

Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica

Joaquim Gascón^a, Pedro Albajar^b, Elías Cañas^c, María Flores^d, Jordi Gómez i Prat^e, Ramón N. Herrera^f, Carlos A. Lafuente^g, Héctor L. Luciardi^h, Álvaro Moncayo^b, Lluís Molinaⁱ, José Muñoz^a, Sabino Puente^j, Ginés Sanz^k, Begoña Treviño^o y Xavier Sergio-Salles^l; Grupo de Trabajo del II Taller "Enfermedad de Chagas importada, un nuevo reto de Salud Pública". Documento de consenso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI)

^aSecció Medicina Tropical-Centre Salut Internacional. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona. España. ^bDepartamento de Medicina Tropical. Instituto Oswaldo Cruz-Fiocruz. Río de Janeiro. Brasil. ^cConsulta Salud Internacional. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. ^dServicio de Parasitología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. ^eUnitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes. ICS. Barcelona. España. ^fFacultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán. Argentina. ^gMedicina Tropical. Hospital Japonés. Santa Cruz. Bolivia. ^hUniversidad de los Andes. Bogotá. Colombia. ⁱServicio de Cardiología. Hospital del Mar. Barcelona. España. ^jSección de Medicina Tropical. Hospital Carlos III. Madrid. España. ^kCentro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares. Madrid. España. ^lFundação Oswaldo Cruz. IPEC. UFRJ. HUCFF. Río de Janeiro. Brasil.

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis originaria del continente americano. En la naturaleza, *Trypanosoma cruzi* se transmite vectorialmente a través de diversas especies de chinches triatomíneos. No obstante, se han descrito otros mecanismos de transmisión no vectorial, como la transmisión a través de productos sanguíneos o mediante el trasplante de órganos infectados, y la transmisión vertical. Actualmente, la enfermedad de Chagas afecta a unos 10-12 millones de personas en el mundo y el proceso de urbanización en América Latina y los movimientos migratorios desde los países endémicos han posibilitado que la enfermedad de Chagas sea diagnosticada en zonas donde la infección no es endémica. Se considera que un 20-30% de las personas infectadas por *T. cruzi* desarrollarán a lo largo de su vida alteraciones cardíacas. Las características diferenciales de la cardiopatía chagásica, el escaso conocimiento que se tiene de ella en nuestro medio y la elevada frecuencia de arritmias y muerte súbita como primeras manifestaciones potenciales de esta enfermedad hacen prioritarias la elaboración y divulgación de protocolos diagnósticos y terapéuticos para la atención de estos pacientes a fin de mejorar el conocimiento de esta patología por los profesionales sanitarios potencialmente implicados en su detección y manejo.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas. Cardiopatía. Arritmia. Muerte súbita.

De acuerdo con los autores y los editores, este artículo se publicó de forma íntegra en Rev Esp Cardiol. 2007;60(3):285-93.

El Taller sobre la enfermedad de Chagas importada tuvo lugar los días 6 y 7 de marzo de 2006 y fue financiado por la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR; 2005/ARCS2/00040) de la Generalitat de Catalunya; por el Ministerio de Educación y Ciencia MEC (SAF-2005-24601-E); por la Red de Medicina Tropical del FIS (RICET). Diversos miembros que han participado en la elaboración del documento de consenso participan en la RICET y la RIVEMTI (Red Catalana de Vigilancia Epidemiològica de Enfermedades Tropicales e Importadas).

Correspondencia: Dr. J. Gascón.
Secció Medicina Tropical. Centre de Salut Internacional. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: jgascón@clinic.ub.es

Diagnosis, Management and Treatment of Chronic Chagas' Heart Disease in Areas Where *Trypanosoma cruzi* Infection Is Not Endemic

Chagas' disease, or American trypanosomiasis, is a parasitic zoonosis found only in the Americas. Under natural conditions, *Trypanosoma cruzi* is transmitted by insects belonging to different species of Triatoma. However, several routes of transmission that do not involve insect vectors have also been described, such as transmission via blood products or transplantation of infected organs, and vertical transmission. At present, the number of people infected with Chagas' disease worldwide is estimated to be about 10-12 million. The process of urbanization in Latin America and migratory population movements from endemic countries have led to the disease being diagnosed in non-endemic areas. It is estimated that 20-30% of individuals infected with *T. cruzi* will develop symptomatic heart disease at some point during their lives. The specific differential characteristics of chronic chagasic cardiopathy, lack of knowledge of the disease among many healthcare workers, and the fact that arrhythmia or sudden death is frequently the first manifestation of disease all make it essential that diagnostic and therapeutic protocols for the disease are developed and disseminated. The aim should be to improve patient care by increasing understanding of the condition by physicians and other healthcare professionals who may be involved in its detection and treatment.

Key words: Chagas' disease. Heart disease. Arrhythmia. Sudden death.

Introducción

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis originaria del continente americano.

Carlos Chagas la describió a principios del siglo XX, y ha sido –y es– uno de los retos de salud pública más importantes de América Latina.

Las tendencias epidemiológicas en las últimas dos décadas muestran claramente una reducción de la transmisión vectorial debido a los programas de control y mejora de la vivienda rural, así como su interrupción en Chile, Uruguay y recientemente Brasil, lo que ha contribuido a la disminución de la incidencia anual de la enfermedad en todo el continente¹⁻³.

En la naturaleza, *Trypanosoma cruzi* se transmite vectorialmente a través de diversas especies de chinches triatomíneos. No obstante, se han descrito otros mecanismos de transmisión no vectorial a través de productos sanguíneos, el trasplante de órganos y la transmisión vertical. En las zonas donde la infección es endémica, también se ha descrito la transmisión oral por la ingestión de alimentos contaminados con heces de los chinches infectados^{4,5}.

Actualmente, la enfermedad de Chagas afecta a unos 10-12 millones de personas en el mundo⁶. Su distribución geográfica se extiende desde el paralelo 40 de latitud norte, en el sur de Estados Unidos en América del Norte, al paralelo 45 de latitud sur de Argentina y Chile⁷. El proceso de urbanización en América Latina, intensificado en la segunda mitad del siglo XX, ha modificado el perfil epidemiológico de esta enfermedad, y los movimientos migratorios desde los países endémicos han posibilitado que la enfermedad de Chagas sea diagnosticada en zonas donde la infección no es endémica^{8,9}.

España se ha convertido en uno de los países europeos que recibe más inmigrantes procedentes de América Latina. El 31 de diciembre de 2005 constaban en el registro de extranjeros con tarjeta de residencia en España cerca de un millón de personas originarias de América Latina¹⁰, aunque la revisión del padrón municipal del año 2005 arrojaba unas cifras superiores (1.445.796 personas). En las unidades y servicios especializados en medicina tropical y salud internacional de nuestro país ya se está diagnosticando y tratando a personas con esta enfermedad¹¹.

La reciente reunión de la OPS en Montevideo se hizo eco de esta realidad, y en su informe final hace alusión a las necesidades que tienen los países receptores de inmigrantes originarios de áreas endémicas para hacer frente a la enfermedad de Chagas y poder atender adecuadamente a las personas afectadas, así como para evitar la transmisión de *T. cruzi* por las vías vertical y sanguínea¹².

Patogénesis e historia natural de la cardiopatía en la enfermedad de Chagas

Después de la fase aguda de la infección, la enfermedad de Chagas no tratada entra en una fase crónica, inicialmente con una forma asintomática o indeterminada. Posteriormente, el 20-30% de los pacientes desarrolla alteraciones cardíacas (forma cardíaca), un 10% alteraciones digestivas (forma digestiva) o ambas (forma mixta) y menos del 5%, una forma neurológica. El resto permanecerá en la forma indeterminada, sin ningún tipo de manifestaciones clínicas durante toda su vida¹³.

Debido a la potencial gravedad de las complicaciones cardíacas de la enfermedad y a la frecuencia de éstas, el II Taller sobre la enfermedad de Chagas importada se ha

centrado en las características clínicas de la cardiopatía chagásica crónica (CCC) y en los requerimientos para un correcto diagnóstico, manejo y tratamiento. La patogenia de la enfermedad es controvertida, aunque los conocimientos actuales orientan hacia una etiología mixta, en la que participaría directamente el parásito produciendo daño miocárdico^{14,15} y un fenómeno autoinmune asociado^{16,17}. Otros mecanismos patogénicos descritos incluyen alteraciones microvasculares y denervación autonómica¹⁸⁻²¹.

La cardiopatía chagásica presenta algunas características diferenciales con otras cardiopatías más comunes en nuestra área:

- Se trata de una cardiopatía fibrosante, que generalmente se localiza en la región posteroinferior y apical del ventrículo izquierdo, el nódulo sinusal y el sistema de conducción por debajo del haz de His y cursa con afectación predominantemente segmentaria de la contractilidad.
- Es una miocardiopatía dilatada con tendencia a la formación de aneurismas, sobre todo apicales.
- Gran potencial arritmogénico, siendo frecuentes las arritmias ventriculares, muchas veces asociadas a bradiarritmias (de origen sinusal y/o auriculoventricular).
- Elevada frecuencia de fenómenos tromboembólicos.
- Puede presentarse como dolor precordial, generalmente atípico, aunque eventualmente puede simular una cardiopatía isquémica.

En la evolución natural de la enfermedad, las alteraciones cardíacas aparecen de forma progresiva a los 20-30 años de la infección²². No obstante, un 5-10% de los pacientes presentan durante la fase aguda una miocarditis de evolución rápida hacia una forma grave de cardiopatía de Chagas^{23,24}. Más raramente, pacientes que se encuentran en la fase crónica de la enfermedad, con afectación cardíaca leve, pueden presentar una agudización súbita con intensa parasitemia y clínica de insuficiencia cardíaca aguda; los tratamientos inmunosupresores favorecen también estas reagudizaciones²⁵.

Estudio del paciente con sospecha de enfermedad de Chagas y cardiopatía chagásica

Diagnóstico de la infección por *T. cruzi*

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas en nuestro medio se abordó en el documento de consenso del primer Taller sobre la enfermedad de Chagas importada²⁶. En síntesis se basa en la coexistencia de dos criterios:

- Antecedente epidemiológico compatible: el paciente debe tener por lo menos un antecedente epidemiológico (personas originarias o hijos de madres originarias de zonas endémicas; viajeros con estancias en área endémica y estilo de vida de riesgo de infección) que haya hecho posible la transmisión de *T. cruzi* a través de cualquiera de las vías de infección descritas.
- Diagnóstico microbiológico. Se considera infectadas a todas las personas con un resultado parasitológico positivo o si tienen dos resultados positivos con dos técnicas serológicas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3402660>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3402660>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)