, Coeto-Lovera DN, López-García E, Bernardo-Fernández T. Enfermedad de Chagas en España. *Semergen*. 2008;34:465–6.
- Gascón J, Albajar P, Cañas E, Flores M, Gomez i Prat J, Herrera RN, et al. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:285–93.
- Valerio L, Roure S, Sabrià M, Balanzó X, Vallès X, Serés L. Clinical, electrocardiographic and echocardiographic abnormalities in Latin American migrants with newly diagnosed Chagas disease 2005-2009, Barcelona, Spain [consultado 22 Sep 2011]. Disponible en: www.eurosurveillance.org
- Pérez-Molina JA, Norman F, López-Vélez R. Chagas disease in non-endemic countries: Epidemiology, clinical presentation and treatment. *Curr Infect Dis Rep*. 2012;14:263–74.
- Rassi Jr A, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet*. 2010;375:1388–402.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Datos clave de las enfermedades infecciosas desatendidas. Chagas [consultado Mar 2014]. Disponible en: www.paho.org. OPS/OMS.
- Enfermedad de Chagas y donación de sangre. Ministerio de Sanidad y Política Social. Julio 2009.
- Enfermedad de Chagas en personas procedentes de Latinoamérica residentes en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sanidad 2009.

S.N. Contreras^a, J.F. López-Caleya^{b,*}, V. Sierra-Cadenas^a, S. Suárez-Piñera^a y J.C. de la Calle-Seco^a

^a Centro de Salud del Coto, Atención Primaria del Área V, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jflcaleya@hotmail.com (J.F. López-Caleya).