



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**



**ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES MOTORAS
ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON MEGACOLON
CHAGASICO Y NO CHAGASICO SINTOMATICO DEL IGBJ**

**Autor: Dra. Ingrid Gainsborg Rivas
Médico Residente - Primer año**

**Tutor: Dra. Carmen Pacheco
Dr. Ciro Zabala**

COCHABAMBA - BOLIVIA

ÍNDICE

I.- Resumen	1
II.- Introducción	2
1.- Marco Teórico	2
1.1.- La Enfermedad de Chagas	2
1.2.- Distribución vectorial	3
1.3.- Anatomía Patológica	5
1.4.- Detección	6
1.5.- Tratamiento	7
2.- Relevancia Gastroenterológica de la Enfermedad de Chagas	8
2.1.- Situación en Bolivia	8
2.2.- Acalasia	9
2.2.1.- Megaesófago	11
2.2.2.- Diferencias entre la Acalasia Idiomática y la Chagásica	12
2.2.3.- Diagnóstico	13
2.2.4.- Anomalías manométricas en Acalasia Chagásica	14
2.2.4.1.- Síntomas asociados a la Acalasia	16
2.2.5.- Tratamiento para la Acalasia	16
2.3.- Disfagia	17
2.3.1.1.- Síntomas acompañantes	18
2.4.- Megacolon	19

III.- Objetivos	21
IV.- Hipótesis	21
V.- Material y métodos	22
VI.- Criterios de inclusión	23
VII.- Criterios de exclusión	23
VIII.- Recolección de datos	24
IX.- Variables	24
X.- Calendario	25
XI.- Resultados	26
XII.- Conclusiones	29
XIII.- Recomendaciones	30
Bibliografía	
Anexos	

ASOCIACION DE ALTERACIONES MOTORAS ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON MEGACOLON CHAGASICO Y NO CHAGASICO SINTOMATICO DEL IGBJ

I.- RESUMEN

Debido a las características epidemiológicas de nuestra región, los trastornos digestivos de mayor incidencia en nuestros pacientes gastroenterológicos, son las alteraciones producidas por la enfermedad de Chagas, donde el *Trypanosoma Cruzi* como agente etiológico, se encuentra ampliamente difundido en la región central de los valles bolivianos, convirtiéndola en una zona endémica para la cardiopatía, megacolon y la acalasia, producida por la enfermedad de Chagas.

Estudiar más profundamente estas patologías es de alto interés para el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de Cochabamba, debido al considerable número de pacientes afectados y con una elevada morbimortalidad, además de la ausencia de investigaciones y documentación sobre la relación específica que pudiera existir entre las patologías digestivas y la cardiaca.

Se estudian 18 pacientes entre septiembre del 2008 a enero de 2009 que cumplen los criterios de inclusión y se sometieron a investigación clínica, laboratorial y de gabinete como: Rx de abdomen, esofagografía, manometría esofágica, Rx de tórax y electrocardiograma.

El presente trabajo logra establecer que las alteraciones fisiopatológicas, especialmente motoras a nivel cardiaco, esofágico y colónico están presentes mismo sus manifestaciones clínicas no se presentan paralelas a ellas, haciéndose

clínicamente visibles sólo en la etapa final, para la enfermedad de Chagas, sin embargo, llama la atención que los pacientes no chagásicos, aunque en menor proporción, también presentan alteraciones fisiopatológicas y motoras asociadas en los órganos digestivos y el corazón.

II.- INTRODUCCION

En general podemos decir que la enfermedad de Chagas es una zoonosis vectorial de carácter crónico en inmunocompetentes, y oportunista, en inmunodeprimidos. Dada su evolución, esta enfermedad cursa hacia la cronicidad en personas inmunocompetentes, pasando por tres etapas (aguda, latente y crónica). Pudiendo causar la muerte en diferentes etapas de la infección. Un 10 a 15 % de los enfermos presentan discapacidad como consecuencia de los daños cardiacos o digestivos y una alta morbimortalidad.

En la fase crónica de la enfermedad las manifestaciones corresponden a daño cardíaco, dando lugar a una miocardiopatía chagásica crónica, a megacolon y megaesófago, con destrucción de neuronas, debido a la acción del parásito durante la fase aguda crónica.

1.- MARCO TEÓRICO

1. La enfermedad de Chagas

La tripanosomiasis americana, conocida como enfermedad de Chagas fue descrita en Minas Gerais (Brasil) en 1909 por Carlos Ribeiro Justiniano Chagas. Esta zoonosis parasitaria existe en el continente americano desde hace

más de 9.000 años, ya que se ha documentado infección chagásica en comunidades prehistóricas, que habitaban el norte de Chile.¹

La enfermedad de Chagas es una zoonosis vectorial de carácter crónico en inmunocompetentes y oportunista en inmunodeprimidos. Dada su evolución esta enfermedad cursa hacia la cronicidad en personas inmunocompetentes pasando por tres etapas (aguda, latente y crónica), pudiendo causar la muerte en diferentes etapas de la infección. Un 10 a 15 % de los enfermos presentan discapacidad como consecuencia de los daños cardiacos o digestivos.²

Actualmente ocupa el cuarto lugar de importancia como carga de enfermedad (AVAD) en las Américas³, después de las enfermedades respiratorias, las diarreas y el SIDA. Dado que no existe una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad, las estrategias de control están focalizadas a disminuir la transmisión, principalmente vectorial, por tratarse de la forma de transmisión más importante.⁴

1.2 Distribución vectorial

El agente infeccioso que provoca la enfermedad de Chagas, es el *Tripanosoma cruzi*, protozoo que tiene un ciclo evolutivo complejo, adoptando diferentes formas según el habitat que ocupa durante las diferentes fases de su

¹ Cf. Organización Mundial de la Salud www.who.int

² Cf. Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades Depto. Enfermedades Transmisibles, Unidad de Enfermedades Emergentes y Reemergentes de Santiago de Chile.

³ Actualmente la infección se encuentra en forma natural en el continente americano desde el sur de California paralelo 43 latitud norte, hasta Latinoamérica, región central de Argentina paralelo 49 de latitud sur, zona donde habita el vector biológico. Afecta a 17 países, con no menos de 12 millones de personas infectadas procedentes de las áreas urbanas y peri-urbanas.

⁴ Cf. Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades Dpto. Enfermedades Transmisibles, Unidad de Enfermedades Emergentes y Reemergentes de Santiago de Chile.

ciclo, ya sea a nivel de la sangre, los tejidos del huésped vertebrado o en el aparato digestivo y urinario del insecto vector.⁵

Los vectores de la enfermedad de Chagas (triatominos)⁶, tanto hembra como macho, son insectos de hábitos hematófagos en todos los estadios de su desarrollo. Con hábitos nocturnos para su alimentación, producen una picadura generalmente indolora muy poco irritante y con frecuencia defecan inmediatamente sobre la picadura después de alimentarse.⁷

En Bolivia, el *Triatoma infestans*⁸, constituye el vector más importante de la enfermedad del Chagas, especie adaptada a convivir tanto en el interior, como exterior de la vivienda humana, conocida en los valles como vinchuca, diversos estudios muestran que un 20 a 70% de las vinchucas examinadas están infectadas.

Se considera que el área endémica para la transmisión vectorial del Chagas en Bolivia, está comprendida entre 300 y 3000 m.s.n.m. Ello corresponde a más de la mitad del territorio boliviano y una población expuesta al riesgo de aproximadamente 3 millones de personas. Dentro del área endémica, está comprometida casi toda la superficie de los departamentos de **Cochabamba**, Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija y parcialmente comprometidos, La Paz y Potosí. Sin embargo, debido a la elevada movilidad poblacional entre las diferentes regiones del país, es frecuente encontrar personas infectadas con Chagas en las

⁵ Cf. Dra. Cecilia Gutierrez Amurrio, Directora de Bioquímica y Farmacia, Unidad Académica Cochabamba <http://www.univalle.edu/publicaciones/brujula/brujula18/pagina14.htm>

⁶ Se conocen más de 100 especies de triatominos, todos capaces de albergar y transmitir el *Tripanosoma cruzi* y evidentemente las especies más importantes son aquellas que han logrado adaptarse y colonizar la vivienda humana convirtiéndose en domiciliarias.

⁷ Cf. <http://www.scribd.com/doc/2886631/Parasitologia>

⁸ *Triatoma infestans* es el vector de la infección humana más importante en América del Sur, sobre todo al Sur de la cuenca amazónica.

zonas donde no existe el vector, esto constituye un factor de riesgo para la transmisión transfusional de Chagas.⁹

1.3 Anatomía Patológica

La enfermedad presenta 3 períodos bien definidos: la fase aguda, la fase crónica indeterminada o latente y la fase crónica determinada. El período de incubación en la fase aguda es de 4 a 10 días y de menor duración cuando la vía es transfusional.¹⁰

La infección de las células a nivel de la piel se acompaña de una reacción inflamatoria intensa que se conoce con el nombre de Chagoma de Inoculación. Si ocurre en los párpados, es denominada, Signo de Romaña. Posteriormente, la inflamación se extiende a los ganglios regionales, a continuación, se invaden otros órganos como corazón, bazo, tubo digestivo, médula ósea, cerebro, etc.¹¹

En el periodo agudo de la enfermedad, se encuentra una importante lisis celular, en tejido muscular cardiaco y esquelético. A nivel del corazón, se presenta miocarditis chagásica aguda. En el periodo agudo y debido a la lisis celular produce la liberación de tripomastigotes en sangre circulante.

En la fase indeterminada y crónica, se observan nidos de otra forma parasitaria, llamada amastigote, en algunos órganos como corazón y tubo digestivo. La lesión fundamental es la Miocardiopatía chagásica crónica, con agrandamiento del corazón, y defectos en ventrículos. En el tubo digestivo se desarrollan los megas por denervación y destrucción de las neuronas.¹²

⁹ Cf. Idem.

¹⁰ Cf. <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/parasitologia/chagas.html>

¹¹ Cf. Dra. Cecilia Gutierrez Amurrio, Directora de Bioquímica y Farmacia, Unidad Académica Cochabamba <http://www.univalle.edu/publicaciones/brujula/brujula18/pagina14.htm>

¹² Cf. Idem.