



REPORTE DE CASO

Chagasic megacolon: First report and management in a case from the 24 de Mayo canton, Manabí province, Ecuador

Megacolon chagásico: Primer reporte y manejo en un caso del cantón 24 de Mayo, provincia Manabí, Ecuador

Carlos Regino Alejandro Polanco¹  , Enrique Richard²  , María Alejandra Rivadeneira Lucas¹  

¹Ministerio de Salud Pública, Manabí, Portoviejo, Ecuador.

²Carrera de Medicina, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Manabí, Ecuador.

Citar como: Alejandro CR, Richard E, Rivadeneira Lucas MA. Chagasic megacolon: First report and management in a case from the 24 de Mayo canton, Manabí province, Ecuador. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024; 4:.605. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.605>

Enviado: 06-03-2024

Revisado: 16-06-2024

Aceptado: 12-09-2024

Publicado: 13-09-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Carlos Regino Alejandro Polanco 

ABSTRACT

Introduction: Chagas disease is a disease belonging to the group of Neglected Tropical Diseases. The vector is *Trypanosoma cruzi*. In this context, Chagas megacolon constitutes an underdiagnosed condition in favor of Chagas heart disease.

Case report: consequently, a clinical case is presented in an 80-year-old male patient. The set of clinical parameters such as chronic constipation, fecaloma; Megacolon imaging and serological results of specific antibodies against *Trypanosoma cruzi* led to the diagnosis of Chagasic megacolon, with surgical intervention on three occasions for correction and treatment.

Discussion: prevention through vector control is essential in the fight against this disease. The main strategies should focus on the construction of decent homes, free of domestic animals inside, such as chicken coops, pigeon coops, hutches, caves, nests and other shelters for animals, where the vector could proliferate.

Conclusion: it is the first report of Chagas megacolon in the province of Manabí. The need to promote greater clinical, epidemiological and comprehensive psychological care is highlighted for its prevention, diagnosis and treatment.

Keywords: Chagasic Megacolon; *Trypanosoma Cruzi*; Fecaloma.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad de Chagas es una enfermedad perteneciente al grupo de Enfermedades Tropicales Desatendidas. El vector es *Trypanosoma cruzi*. En este contexto, el megacolon chagásico constituye una afección poco diagnosticada en favor de la cardiopatía chagásica.

Caso clínico: se presenta un caso clínico en un paciente masculino de 80 años de edad. El conjunto de parámetros clínicos tales como estreñimiento crónico, fecaloma; la imagenología de megacolon y los resultados serológicos de anticuerpos específicos contra *Trypanosoma cruzi* condujeron al diagnóstico de megacolon chagásico, con intervención quirúrgica en tres ocasiones para su corrección y tratamiento.

Discusión: la prevención mediante el control de vectores es esencial en la lucha contra esta enfermedad. Las principales estrategias deben centrarse en la construcción de viviendas dignas, libres de animales domésticos en su interior, tales como gallineros, palomares, conejeras, cuevas, nidos y otros refugios para animales, donde el vector podría proliferar.

Conclusión: es el primer reporte de megacolon chagásico en la provincia de Manabí. Se destaca la necesidad de fomentar una mayor atención clínica, epidemiológica y psicológica integral, para su prevención,

diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Megacolon chagásico; *Trypanosoma Cruzi*; Fecaloma.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas-Mazza es una enfermedad infecciosa producida por el *Trypanosoma cruzi* y transmitida por insectos de la subfamilia Triatominae, vectores que infectan a más de 150 especies de 24 familias de mamíferos incluyendo a los seres humanos.⁽¹⁾

Las vías de contaminación son principalmente entomológica, transfusional y transplacentaria. La enfermedad presenta tres períodos bien definidos: fase aguda, crónica indeterminada o latente y crónica determinada.⁽²⁾

El período de incubación en la fase aguda es de 4 a 10 días y de menor duración cuando la vía de adquisición es transfusional. La fase aguda suele ser asintomática, se puede extender por dos a cuatro meses, y pasar desapercibidas. El 5 % de los pacientes presenta signos y síntomas aparentes y transitorios como: fiebre, lesiones cutáneas (chagomas), y en la región ocular el signo de Romaña-Mazza.⁽³⁾ En la fase aguda complicada presenta: hepatoesplenomegalia, meningoencefalitis y miocarditis (con insuficiencia cardíaca).⁽⁴⁾

El período crónico indeterminado o latente, representa entre 50 y 70 % de todos los pacientes chagásicos y se caracteriza por la ausencia de síntomas cardíacos, digestivo, con electrocardiogramas y radiografías aparentemente normales, pero manifiestan serología positiva. Esta forma persiste, por lo menos en 30 % de los chagásicos, durante toda su vida. El resto puede evolucionar a una forma crónica determinada, en un lapso de 10 a 30 años, donde el parásito provoca lesiones irreversibles en corazón.⁽⁴⁾

Por otro lado, a nivel del tubo digestivo, y a través de una reacción inmune, provoca un proceso inflamatorio que daña los plexos de las células ganglionares y las fibras nerviosas que generan la actividad mioeléctrica responsable de la motilidad intestinal. Como consecuencia aparecen complicaciones como megaesófago (disfagia, reflujo continuo, neumonitis y caquexia), y megacolon. Este último tiene como síntoma principal la constipación, de instalación lenta y progresiva, además el fecaloma y obstrucción intestinal.^(5,6)

El tratamiento puede ser clínico o quirúrgico, dependiendo de la gravedad del cuadro clínico del paciente y sus complicaciones.⁽⁷⁾ La terapia farmacológica con benzonidazol o nifurtimox. es eficaz controlando al parásito en la generalidad de los casos si se administran al comienzo de la infección en la etapa aguda.⁽⁷⁾

La enfermedad de Chagas se encuadra dentro del grupo de Enfermedades Tropicales Desatendidas y como uno de los principales problemas de salud pública en Latinoamérica, donde es endémica en 21 países incluido Ecuador, donde ha sido localizado en 18 de sus 24 provincias.⁽⁸⁾ En el período 2013 al 2019 se detectaron 439 casos.⁽⁹⁾ De ellos, sólo 32 casos (7,74 %) fueron reportados en la provincia de Manabí, considerada una zona endémica de alto riesgo.⁽⁹⁾ En función a lo expuesto y considerando que los estudios de casos clínicos de Chagas y sus complicaciones han sido escasos, y nulos para la provincia de Manabí,⁽⁹⁾ se comprende la importancia del presente reporte. Por tanto, aquí presentamos el primer reporte de un caso clínico de megacolon chagásico, en un paciente masculino de 80 años, de Manabí.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 80 años (2024), procedente del cantón 24 de mayo⁽¹⁰⁾, de ocupación arquitecto, que presenta estreñimiento crónico, con deposiciones con sangre desde la adolescencia.

Antecedentes: operado de un cuadro de apendicitis aguda y cálculo vesicular a los 30 años de edad; enfermedad de Chagas diagnosticada a finales del año 1985, a la edad de 41 años, con resultado de examen serológico reactivo; operado en tres ocasiones del colon con colostomía (1986 a los 42 años por un cuadro de abdomen agudo con diagnóstico de fecaloma; 2002 a la edad de 58 años; y 2007 a la edad de 63 años con colostomía total); hipertensión arterial desde hace cinco años, tratada con Losartán (50 mg/día); hipotiroidismo desde hace 10 años tratado con levotiroxina sódica (80 mcg/día). Complementariamente, su madre falleció cuando él tenía 5 años, aparentemente de un infarto agudo de miocardio; su padre tuvo diagnóstico de Chagas, operado de megacolon chagásico y fallece de un infarto agudo de miocardio; su tía materna tuvo diagnóstico de chagas y falleció de problemas digestivos.

Los parámetros clínicos evaluados como estreñimiento crónico, fecaloma; la imagenología de megacolon con asas intestinales distendidas y radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, que puede obstruir completamente la luz colónica (figura 1); y los resultados serológicos de anticuerpos específicos contra *Trypanosoma cruzi* permitieron el diagnóstico de megacolon chagásico.



Figura 1. Enema de colon: Zonas de estenosis en colon sigmoide y a nivel anorrectal, con marcada dilatación de ampolla rectal

En enero 2018, en consulta se establecieron nuevas estrategias de seguimiento integral, realizando referencia a especialista en gastroenterología y cardiología del hospital de tercer nivel, y seguimiento en el primer nivel en consulta subsecuente y visitas domiciliarias. Además, se realizó evaluación a toda su familia con la indicación de exámenes serológicos para Chagas con resultados no reactivos.

En febrero del año 2024 realizamos examen físico: tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 84 pulsaciones por minuto, temperatura 37°C, frecuencia respiratoria 25/minuto. No presentaba adenopatías cervicales, ni axilares. Auscultación con campos pulmonares ventilados y sin ruidos. Los ruidos cardíacos se encontraban rítmicos y sin soplos. Abdomen: inspección: se observa plano, con cicatrices por intervenciones referidas (figura 2). Palpación: Blando, depresible sin visceromegalias, genitales externos sin lesiones aparentes. Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes y normales. Neurológica sin signos meníngeos, no se evidenció alteraciones del sistema músculo-esquelético.



Figura 2. Imagen de las cicatrices abdominales resultantes de las operaciones por el megacolon chagásico

Actualmente (2024), el paciente se encuentra en seguimiento y vigilancia médica por especialista en atención primaria y en gastroenterología, con ausencia de síntomas digestivos.

DISCUSIÓN

En la enfermedad de Chagas, la presencia de la proteína transialidasa en el parásito *T. cruzi*, está involucrada en la evasión del sistema inmune, invasión celular y patogénesis.⁽¹¹⁾ Además la mayoría de los infectados no presentan síntomas o son muy leves, ocasionando que su diagnóstico generalmente sea en etapa crónica y con complicaciones.⁽¹²⁾ De ellas, el megacolon es menos frecuente que la cardiopatía chagásica. No obstante, el caso expuesto corresponde a la forma de presentación de megacolon chagásico que, durante muchos años, no tuvo diagnóstico certero.⁽¹³⁾

Esta forma digestiva que afecta vísceras huecas como el esófago y el colon, aparentemente no es frecuente en Ecuador, y hasta la fecha no se han presentado estudios de caso sobre megacolon chagásico en la provincia de Manabí, denotando la importancia de la presentación de este caso.⁽¹⁴⁾ Probablemente la falta de reportes de esta afección, aun tratándose de un área de alto riesgo haya contribuido a que el paciente estuviera por años con este padecimiento sin que fuera diagnosticado e incluso que se presentaran demoras en el tratamiento quirúrgico definitivo.

La gran mayoría de los individuos infectados se encuentran en la fase crónica asintomática.⁽¹⁵⁾ En este caso, el paciente estuvo con historia de estreñimiento crónico desde la adolescencia, desarrollando un fecaloma a los 30 años. Esto concuerda con estudios que demuestran que la aparición de los síntomas es más común entre los 20 y los 40 años de edad, siendo más frecuente la afectación colónica que induce a recurrir al hospital y realizarse una evacuación manual del fecaloma llegando en casos extremos a requerir una intervención quirúrgica.⁽¹⁶⁾

Se puede realizar un diagnóstico presuntivo en pacientes con anomalías motoras compatibles y un diagnóstico de laboratorio de enfermedad de chagas crónica mediante una prueba serológica con detección de IgG contra *T. cruzi*.⁽¹⁷⁾

El megacolon chagásico afectaría a ambos sexos por igual, observándose en la última década un predominio en el sexo masculino (60-75 %), como en el caso presentado.⁽¹⁶⁾ La presencia de megacolon en un adulto proveniente de área endémica es un indicador de alto riesgo de existencia de megacolon chagásico; y si los resultados serológicos son negativos deben ser repetidos, pues es rara la ausencia de anticuerpos específicos en un caso con megacolon.⁽¹⁸⁾

La evaluación de la afectación del colon debe consistir en pruebas de imágenes con contraste (tomografía computarizada, enema de bario, resonancia magnética abdominal) como las aquí realizadas. Los hallazgos radiológicos típicos deberían incluir disminución de las haustras intestinales y colon atónico dilatado. Además, se recomienda la realización de colonoscopia para excluir una obstrucción mecánica y complicaciones asociadas al megacolon.⁽¹⁹⁾

El tratamiento del megacolon chagásico depende del grado de dilatación y de los síntomas o comorbilidades, pudiendo ir desde la atención sintomática hasta la cirugía.⁽²⁰⁾

El tratamiento quirúrgico de elección del megacolon chagásico es la operación de Duhamel-Haddad modificada, cuya mayor ventaja reside en la escasa incidencia de recidiva en el seguimiento a largo plazo.⁽¹⁶⁾

Es por ello que se recomiendan las siguientes iniciativas que permitirán prevenir, identificar y tratar oportuna y adecuadamente los casos de megacolon chagásico, en Manabí: Establecer como lineamiento la realización pruebas de Chagas (test de anticuerpos) como exámenes de rutinas cada 1 o 2 años a todas las personas; establecer un plan en coordinación con las instituciones locales, nacionales, y la comunidad, para mejorar estructura e higiene de las viviendas. Garantizar tratamiento oportuno a pacientes que cumplan criterios, así como seguimiento médico y psicológico integral. Realizar capacitaciones en hospitales, clínicas, consultorios particulares, universidades, centros de salud y población en general. Ante la presencia de un paciente con historia clínica de constipación crónica que habita en una zona endémica, y en base a los 8 años de experiencia de los autores (Alejandro, Rivadeneira) debe sospecharse como posibilidad diagnóstica la enfermedad de Chagas y sus complicaciones digestivas.

Las condiciones de pobreza, la presencia del vector dentro del domicilio o en sus alrededores, el tipo de vivienda (caña, adobe), presencia de animales domésticos o silvestres en el interior de las mismas que pueden servir de reservorios, la dificultad de acceso a los servicios de salud y principalmente la desinformación por parte de la población, en el caso presentado evidencia que la enfermedad podría estar vinculada al contexto socioeconómico de las comunidades, sus condiciones de vivienda, el acceso a la educación y los movimientos migratorios.⁽¹⁾

La prevención a través del control vectorial es fundamental en la lucha contra esta afección. Las principales medidas deben estar orientadas hacia la construcción de una vivienda digna que no incluya animales domésticos en su interior como gallineros, palomares, conejeras, cuevas, nidos, dormideros protegidos de otros animales y otros, donde se puede desarrollar el vector.⁽⁷⁾

CONCLUSIONES

Se reporta el primer caso clínico y manejo de megacolon chagásico del cantón 24 de Mayo, provincia Manabí, Ecuador.

El contexto ambiental y geográfico del área de estudio aplicado al antecedente personal y familiar de constipación crónica y fecaloma en un adulto, debería necesariamente derivar en la posibilidad diagnóstica de megacolon chagásico; evidenciando así la necesidad de realizar esfuerzos sostenidos para su identificación, tratamiento y prevención en el territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Martínez O, González Morales I, Fragoso Marchante M, Sierra Martínez D, Sánchez Martínez E. Características clínico-epidemiológicas de la enfermedad de Chagas en comunidades del Chapare, Departamento Cochabamba, Bolivia. *MediSur*. 2012 Oct;10(5):355-64. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms04510.pdf>
2. Apt W, Heitmann I, Jercic MI, Jofré L, Noemí I, San Martín AM, Sapunar J, Torres M, Zulantay I. Guías clínicas de la enfermedad de Chagas: Parte II. Enfermedad de Chagas en el adulto, la infancia y adolescencia. *Revista chilena de infectología*. 2008 Jun;25(3):194-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000300009>
3. Fernández T. Enfermedad de Chagas. Texto de Medicina Tropical. Ed Universitaria. 1998. <https://www.spao.es/images/formacion/pdf/biblioteca/entrada-biblioteca-fichero-283.pdf>
4. Murillo-Godínez G. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). *Medicina interna de México*. 2018 Dec;34(6):959-70. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2217>
5. Madrid AM, Quera R, Defilippi C, Defilippi C, Gil LC, Sapunar J, Henríquez A. Alteraciones motoras gastrointestinales en la enfermedad de Chagas. *Revista médica de Chile*. 2004 Aug;132(8):939-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000800005>
6. Rojo-Medina J, Ruiz-Matus C, Salazar-Schettino PM, González-Roldán JF. Enfermedad de chagas en México. *Gaceta medica de México*. 2018 Dec 5;154(5):605-12. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.18004515>
7. Kindelán Mercerón FM, Pérez León JL, León Quindemil OL. Megacolon chagásico en un adulto mayor. *MediSan*. 2016 Mar;20(3):354-8. <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/618>
8. Serra GC, Martínez PE, Suárez ME, Balseca CB, Nader JE, Jácome GE, Hecksher AM, Morán MR, Bonifaz MA, San Lucas10 SD, Estallo11 E. Evaluación de las enfermedades tropicales desatendidas a partir de los determinantes sociales de la salud. *Guayaquil. Ecuador. 2020. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*. 2021 Jun 30;5(39):260-70. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss39.2021pp260-270>
9. Borja Loja AJ. Diagnóstico y tratamiento del megacolon por enfermedad de Chagas. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/fb6a84f2-ed6d-47a8-b293-118ea6a9d86c/content>
10. Polanco CR, Lucas MA, López JG. Enfermedad de Chagas: Un problema de salud silente en el cantón Olmedo, provincia Manabí, Ecuador. *Revista San Gregorio*. 2024 Mar 31;1(57):89-103. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i57.2779>
11. Mantilla Chauca JP. Análisis in silico de la proteína transialidasa SA85-1.1 de *Trypanosoma cruzi* mediante herramientas inmunoinformáticas. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19707/Mantilla_chj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Salazar-Schettino PM, Bucio-Torres MI, Cabrera-Bravo M, Alba-Alvarado MC, Castillo-Saldaña DR, Zenteno-Galindo EA, Rojo-Medina J, Fernández-Santos NA, Perera-Salazar MG. Enfermedad de Chagas en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2016 Jun;59(3):6-16. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n3/2448-4865-facmed-59-03-6.pdf>
13. López-Vélez R, Norman FF, Bern C. American trypanosomiasis (Chagas disease). In *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases* 2020 Jan 1 (pp. 762-775). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-55512-8.00103-4>
14. Chiarpenello J. Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana). Evidencia, actualización en la

práctica ambulatoria. 2004 Sep 1;7(4). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v7i4.5436>

15. Salvatella R. Chagas en Uruguay, 1937-2016: Información básica para su prevención, control y atención. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2016 Mar;87(1):49-52. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v87n1/v87n1a09.pdf>

16. Andrade FZ, Chong GA. Megacolon chagásico. A propósito de un caso. Medicina. 2006 Sep 30;11(3):216-20. <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/352>

17. Pérez-Molina JA, Molina I. Chagas disease. The Lancet. 2018 Jan 6;391(10115):82-94. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31612-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31612-4)

18. Haberland A, Munoz Saravia SG, Wallukat G, Ziebig R, Schimke I. Chronic Chagas disease: from basics to laboratory medicine. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM). 2013 Feb 1;51(2):271-94. <https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0316>

19. Di Martino C, Nesi G, Tonelli F. Surgical Treatment of Chagasic Megacolon with Duhamel-Habr-Gama Technique Modulated by Frozen-Section Examination. Surgical infections. 2014 Aug 1;15(4):454-7. <https://doi.org/10.1089/sur.2012.181>

20. Tzizik DM, Borchardt RA. Chagas disease: an underrecognized diagnosis. JAAPA. 2018 Dec 1;31(12):30-3. <https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000547749.92933.6a>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización, curación de datos y análisis formal: Carlos Regino Alejandro Polanco, Enrique Richard.

Redacción - revisión y edición: Carlos Regino Alejandro Polanco, Enrique Richard, María Alejandra Rivadeneira Lucas.