

---

# Enfermedad de Chagas Digestiva en Honduras. Reporte de casos

---

*Dr. Denis Padgett-Moneada\*, Dr. Carlos Ponce\*\*, Dra. María Félix Rivera\*\*\**

---

## RESUMEN:

La Enfermedad de Chagas con manifestaciones digestivas en Centro América es rara, y no hay reporte de casos en la literatura latinoamericana. Los casos a que nos referimos en este reporte son de dos pacientes chagásicos con cardiomiopatía y megaesófago del grupo II el primero y con megacólon el segundo ambos originarios del oriente y centro de Honduras.

*Palabras claves: Megaesófago. Megacólon. Enfermedad de Chagas Digestiva.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas en la fase crónica presenta evolución variable, condicionando el apareamiento de distintas formas clínicas. El chagásico crónico puede permanecer indefinidamente en la forma indeterminada, o evolucionar para las formas cardíaca y/o digestiva. Las manifestaciones digestivas de la Enfermedad de Chagas, se deben a lesiones producidas en el plexo mientérico <sup>1</sup> como consecuencia del parasitismo de la viscera hueca por el *Trypanosoma cruzi*, produciendo

en algunas personas dispepsias y dilatación<sup>(6)</sup> No se sabe por qué razón las dilataciones ocurren más frecuentemente en el esófago y en el colon, aunque existen varias hipótesis al respecto.<sup>(3)</sup>

La enfermedad de Chagas digestiva ha sido relatada con una frecuencia que varía según la región geográfica o país considerado, siendo encontrada predominantemente en el Brasil, Argentina y Chile<sup>(7)</sup>, pocos casos encontrados en Venezuela, y ningún caso en Centro América, ni Panamá<sup>(8)</sup>. Estas diferencias se pueden atribuir a las diferentes cepas de *T. cruzi*<sup>(3)</sup> las que pueden producir lesiones en el sistema nervioso autónomo de manera irregular e imprevisible, tanto del punto de vista cuantitativo como de localización<sup>(9)</sup>; razón por la cual, en las áreas de alta prevalencia de "Chagas, solo una parte de los individuos infectados desarrollan manifestaciones digestivas, otros factores patogénicos han sido considerados de manera especulativa para explicar las diferencias regionales, unos relacionados con el huésped tales como estado nutricional o la resistencia natural a la infección, y otros relacionados con el vector.<sup>(10)</sup>

## CASO CLÍNICO 1

Paciente masculino, de 58 años de edad, hondureño, originario y residente en San Lucas, municipio de Valle del Aceituno, departamento de El Paraíso, con historia de 10 años de evolución, exacerbada hace 6 meses. El cuadro clínico se caracteriza por disfagia progresiva, primero a alimentos sólidos y luego a

---

Profesor Titular III, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.  
Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Tropical IHSS.

Jefe de Sección de Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis,  
Laboratorio Central, Ministerio de Salud Pública.  
Profesor Titular I DICU, UNAH.

líquidos, con vómitos postprandiales, cuya cantidad dependía de la ingesta, sin náuseas, dolor epigástrico, tos y pérdida de peso de 10 libras en el último año. Por este cuadro había sido tratado en varios centros hospitalarios en 3 ocasiones. Niega antecedentes cardiovasculares, y otras patologías.

Examen Físico: paciente crónicamente enfermo. PA: 110/70 mmHg P: 86 por min T: 37.4°C Corazón: soplo holosistólico de predominio mitral grado II /VI irradiado a axila, sin frémito, ritmo regular. Diagnóstico de ingreso: Acalasia y Cardiopatía:

Endoscopia de Tracto Digestivo Superior reportó: Esófago: cuerpo dilatado con ausencia de contracciones y restos alimentarios. A nivel de cardias existe resistencia al paso del fibroscopio. Estómago: con abundante bilis, antro enrojecido. Duodeno: normal. Diagnóstico endoscópico: 1) Megaesófago 2) Antritis aguda.

Esofagograma: Megaesófago grupo II (11)  
ECG: NORMAL Rx de Tórax: cardiomegalia global grado II.  
Serología para Chagas: Positiva (IFI 1:512, HI 1:256)  
Evolución: El paciente fue sometido a dilatación del esfínter esofágico, remitiendo el cuadro clínico y dado de alta. No se ha tenido más información del paciente.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente femenina de 45 años de edad (en 1984), Hondurena originaria y residente en San Nicolás, Municipio de Esquías, Departamento de Comayagua, remitida al Hospital Escuela por hernia inguinal; para cirugía electiva, previa evaluación cardiológica. En dicha evaluación se encuentra en el ECG fibrilación auricular, por lo que se contraindicó la cirugía y se inició tratamiento con digoxina 1 tab/día y dimodan 1 tab/día. Se le realizaron pruebas serológicas para T cruzi encontrándolas POSITIVAS (IFI:1:256, IFIa:1:4096, ELISA:1:65536). Paciente egresa asintomática.

Dos años después (4 de enero de 1986) es ingresada al Hospital Escuela con cuadro de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, disnea paroxística nocturna, edema de miembros inferiores y dolor precordial. Refirió haber abandonado el tratamiento cinco días antes del comienzo de los síntomas.

Al examen físico se le encontró PA: 110/60 mmHg, Fe: 136 por min. Fr: 30 por min. A febril. Ingurgitación

yugular a 60 grados. Corazón: con ritmo irregular, soplo sistólico mitral GIII/VI choque de punta en el quinto El LMC. Pulmones: estertores en ambos campos pulmonares y matidez basal. Abdomen: hepatomegalia congestiva 6-8 cm debajo de reborde costal LMCD. reflujo hepatoyugular. Miembros inferiores: edema hasta tercio superior de ambas piernas.

Rx de tórax: derrame pleural bilateral de predominio derecho, redistribución de flujo, cardiomegalia global grado no valorable ECG: (6-1-86) Bloqueo AV de primer grado y bigeminismo alternando con períodos normales.

Se manejó inicialmente con Isordil 20 mg c/6 horas y Digoxina 0.125 mg/día. y posteriormente con Isordil, Lasix, y Amiodarona. Habiéndola compensado se le dio de alta el 17-1-86, con diagnóstico de ICC secundaria a cardiomiopatía chagásica.

El 5 de mayo de 1987, fue remitida a emergencia y hospitalizada nuevamente por Bigeminismo, es manejada con Xilocaína I. V. Dada de alta el 5 de junio de 87 con Dimodan 200 mg tid, sin lograr controlar el ritmo cardíaco. Continuó con evaluaciones en Consulta Externa de Cardiología y Medicina Interna.

El 10 de mayo de 1988 se hospitaliza con un cuadro clínico de obstrucción intestinal, el que mejora con tratamiento médico conservador. Se realizan estudios radiológicos contrastados diagnosticándose megacolon descendente y megasigmoide. Se decide su intervención quirúrgica la cual es contraindicada por el cardiólogo, y es dada de alta.

El 14 de agosto de 1988 presenta nuevamente cuadro similar de obstrucción intestinal el que se resuelve y es dada de alta 48 horas después, con remisión a Cardiología y Gastroenterología con diagnóstico de Cardiomiopatía Chagásica y Megacolon. Tres años después, se informa que la paciente ha fallecido en su lugar de origen a los 52 años de edad.

## DISCUSIÓN

Se trata de dos casos de pacientes, infectados por el T. cruzi y que como manifestaciones clínicas presentan alteraciones cardíacas y digestivas. Las formas cardíacas de la enfermedad de Chagas crónica ya son conocidas en nuestro medio desde 1961 con los reportes de León-Gómez y colaboradores, y Flores-Fiallos y León-Gómez (12,13) Aparentemente en Honduras la dilatación del