

---

---

## EDITORIAL

# Enfermedad de Chagas: reemergente o desasistida.

La enfermedad de Chagas (ECh), Mal de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis causada por *Trypanosoma cruzi* y transmitida al hombre y otros animales a través de insectos hematófagos de la subfamilia Triatominae. Se caracteriza por ser una enfermedad tropical del medio rural en América Latina, donde es un grave problema de salud pública por su carácter de evolución crónica. El parásito fue descrito por primera vez en 1909 por Carlos Chagas en Brasil y en 1919, Tejera-París realiza la comprobación parasitológica de la ECh en Venezuela, tanto en el vector como en el humano (1, 2).

La enfermedad consta de una fase aguda y una crónica, separadas por una fase indeterminada. La fase aguda se caracteriza por presentar el signo de Romaña, además de síntomas generales (fiebre, mialgias y cefalea), pericarditis y miocarditis con anormalidades eléctricas y arritmias. Para la mayoría de los infectados la fase aguda pasa inadvertida, evolucionando a la fase indeterminada conocida por su carácter asintomático. La gran mayoría de los individuos infectados permanecen en esta fase por largos períodos o durante toda la vida. La fase crónica, ocurre en un 30% de los casos, con lesiones que afectan a órganos internos tales como corazón, esófago o colon, y sistema nervioso autónomo. Tras varios años de infección asintomática, del 20% al 30% de los casos infectados presentan manifestaciones cardíacas (que pueden producir muerte súbita), del 5% al 10% lesiones del

aparato digestivo (fundamentalmente megavisceras) y los pacientes inmunodeprimidos presentan afectación del sistema nervioso central.

De acuerdo a las estimaciones más recientes según la 62a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo hay unos 8 millones de personas infectadas por el parásito y en 2008 se registraron 11.000 defunciones. Hay transmisión local de la ECh en países y zonas tales como Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyana Francesa, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Suriname. El número de casos diagnosticados ha aumentado en Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Europa y Japón, y este aumento plantea riesgos adicionales de transmisión a través de las transfusiones de sangre, la infección congénita y los trasplantes de órganos (3).

Las vías clásicas de transmisión más frecuentes son a través de la picadura del vector, por transmisión transplacentaria madre-hijo y por transfusión de sangre, sin embargo, la vía oral está tomando cada día más importancia, dado los recientes reportes de brotes agudos. Los casos más frecuentes de ECh por contaminación de alimentos no se producen por la ingesta de bebidas pasteurizadas o comidas envasadas, sino por consumir frutas y hortalizas que han sido manipuladas en casa.

---

En Venezuela, Añez y col. (4) indicaron un 11% de seropositividad a *Trypanosoma cruzi* en cerca de 4.000 muestras analizadas en 75 localidades endémicas de 10 estados del territorio nacional, siendo el 8,5% de éstas pertenecientes a niños entre 0 a 10 años. Estudios realizados en los estados centro-occidentales y nor-orientales han mostrado prevalencias entre el 11,2% y 16,3%, con una distribución por estados de: 12,6% a 30,8% en Cojedes; 22,8% a 25,7% en Barinas; 11% a 23,8% en Trujillo; 19,4% en Portuguesa; 7,3% a 14% en Mérida; 7,8% en Yaracuy; 1,5% a 2,9% en Falcón, detectándose un 2,08% de casos agudos entre los seropositivos (5). Asimismo, al analizar pacientes referidos a centros de salud con diagnóstico presuntivo de ECh, se apreciaron frecuencias entre 44,6% y 64,8% de casos agudos también entre los seropositivos. En el período enero 2006 marzo 2007, fueron detectados un total de 9 casos agudos provenientes de los estados Barinas: 7 y Trujillo: 2, de los cuales 2 (22,2%) resultaron casos fatales. Todos los pacientes provenían de áreas endémicas para ECh, donde existen factores de riesgo de transmisión chagásica. Estos resultados plantean la existencia de una transmisión activa de la enfermedad de Chagas de proporciones preocupantes en nuestro país ya que en lugar de un efectivo control o erradicación de ésta como consecuencia de la campaña antichagásica iniciada hace más de 40 años emergen en los inicios de este siglo en algunos estados del occidente del país, tantos casos agudos como aquellos señalados para comienzos del siglo pasado (4-9).

Actualmente por efecto de la interacción entre las zonas rurales y urbanas han podido ocurrir y detectarse los nuevos casos de transmisión oral de la enfermedad, como los ocurridos en Brasil (10) y Venezuela. En el primer caso se trató de población urbana que en vacaciones se desplazaba hacia zo-

nas rurales y los individuos que viajaban en sus vehículos compraron e ingirieron jugo de caña de un mismo lugar, donde se presume se trituraron insectos vectores de la enfermedad y de cuyas heces y sangre se transmitió la enfermedad a las personas.

En nuestro país, se ha informado a través de periódicos nacionales la presencia de brotes de transmisión oral de esta enfermedad, todos a partir del año 2005: en un hogar de ancianos del estado Guárico, hace unos tres años y medio; el de una familia de Mérida, en 2006; el caso de la escuela Municipal Andrés Bello del Municipio Chacao, en Caracas, en 2007 y recientemente en marzo del presente año un nuevo brote en Chichiriviche de la Costa, sin embargo indican que los dos primeros no fueron reportados por las autoridades sanitarias del país. En el brote de 2007 y en el de este año el jugo de frutas contaminado con chipos o excremento de éste, fue, posiblemente, el vehículo por el cual se diseminó el parásito tan rápido y entre tantos individuos.

El encargado de la OMS para el estudio de la enfermedad de Chagas, durante su intervención en la VIII de la Comisión Inter gubernamental de la Región Andina para la Transmisión de Chagas auspiciado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, indicó que Venezuela conjuntamente con Brasil y Guyana enfrentan nuevos desafíos para esta enfermedad y el reciente hecho fortuito de la transmisión oral por la ingesta de alimentos, demuestra que ésta se está produciendo por factores ambientales que requieren de metodologías innovadoras para su abordaje (11).

El riesgo de infección por *T. cruzi* está directamente relacionado con la pobreza. La migración de las zonas rurales a las ciudades observada en Latinoamérica en los años setenta y ochenta, ha modificado las características epidemiológicas tradicionales de la enfermedad.

Dado esto, se hace necesario entonces aumentar la vigilancia epidemiológica, la promoción de salud y la prevención. La detección de brotes de ECh agudo por transmisión oral en un lugar urbano, plantea la necesidad de considerarla como reemergente y ampliar las acciones de vigilancia y control frente a los nuevos retos epidemiológicos en la lucha antichagásica como política de estado y la obligatoriedad de reportar los casos detectados en todo el territorio nacional.

A cien años del descubrimiento de la ECh, se sigue observando la deforestación que destruye el hábitat de los vectores como en el caso del parque nacional Ávila de Caracas, que colinda con una zona plenamente urbanizada de clase media alta de la ciudad, con edificios de diez ó más pisos de altura, en los cuales se han encontrado vectores infectados con *T. cruzi* presumiéndose que han llegado a los apartamentos huyendo de los incendios forestales que

ocurren en la época de sequía por un lado y, por el otro, a pesar de que en los años sesenta se consideró como importante medida de control la transformación de las viviendas rurales con propósitos sanitarios para impedir su colonización por los vectores, se siguen observando viviendas precarias, además los enfermos de estas zonas rurales tradicionales de hoy son mayoritariamente los mismos de hace cien años: son los campesinos pobres y de poca o ninguna educación, que viven en las zonas agrícolas en viviendas aisladas, no ha cambiado lo que el propio Carlos Chagas describió en su reporte inicial de la enfermedad cuando afirmaba que: "*De regra, é o hematófago visto em maior abundância nas habitações pobres, nas choupanas de paredes não rebocadas e cobertas de capim*".

"La regla es un hematófago que es observado en gran cantidad en habitaciones pobres, en chozas con rendijas y paredes cubiertas con palmas"

Odelis Díaz-Suárez

### **Chagas disease: re-emergent or neglected.**

Chagas disease is a tropical parasitic disease distributed throughout America, from southern United States to Argentina, mostly, in poor and rural areas of Central and South America. According to the latest estimates, there are 8 million people all over the world infected by the parasite and in 2008, 11000 deaths were registered. Currently, with the occurrence of internal migrations from rural areas to cities, the disease is changing the establishment of its epidemiological profile. Instead of an effective control or eradication, as consequences of the antichagasic campaign initiated in Venezuela 47 years ago, as many cases are emerging today, in some westerns states of the country, as those reported at the beginning of the last century. In addition, there is a considerable increase in the oral transmission of the disease, through neglect and the lack of sanitary controls in food processing. For these reasons, a monitoring system of rapid response must be implemented by the Venezuelan health system to control de disease.

1. **Moncayo A.** Chagas disease. En World Health Organization. Tropical disease research, progress 1991-1992. Geneva: WHO. 1993; 67-75.
2. **Tejera-París E.** La tripanosomiasis Americana o Enfermedad de Chagas en Venezuela. Gac Méd Caracas 1919; 26:104-108.

3. [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_17-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_17-sp.pdf).
4. **Añez N, Crisante G, Rojas A.** Update on Chagas Disease in Venezuela. A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2004; 99:781-787.
5. **Añez N, Crisante G, Rojas A, Díaz N, Añez-Rojas N, Carrasco H, Parada H, Aguilera M, Moreno G, Galíndez I, Sandoval R, Vásquez L, Nava O, Guerra F, Uzcátegui G, Yépez J, Rodríguez C, Bonfante R.** La cara oculta de la enfermedad de Chagas en Venezuela. *Bol Mal Salud Amb* 2003, 43:45-57.
6. **Añez N, Crisante G, Parada H.** Nuevos casos agudos de Enfermedad de Chagas en el occidente de Venezuela. *Salus* 2007, 11(1):87-90.
7. **García R, Hernández E, Rodríguez-Bonfante C, Jiménez M, Bonfante-Cabarcas R, Añez N, Scorza J, Ramírez J.** Primer consenso venezolano sobre la enfermedad de Chagas: conclusiones y recomendaciones. *Avances Cardiol* 2001; 21(1):14-23.
8. **Añez N, Carrasco H, Parada H, Crisante G, Rojas A, Gonzalez N, Ramirez J, Guevara P, Rivero C, Borges R, Scorza J.** Acute Chagas' disease in western Venezuela: a clinical, seroparasitologic and epidemiologic study. *Am J Trop Med Hyg* 1999; 60(2):215-222.
9. **Rodríguez-Bonfante C, Amaro A, García M, Wohlert LEM, Guillen P, García RA, Alvarez N, Diaz H, Cardenas E, Castillo S, Bonfante-Garrido R, Bonfante-Cabarcas R.** Epidemiología de la enfermedad de Chagas en el municipio Andrés Bello Blanco, Lara, Venezuela: infestación triatomínica y seroprevalencia en humanos. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1133-40
10. **Pereira KS, Schmidt FL, Guaraldo AM, Franco RM, Dias VL, Passos LA.** Chagas' disease as a foodborne illness. *J Food Prot* 2009; 72(2):441-446.
11. <http://www.mpps.gob.ve/ms/index.php>.