

Cartas al Editor

Complicaciones colónicas agudas en paciente con enfermedad de Chagas

Palabras clave: Prolapso rectal. Vólvulo colónico. Megacolon. Enfermedad de Chagas.

DOI: 10.17235/reed.2016.4193/2016

Sr. Editor:

La enfermedad de Chagas es una infección que suele contraerse en la infancia o adolescencia en áreas endémicas de Latinoamérica, cada vez más frecuente en nuestro país debido a la inmigración. La vía de contagio es la picadura de un insecto de la subfamilia *Triatominae*, portador del parásito *Trypanosoma cruzi*. En la fase crónica (30% de los pacientes) aparece un compromiso visceral irreversible: megasíndromes. Un 30% sufre trastornos cardíacos y un 10% presenta alteraciones digestivas, principalmente en esófago y colon.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer boliviana de 32 años y sin antecedentes de interés. Fue diagnosticada de enfermedad de Chagas en Madrid, con una serología positiva para IgG *Trypanosoma cruzi*, con posterior seguimiento en Málaga. Durante un año la paciente refiere distensión y molestias abdominales en relación a estreñimiento, que empeora de forma progresiva, siendo refractario al uso de laxantes y enemas, y recurriendo en ocasiones a desimpactaciones manuales.

Consulta en Urgencias por un episodio de prolapso rectal de 20 cm secundario a maniobra de Valsalva intensa (Fig. 1), que



Fig. 1. Fotografía del llamativo prolapso rectal de 20 cm, antes de ser reducido manualmente.

fue reducido por los cirujanos sin complicaciones inmediatas. Tras el episodio agudo, se le realizó enema opaco objetivándose dilatación de colon y recto de hasta 10 cm.

Dos años después, acude a Urgencias de nuevo por dolor abdominal agudo difuso, con náuseas y vómitos asociados. Se objetiva mediante TAC abdominal un vólvulo colónico, que se resolvió sin incidencias con endoscopia descompresiva.

Discusión

En el aparato digestivo, el esófago es el sitio más frecuente de afectación del Chagas seguido del colon. La afectación colónica suele verse en fases tardías de la enfermedad, donde la destrucción neuronal provoca aperistalsis, retención de residuos y dilatación. Por ello, el diagnóstico diferencial del megacolon adquirido debe orientarse también hacia esta enfermedad, ante síntomas sugestivos en un paciente procedente de países endémicos.

Carmen Lara Romero, Blanca Ferreiro Argüelles
y Eduardo Romero Pérez

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario
Virgen de la Victoria. Málaga*

Bibliografía

1. Pallisera A, Ortiz de Zárate L, Moral A, et al. Enfermedad de Chagas en el diagnóstico diferencial del megacolon. *Rev Esp Enferm Dig* 2011;103:554-5. DOI: 10.4321/S1130-01082011001000014
2. Duran I, Díaz JM, Vázquez JM, et al. Dolicosigma y estreñimiento crónico secundarios a enfermedad de Chagas. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97:292-3.
3. Pérez-Ayala A, Pérez-Molina JA, Norman F, et al. Gastro-intestinal Chagas disease in migrants to Spain: Prevalence and methods for early diagnosis. *Ann Trop Med Parasitol* 2011;105:25-9. DOI: 10.1179/136485910X12851868780423
4. Pinazo MJ, Lacima G, Elizalde JI, et al. Characterization of digestive involvement in patients with chronic *T. cruzi* infection in Barcelona, Spain. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8:e3105. DOI: 10.1371/journal.pntd.0003105
5. Gascon J, Bern C, Pinazo MJ. Chagas disease in Spain, the United States and other non-endemic countries. *Acta Trop* 2010;115:22-7. DOI: 10.1016/j.actatropica.2009.07.019