



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Estreñimiento pertinaz. A propósito de un caso

Persistent constipation. A case report



J.G. Sánchez Cano^{a,b,*}, D. Gayoso Cantero^c y L. Moreno Núñez^a

^a Unidad de Infecciosas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^c Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Descripción del caso

Mujer de 77 años natural de Argentina, concretamente de una zona rural al norte del país, frontera con Bolivia. Consulta en el Servicio de Urgencias por estreñimiento pertinaz de años de evolución que se ha ido acrecentado en los últimos meses hasta limitar de forma importante la calidad de vida. Refiere estar asintomática en la anamnesis por aparatos.

Aunque la paciente está asintomática desde el punto de vista cardiovascular, realiza seguimiento por una insuficiencia mitral y tricúspideas leves con ecocardiogramas de control bianuales.

A su llegada la paciente presenta presión arterial 97/70 mmHg, 74 lpm. La exploración física no presenta signos patológicos, únicamente presenta molestias a nivel abdominal, con palpación de masa a nivel mesogástrico. No presenta estigmas de descompensación cardíaca.

En la analítica de sangre no se objetiva leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda, presenta 12,4 g/dL de hemoglobina, VCM 94,1 fL (78–100), HCM 31 pg (27–32), cifra normal de plaquetas y parámetros de coagulación en rango normal. La función renal y los iones tampoco presentan alteraciones relevantes. El perfil hepático y la amilasa no estaban alterados.

Se realiza una radiografía de abdomen (fig. 1), que se muestra a continuación. Los hallazgos objetivos permitieron orientar un diagnóstico de certeza.

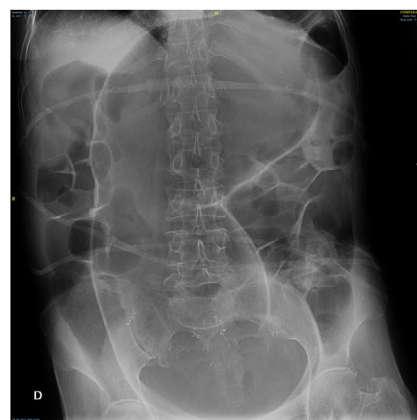


Figura 1. Radiografía simple de abdomen.



Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen. Plano transversal, sagital y coronal.

Evolución y diagnóstico

En la radiografía de abdomen se objetiva un megacolon, sin claros signos de obstrucción intestinal.

Dada la procedencia geográfica y los hallazgos, nos planteamos el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Chagas y otras posibles causas de megacolon como trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, neuropatía diabética), metabólicos o de origen

autoinmune como la esclerosis sistémica. Otras posibilidades son el megacolon tóxico o la obstrucción mecánica.

Se completa el estudio con serologías y PCR de *Trypanosoma cruzi*, resultando la primera positiva (ELISA e IFI) y la segunda negativa. El ecocardiograma transtorácico no mostró hallazgos patológicos. El tránsito esofagogastroduodenal no objetivó alteraciones morfológicas, aunque sí una disminución discreta del peristaltismo esofágico. En el enema opaco se objetivó un aumento de calibre de sigma con pérdida de haustración. Finalmente, en la tomografía computarizada abdominal (fig. 2) se observó una dilata-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juansanchezcanoart@gmail.com (J.G. Sánchez Cano).

ción severa de la totalidad del colon, predominantemente en sigma, sin afectación de otros órganos.

Bajo el diagnóstico de enfermedad de Chagas en fase crónica con afectación gastrointestinal y a pesar del estadio avanzado al diagnóstico, se administró benznidazol durante 60 días. El estreñimiento pasó a ser cada vez más pronunciado y se hizo inmanejable. Probablemente a causa del diagnóstico tan flemático de la paciente, finalmente tuvo que someterse a una colectomía total con ileostomía de descarga, con las implicaciones posteriores que una cirugía de esta magnitud puede tener (en nuestro caso, desnutrición severa).

La enfermedad de Chagas es una parasitosis endémica de América Latina producida por *Trypanosoma cruzi*. Según las últimas estimaciones, unos seis millones de personas están infectadas. Debido a la globalización, la tripanosomiasis americana se está convirtiendo también en un problema de salud en países no endémicos. Es por ello necesario un alto nivel de sospecha ante pacientes procedentes de zona endémica que consultan por sintomatología cardíaca o gastrointestinal, como es el caso de nuestra paciente.

La infección cursa de forma bifásica, con una fase aguda inicial parasitémica que si no se trata progresa a una fase crónica que en unos 10-30 años da lugar a afectación visceral cardíaca (15-45%) o gastrointestinal (10-21%).

Las manifestaciones digestivas varían según la zona de procedencia, y aparecen en relación con la denervación del sistema nervioso entérico, produciendo megavisceras (megacolon 70-87% con afectación preferencial de sigma, esofagopatía 16-30%). Algunos trabajos estudian la influencia de la microbiota en la susceptibilidad, la progresión y la respuesta a parasiticidas en esta enfermedad¹.

En la evaluación inicial de estos pacientes es recomendable realizar, además de pruebas dinámicas digestivas, un cribado de la enfermedad cardiovascular con un ecocardiograma.

Los tratamientos con antitripanosómicos (benznidazol y nifurtimox) son controvertidos en la fase crónica dado las menores tasas de curación parasitaria que se alcanzan y que en ocasiones el daño orgánico está suficientemente establecido comparado con el beneficio que se obtendrá de un tratamiento con una incidencia significativa de efectos secundarios. La opción quirúrgica es infrecuente y la indicación fundamental es el estreñimiento grave persistente refractario al tratamiento o complicaciones secundarias². La cirugía más frecuentemente realiza es la rectosigmoidectomía anterior, siendo la colectomía total infrecuente (en torno al 5-6% según algunas series)³.

En conclusión, debe haber una alta sospecha clínica en pacientes procedentes de zona endémica que consultan por síntomas. El tratamiento precoz permite evitar complicaciones posteriores de muy difícil manejo. Cada diagnóstico tardío es una oportunidad perdida.

Bibliografía

1. Pérez-Molinán JA, Crespillo-Andujar C, Trigo E, Chamorro S, Arsuaga M, Olavarrieta L, et al. Chagas disease is related to structural changes of the gut microbiota in adults with chronic infection (TRIPOBIOME Study). *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2023;17.
2. Vallejo M, Reyes PPA, Martínez García M, González Garay AG. Trypanocidal drugs for late-stage, symptomatic Chagas disease (*Trypanosoma cruzi* infection). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020;12.
3. Santos García RL, Meyer R de Matos B, Féres O, Ribeiro da Rocha JJ. Surgical treatment of Chagas megacolon. Critical analysis of outcome in operative methods. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2008;23 Suppl 1:83–92.