

POLICLÍNICO
“CAPITÁN ROBERTO FLEITES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

¿ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS UN PELIGRO PARA CUBA?

Por:

Dr. Ramón Torres Cárdenas¹, Dra. María del Carmen Valdés Pino² y Dr. Jorge Luis Díaz Mora³

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico “Capitán Roberto Fleites”. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico “Cdte. Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC
3. Especialista de I Grado en Urología. Hospital Clínicoquirúrgico “Cdte. Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

ENFERMEDAD DE CHAGAS/epidemiología

Subject headings:

CHAGAS DISEASE/epidemiology

Las misiones cubanas de colaboración médica han crecido notablemente en los últimos años, tanto en el número de participantes como en el de países donde están presentes; también han aumentado las distintas escuelas en el país donde estudian jóvenes de Latinoamérica. En la mayoría de los países en que trabajan, estas misiones entran en contacto con enfermedades que no existen hoy en Cuba, como es el caso de la enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana, la cual es endémica de áreas rurales. Es una enfermedad parasitaria producida por un protozooario hemoflagelado denominado *Trypanosoma cruzi*, ampliamente distribuido por el continente americano, del que se han encontrado ejemplares en las provincias orientales, en Camagüey, Villa Clara y Pinar del Río, aunque nunca se ha observado un caso en Cuba¹. Tiene un amplio espectro clínico que va desde formas indeterminadas de la enfermedad, donde el parásito está aparentemente ausente, hasta formas graves que pueden conducir a la muerte. Su diagnóstico se realiza desde el punto de vista clínico, con los resultados de laboratorio y epidemiológico, y su prevención está encaminada al control del vector y de las personas y reservorios infectados.

En el año 2004, científicos brasileños descubrieron que el parásito *Trypanosoma cruzi* puede ser transmitido a través de alimentos y no solo por la picadura de *Triatoma*. Las vías de transmisión que existen son: insectos transmisores (hospedero, intermediario, activo), transfusiones de sangre contaminada, a través de la placenta o el trasplante de órganos procedente de donantes parasitados, la lactancia materna, y la ingestión de carne cruda y de otros alimentos contaminados con *Triatoma*²⁻⁵.

Tiene dos presentaciones clínicas: etapa aguda y etapa crónica, con una etapa latente o indeterminada entre ambas. También puede presentarse de forma congénita. El período agudo puede durar hasta tres meses; durante este tiempo existe una gran cantidad de parásitos en los tejidos y en la sangre y la enfermedad puede pasar inadvertida la mayoría de las veces. Es muy importante hacer el diagnóstico en los niños menores de 10 años, por la alta incidencia de infección que tiene en la niñez, en el embarazo y en los recién nacidos. Además de permanecer en la mayoría de los casos de forma asintomática, se pueden observar otras formas con síntomas

leves que no presentan características específicas, por lo que se pueden confundir con cualquier otra enfermedad que tenga una manifestación febril, desarrollar un cuadro clínico grave que puede provocar la muerte del paciente o presentar signos dependientes del sitio de entrada del agente causante.

Entre los síntomas generales se describen: fiebre, cefalea, anorexia, mialgias, laxitud, vómitos, diarreas, palpitaciones, nerviosismo, artralgias, adenopatías generalizadas, hepatosplenomegalia y edemas, entre otros.

El signo de Romaña, de mayor frecuencia, se caracteriza por presentar edema bpalpebral uni- o bilateral, de color púrpura, indoloro y duradero, con conjuntivitis, queratitis y dacriocistitis, acompañado de edema facial con linfadenopatía regional. También se puede localizar a nivel cutáneo; si la entrada del protozoo ocurre a través de la piel, se constituye una formación nodular subcutánea de consistencia dura, fría o de calor, local, ligeramente elevada, no supurativa pero que puede ulcerarse; es indolora, pequeña, y tiene por lo general linfadenopatía satélite, con lo que conforma un complejo cutáneo-ganglionar que evoluciona espontáneamente. Las adenopatías persisten durante largo tiempo, pero el signo de Romaña y el chagoma pueden desaparecer a los dos meses.

En algunas ocasiones, en la fase aguda, ocurren miocarditis agudas vinculadas con anomalías radiológicas y electrocardiográficas (prolongación del intervalo QT y PR, bajo voltaje del complejo QRS, cambios en la onda T, taquicardia sinusal, entre otras); también pueden presentarse cuadros neurológicos (meningoencefalitis). Las complicaciones que generalmente afectan a los niños y pueden llevar a la muerte son la miocarditis, la meningoencefalitis y la insuficiencia cardíaca⁶⁻⁸.

En el proceder diario, es necesario conocer los elementos para emitir un correcto diagnóstico clínico, de laboratorio y epidemiológico. Para ello, se debe tener presente el diagnóstico clínico diferencial de esta enfermedad: El signo de Romaña y el chagoma pueden confundirse con una miosis ocular, una celulitis orbitaria, una conjuntivitis, picaduras de insectos, entre otros. En la fase aguda, se hace el diagnóstico diferencial con procesos infecciosos como el paludismo, la fiebre tifoidea, la mononucleosis infecciosa, la miocarditis, la endocarditis, entre otros; y en la fase crónica, con arritmias, insuficiencia cardíaca, megavisceras, estenosis del esófago, etc. Cuando la enfermedad es congénita, el diagnóstico diferencial se realiza con enfermedades como la sífilis, la toxoplasmosis, enfermedades hemolíticas del recién nacido y cuadros septicémicos.

A pesar de los notables avances de la farmacología en las últimas décadas, aún no existe un tratamiento eficaz con resultados totalmente satisfactorios, aunque existen dos medicamentos activos contra el *Trypanosoma cruzi*: el nifurtimox (del grupo de los netrofuranos) y el benznidazol (del grupo de los nitromidazoles)^{2,9}.

La enfermedad de Chagas afecta actualmente a nueve millones de personas, especialmente a niños en áreas rurales de Latinoamérica, y ha aparecido en Estados Unidos, en España y en otros países europeos tras las grandes migraciones ocurridas hacia estas naciones. El riesgo potencial de importar casos y de que se produzca la transmisión en Cuba hace necesaria la elaboración de estrategias que permitan estar preparados para evitar que esto ocurra.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Instituto "Pedro Kourí". Programa para el seguimiento de enfermedades infecciosas. Bol Epidemiol [Internet]. 2007 [citado el 17 de julio de 2008];14(17):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid1/bol14-07.htm>
2. Cabrera M, Bucio M, Rojo J, Bonifaz R, Guevara Y, Salazar PM. Detention of antibodies against trypanosoma cruzi in blood donors in the General Hospital of Mexico City. Rev Trop. 2004;33:71-80.
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Instituto "Pedro Kourí". Confirman que mal de Chagas puede ser transmitido por alimentos. Bol Epidemiol [Internet]. 2004 [citado el 17 de julio de 2008];14 (50): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid1/bol50-04.htm>

4. Mendoza CA, Benzaquen E, Juárez J, Saldañas J, Torres A, Velázquez R. Prevalencia de la enfermedad de Chagas en peruanas y transmisión congénita en una zona endémica del Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(3):147-53.
5. Salazar PM, Rojas G, Bucio M, Cabrera M, Ruiz A. Seroprevalencia de anticuerpos contra *trypanosoma cruzi* y su asociación con factores de riesgo en menores de 18 años de Veracruz. México. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;2(2):75-82.
6. Sousa AS, Xavier SS, Freitas GR, Mallet AL, Hasslocher-Moreno A.. Estratégias de prevenção do acidente vascular encefálico cardioembólico na doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 2006;52:147-51.
7. Consenso brasileiro em doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38 Suppl 3:7-29.
8. Capps L, Abbad B. Chagas cardiomyopathy and serologic testing in a small rural hospital in Chiapas, Mexico. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(5):337-40.
9. Cavalho ME, Da Silva RA, Barata JM, Domingos MF, Ciaravalo RM, Zacharis F. Chagas disease in the southern coastal region of Brazil. *Rev Saude Pública*. 2003;37:49-58.

Recibido: 13 de enero de 2010

Aprobado: 5 de noviembre de 2010