

## Cartas al Director

### Dolicosigma y estreñimiento crónico secundarios a enfermedad de Chagas

---

**Palabras clave:** Chagas. Estreñimiento.

**Key words:** Chagas. Constipation.

---

*Sr. Director:*

La enfermedad de Chagas, científicamente tripanosomiasis, es una enfermedad descrita por el médico brasileño Carlos Chagas en 1909 observando que la vinchuca –insecto hemíptero– transporta un parásito unicelular al que le dio el nombre de *Trypanosoma Cruzi*. La infección se transmite por picadura del insecto de forma más frecuente, aunque también puede ocurrir –en un número menor de ocasiones– por transfusión, donación, o contaminación de laboratorio (1).

Esta enfermedad, endémica en Sudamérica y de escasa incidencia en Europa, presenta tres fases: un primera aguda, otra intermedia o de latencia y una final crónica, con una duración que depende de la gravedad que alcance el proceso. En esta última fase el órgano más afectado es el corazón (miocardiopatía, tromboembolia, aneurismas). En el tubo digestivo, lo más característico es la afección esofágica (disfagia, dolor torácico, etc.) y colónica (megacolon con dolor abdominal y estreñimiento crónico, aunque el estreñimiento puede estar presente sin megacolon) (2).

Se presenta un caso de esta enfermedad, con afección digestiva dando como resultado un dolicosigma y estreñimiento crónico.

Mujer de 47 años, inmigrante latinoamericana, diagnosticada hace 10 años de enfermedad de Chagas en su país de origen. Acude al Servicio de Gastroenterología por estreñimiento crónico y dolor en fosa iliaca izquierda. En la exploración sólo destacaba dolor epigástrico. La velocidad de sedimentación globular (VSG), el hemograma y los resultados bioquímicos fueron normales. Se encontró un ligero alargamiento en los tiempos de coagulación.

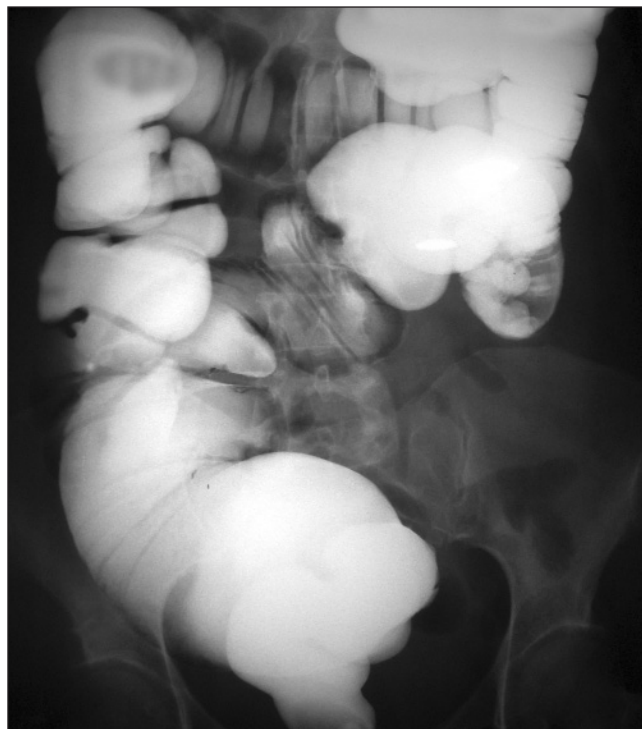


Fig. 1.- Enema opaco que muestra dolicosigma.

Los marcadores tumorales CEA, Ca 125 y Ca 19.9 estaban dentro de la normalidad. En las pruebas complementarias de imagen realizadas (estudio gastroduodenal y enema opaco) se encontró dilatación de rectosigma, sin otras alteraciones (Fig. 1).

Con el diagnóstico de colon chagásico, ante la ausencia de mejoría, se decidió intervención quirúrgica, practicándose sigmoidectomía ampliada e interposición de asa ileal isoperistáltica. El postoperatorio cursó de forma favorable siendo dada de alta hospitalaria a los 10 días de la intervención, y presentando evolución favorable en revisiones posteriores. Macroscópicamente la pieza extirpada es un sigma dilatado, aperistáltico. Histológicamente se observa una dilatación luminal con hipertrofia de capas muscula-

res y plexos entéricos, concordante con el diagnóstico. En la actualidad, al año de la intervención, la paciente se encuentra asintomática y presenta un hábito intestinal normal.

Aunque esta enfermedad provoca más de 2.000 muertes/año en los países donde es endémica, en aquellos que es infrecuente puede pasar desapercibida o ser confundida con otras causas de estreñimiento crónico. Diferentes factores pueden favorecer el incremento de su incidencia en nuestro medio, destacando la inmunosupresión y el fenómeno migratorio (3,4). Lo más destacado del caso es la etiología de un estreñimiento crónico por causas no habituales –colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, etc. (5). Dentro de las posibilidades quirúrgicas para el tratamiento de esta patología, nosotros seguimos la que ofrece menos complicaciones y recurrencias (6). Si nuestro caso hubiera cursado con megacolon, la opción terapéutica adecuada sería la panproctocolectomía (5).

I. Durán Ferreras, J. M. Díaz Pavón, J. M. Vázquez Monchul,  
C. Cruz Villalba, F. López Bernal y F. Docobo Durántez

*Servicio de Cirugía. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

### Bibliografía

1. Aguilar H, Abad-Franch F, Racines VJ, Paucar CA. Epidemiology of Chagas's disease in Ecuador. A brief review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94 (1): 387-93.
2. Meneghelli UG, de Godoy RA, Macedo JF, de Oliveira RB, Troncón LE, Dantas RO. Basal motility of dilated and non-dilated sigmoid colon and rectum in Chagas' disease. *Arq Gastroenterol* 1982; 19 (3):127-32.
3. Villalba R, Fornés G, Álvarez MA, Román J, Rubio V, Fernández M, et al. (1): 31-4. Acute Chagas' disease in a recipient of a bone marrow transplant in Spain: case report. *Clin Infect Dis* 1992; 14 (2): 594-5.
4. Gattuso JM, Kamm MA. Review article: the management of constipation in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 7 (5): 487-500.
5. MacSweeney ST, Shankar A, Theodorou NA. Restorative proctocolectomy for Chagasic megacolon. *J R Soc Med* 1995; 88 (8): 479.
6. Netinho JG, Cunrath GS, Ronchi LS. Rectosigmoidectomy with ileal loop interposition: a new surgical method for the treatment of chagasic megacolon. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (10): 1387-92.