



www.elsevier.es/cirugia

P-356 - MEGACOLON CHAGÁSICO

Uriarte Vergara, Beatriz¹; del Hoyo Aretxabala, Izaskun²; González de Miguel, Melania¹; Gutiérrez Ferreras, Ana¹; Azpiazu Arnaiz, Pilar¹; Vilar Achabal, Íñigo¹; Fernández Fernández, Javier¹; Loizate Totoricaguena, Alberto¹

¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao; ²Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Resumen

Introducción: El megacolon chagásico es la segunda causa más frecuente de manifestación de las formas digestivas de la enfermedad de Chagas (parasitosis por *Trypanosoma cruzi*), caracterizada por un cuadro de estreñimiento crónico, provocado por una alteración en el funcionamiento de la musculatura de la pared colónica, resultado de la destrucción de las neuronas de los plexos entéricos. Debido al incremento migratorio poblacional, áreas no endémicas como Europa, se enfrentan al manejo de las complicaciones médico- quirúrgicas secundarias a ésta enfermedad, en muchos casos, sin disponer de informes previos sobre los tratamientos recibidos. Aportamos un nuevo caso a la literatura médica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 55 años de edad, natural de Bolivia, intervenida en su país de origen 20 años antes, por vólvulos de colon sigmoides de repetición. Entre sus antecedentes quirúrgicos destacan también colecistectomía, apendicectomía y dos cesáreas. No aporta informes. Remitida a consulta de Coloproctología desde Medicina Digestivo por estreñimiento y distensión abdominal progresivos por megacolon secundario a enfermedad de Chagas, con mala respuesta a tratamiento médico. A pesar de seguir tratamiento con laxantes diarios, la paciente realiza deposición cada tres semanas. Además por su situación socio-económica, ello supone un gasto económico difícilmente sostenible. Ya en nuestras consultas, se solicitan: enema opaco: hallazgos inespecíficos, que pueden encontrarse en relación con megacolon. Colonoscopia: hasta ciego. Se observa una mucosa de características normales. Manometría: inspección y tacto rectal normales. El estudio manométrico muestra canal anal, con un perfil simétrico y con una presión de reposo normal. La presión media máxima conseguida al apretado resulta también normal. El estudio dinámico muestra RIA no detectable con el progresivo inflado del globo. La sensibilidad indica presencia de la primera sensación a las 180 cc de inflado con ausencia de sensación de urgencia peses al llenado del globo hasta 420 cc. Esta circunstancia se debe probablemente a la existencia del megacolon referido, que impide mostrar la sensación pese al llenado progresivo y con un volumen amplio del balón. El reflejo tusígeno es de dudosa apreciación. El test de expulsión es normal, logrando la expulsión del balón en el tiempo estipulado. La paciente es intervenida de forma programada, practicándose colectomía total junto a anastomosis íleo-rectal. Informe anatomía patológica: miositis crónica con inflamación mixta en torno a plexos mioentéricos. Actualmente en seguimiento en consultas, se encuentra asintomática, presenta ritmo intestinal prácticamente diario y no precisa de laxantes.

Discusión: El tratamiento del megacolon chagásico sintomático es quirúrgico. A pesar de las numerosas técnicas empleadas, la mayoría presentan recidiva en el tiempo, fundamentalmente la hemicolecctomía izquierda y no son curativas de la enfermedad. La enfermedad de Chagas es considerada como el paradigma de enfermedad autoinmune infecto-inducida. Líneas de investigación actuales se centran en el estudio de

moléculas involucradas en el intercambio de información entre las neuronas de los plexos mientéricos. No obstante, las medidas para la prevención de la transmisión, constituyen el mejor de los tratamientos y posiblemente en un futuro ni siquiera sean necesarios los tratamientos quirúrgicos.