

LA MIOCARDITIS CHAGASICA EN MEXICO

Por el Dr.

Paulo Borba¹

Los cincuenta años que se fueron desde la primera descripción de la enfermedad de Chagas, vinieron a demostrar su importancia médicosocial en este Continente. Pesquisas epidemiológicas evidenciaron que áreas extensas del Brasil y de casi todos los países de las Américas tienen los insectos vectores infectados. Numerosos casos humanos comprobados en diferentes países demostraron que la enfermedad de Chagas contribuye fuertemente para los índices de morbilidad y de mortalidad de extensas áreas rurales.

Mucho hay que hacer aún. Numerosas zonas de este Continente, potencialmente chagásicas por tener en los insectos transmisores el agente de la enfermedad y las condiciones del medio propicias a su difusión, no fueron todavía suficientemente exploradas.

Del escepticismo generalizado, en cuanto a la realidad de las formas clínicas crónicas, resultó el reducido número de casos encontrados en la literatura médica durante un largo período. El desconocimiento de los síntomas y signos de las formas crónicas y la dificultad de demostrarse en ellas la presencia del agente etiológico, hicieron que las pesquisas se orientasen para la forma aguda, en la cual la facilidad del hallazgo del parásito en el organismo contribuía a un diagnóstico seguro.

De ahí, las varias contribuciones valiosas a la clínica de la esquizotripanosis aguda hechas por los investigadores, sobre to-

do, Mazza, Romana y Tállice, en la Argentina y en el Uruguay, países en donde han sido encontrados numerosos casos agudos.

Merced, pero, a las pesquisas realizadas por los científicos del Instituto Oswaldó Cruz, en Brasil y de la divulgación de sus trabajos, fue despertando un mayor interés por la enfermedad. La facilidad de la realización de la reacción de fijación del complemento y un mejor conocimiento del cuadro clínico de la enfermedad de Chagas, con sus aspectos cardiológicos perfectamente caracterizados, tornaron posible el aumento vertiginoso de la casuística sobre la cardiopatía crónica, publicada en los últimos años.

Es necesario señalar, también, el hecho de que sólo se diagnostica una enfermedad cuando se piensa en ella y que, en varias ocasiones, solamente fue comprobada la existencia de la enfermedad de Chagas en regiones en donde se pensaba que no existiera, después de la realización de pesquisas sistematizadas¹.

Dificulta, ahora, la comprobación de nuevos casos, el escepticismo, no en cuanto a su realidad clínica, como antaño, pero sí a su existencia en determinados países.

LA MIOCARDITIS CHAGASICA EN MEXICO

Habiendo permanecido en el Instituto Nacional de Cardiología, en México, durante seis meses, como asistente voluntario, nos ha sorprendido el punto de vista dominante allá de que la cardiopatía chagásica es muy rara o inexistente en Mé-

¹ Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Recife, Brasil.



xico. En más de una ocasión, en discusiones clínicas y anatomoclínicas, la etiología chagásica fue alejada bajo el mero argumento de que el paciente no proviniera de zona en donde la enfermedad existiera. Caso semejante aconteció en el nordeste brasileño hasta hace pocos años.

Estos hechos nos despertaron la curiosidad de estudiar la situación de la enfermedad de Chagas en México. Por la literatura estudiada^{2 u 7}, vinimos a saber que los datos epidemiológicos eran los siguientes:

- 1) 27 especies y subespecies de triatomídeos ya fueron relatados en México: *T. barberi*, *T. dimidiata*, *T. dimidiata maculipennis*, *T. gerstaeckeri*, *T. hegneri*, *T. incrassata*, *T. lecticularis occulta*, *T. longipes nicricollis*, *Dipetalogaster maximus*, *T. mexicana*, *T. phyllosoma*, *T. phyllosoma intermedia*, *T. phuyosoma longipennis*, *T. phyllosoma mazzotti*, *T. phyllosoma pallidipennis*, *T. phyllosoma picturata*, *T. phyllosoma usingeri*, *Rhodnius prolixus*, *T. protracta*, *T. protracta peninsularis*, *T. protracta woodi*, *T. rubida*, *T. rubida sonoriana*, *T. rubida uhleri*, *T. sanguisuga*, *T. sanguisuga indictiva*, *T. sanguisuga occidentalis*.
- 2) Estos insectos transmisores, naturalmente infectados, fueron encontrados en los Estados de Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Quinatana Roo, San Luiz Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- 3) De 2.039 parásitos examinados, 506 o sea un 24.8 %, estaban infectados. Las especies más peligrosas son aquellas que viven o invaden, con frecuencia, el domicilio humano: *T. phyllosoma*, *T. pallidipennis*, *R. prolixus*, *T. picturata*, *T. dimidiata*, *T. longipennis* y *T. gerstaeckeri*.
- 4) Varios animales están infectados ex-

pontáneamente por el *S. cruzi*: *Canis familiaris*, *Dasyopus novemcinctus mexicanus*, *Didelphis marsupialis* y *Rattus norvegicus*.

- 5) Solamente siete casos humanos habían sido comprobado hasta la fecha de la revisión. De estos 7 casos, 3 tenían comprobación parasitológica, y de los 3, 2 fueron encontrados en la mina "El Carmen" (Teopomulco, Oaxaca) y 1 en Mérida (Yucatán). Durante el curso de la pesquisa en Apatzingán, Michoacán, se hicieron exámenes en la sangre de 48 sujetos, de los cuales 4 tuvieron la reacción de fijación del complemento positiva para la enfermedad de Chagas, o sea, un porcentaje de 8.3 (que en comparación con el que obtuvimos en Hospital de Centenario, Recife, Brasil¹ de 4.84 % en 67 pacientes exámenes, resulta relativamente alto).
- 6) 150 electrocardiogramas hechos en pacientes no seleccionados, no dieron datos suficientes para afirmar que sea común la cardiopatía crónica (chagástica) en aquella localidad (Apatzingán).
- 7) En 1942, en Río de Janeiro, Martínez Baez, propuso, entre otras medidas: a) la investigación de la existencia de la enfermedad en todos los lugares que tenían triatomídeos infectados. b) la oferta de recursos diagnósticos a los médicos que trabajaban en las zonas infectadas.

Hasta la fecha, sin embargo, no se han llevado a cabo las medidas propuestas. Es difícil de entender, ya que huye a toda regla de las enfermedades parasitarias, que existan los reservorios naturales, el agente infectante, el insecto vector infectado, y no exista la enfermedad humana, en proporciones importantes desde el punto de vista médicosocial.

El ambiente de escepticismo respecto de la existencia de la enfermedad de Chagas en México, se debe a que en el Instituto Nacional de Cardiología, institución de valor científico reconocida en

todo el mundo, no se hayan encontrado casos de la referida cardiopatía.

Pero, hay que considerar:

- 1) La enfermedad de Chagas es típica de medios rurales:
- 2) En los medios rurales gran número de portadores no son diagnosticados: a) los que mueren en la fase aguda; b) los que, a pesar de tener el parásito en la sangre, no tienen cardiopatía (formas indeterminadas); c) los que tienen cardiopatía crónica, pero sin síntomas que los hagan buscar al médico; d) los que tienen síntomas (perturbaciones del ritmo cardíaco o insuficiencia cardíaca de rápida evolución, para los cuales el médico rural no dispone de medios de diagnóstico (reacción de fijación del complemento y electrocardiograma).
- 3) La evolución grave y rápida de los casos de insuficiencia cardíaca hacen difícil la transferencia de los enfermos a la capital en busca de mejores recursos médicos.
- 4) Las miocarditis chagásicas pueden ser confundidas fácilmente, en los jóvenes, con la carditis reumática activa, extraordinariamente frecuente en México y, en los viejos, con la cardioangiosclerosis. Sin olvidar que puede coexistir con cualquiera de estas enfermedades.

Pesquisas clínicas del tipo de hacer electrocardiogramas en pacientes no seleccionados, tienen escasa posibilidad de éxito. Si, por ejemplo, se hicieran 150 radiografías en sujetos no seleccionados y no se encontrara aortitis o aneurismas luéticos, no se podría por este sólo hecho descartar la existencia de sífilis en una población dada.

La mejor manera de investigarla, es hacer exámenes de sangre de grandes grupos de pacientes de regiones que tengan el parásito infectado y hacer el estudio cardiológico de los enfermos. En los hospitales, se haría descartando la enferme-

dad de Chagas, por medio de la reacción de Machado-Guerreiro y del xenodiagnóstico, sistemáticamente, en todos los portadores de miocarditis no reumática o de aquellas acompañadas de graves alteraciones del ritmo y de la conducción cardíacas.

Durante nuestra permanencia en el Instituto Nacional de Cardiología, tuvimos oportunidad de estudiar un caso muy sospechoso:

R.R.R., reg. 58.365, de 15-11-957, 51 años, procedente de Oaxaca, masculino. Sin antecedentes de reumatismo, sífilis u otra enfermedad importante; alcoholismo en forma ocasional; fumó 3 a 5 cigarrillos al día, durante 1 año, hasta 5 años atrás; desde entonces no ha vuelto a fumar.

H.A. Refiere que en 12-10-957 despertó a las 2 A.M., con sensación de asfixia intensa que lo obligó a levantarse y deambular, con lo que disminuyó la asfixia. Posteriormente, presentó disnea de grandes esfuerzos, que progresó a disnea de medianos esfuerzos, acompañada de cefalea de mediana intensidad.

Se le instituyó tratamiento no especificado, disminuyendo la disnea, siendo en la actualidad de grandes esfuerzos. 15 días antes de practicarle la historia clínica presentó tos de predominio nocturno, con expectoración blancoamarillenta. Nunca tuvo palpitaciones, edema, dolores precordiales, u otra sintomatología.

E.F., 1,67 m., 67 kilos. Brevilíneo. Mestizo. Buen estado general. Ingurgitación yugular: 1 cruz. Apex en el 5º E.I.I., a 8 cm de la línea media esternal, por dentro de la 1ª l.m. clavicular izquierda. No había thrill. Ruidos cardíacos débiles. Rs. Cs. Arts. por extrasístoles. No había ruidos anormales. Frecuencia respiratoria de 16 por minuto. Auscultación pulmonar normal. Pulso radial débil, arrítmico, con frecuencia media de 36 latidos por minuto. Arterias normales. T.A. 130 x 75. Ms. Is.: pedias normales, venas normales.

Examen en sangre: glucosa, 96 g %. Ecg. N° 83.313, de 17-11-957 (Fig. 1). Conclusiones: Bloqueo A-V de 2º grado, que, a veces se hace completo, con ritmo nodal o idioventricular superior. Frecuencia ventricular de 36 por minuto. Complejos rsR en V1 RS (empastamiento S) en V6. T negativo en D2, D3 y V3 a V6. T. S. lesiones alrededor del nodo con B.A.-V. y fenómeno de W. Lucciani; trastorno de recuperación de cara posterior y ánterolateral y de punta.

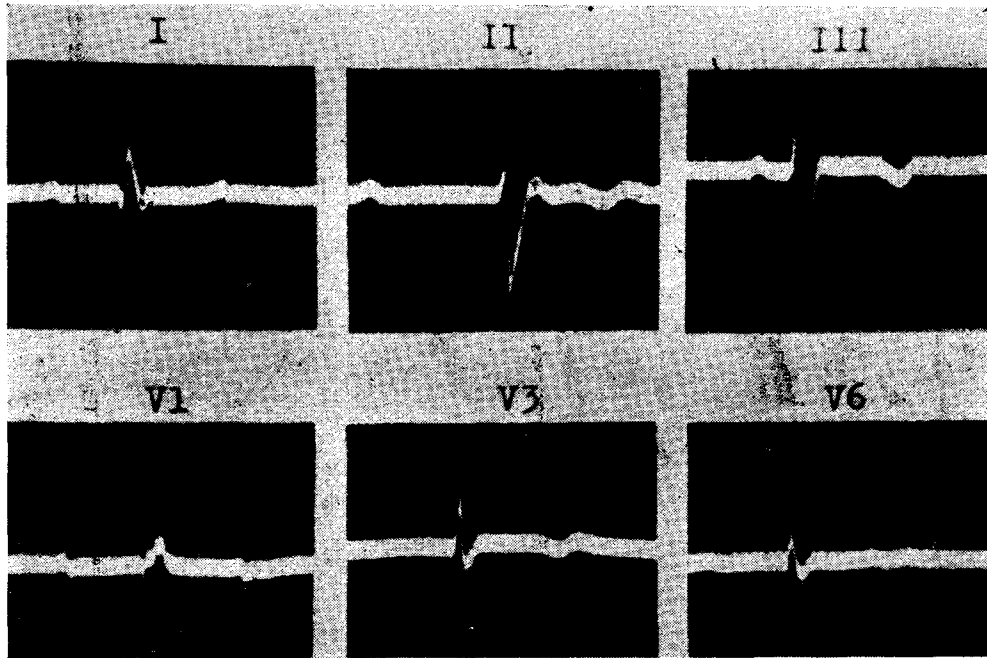


Fig. 1 — Electrocardiograma del enfermo Registro N° 58365. Ver descripción en el texto.

R.X. "Cardiomegalia: 2 cruces. Ventrículo izquierdo: 2 cruces". Fue pedida la reacción de Machado-Guerreiro, la cual, desafortunadamente no se hizo. El electrocardiograma de este caso es compatible con la miocarditis chagásica. Podría tratarse de una cardioangiosclerosis, pero no hay síntomas de dolor y un electrocardiograma de este tipo, en cardioangiosclerosis se encuentra solamente después de años de sufrimiento, con crisis anginosas e infartos de repetición.

Los pacientes cuyos resúmenes de los registros transcribimos abajo son, también, casos de probable etiología chagásica:

R.G., 12 años, reg. 52.307, de 12-8-956. Proc. de Aguas Calientes, AGS. Se trataba de un niño con antecedentes de fiebre reumática a los 10 años. Se encontraba con una gran insuficiencia cardíaca.

El electrocardiograma hecho en 31-7-956 (Fig. 2) tuvo el siguiente diagnóstico: "Alteraciones miocárdicas auriculares y ventriculares; crecimiento de VI; profundo trastorno de la repolarización, probable isquemia anterior; BIRDHH. Probable crecimiento del ventrículo derecho". "El estudio radiológico de tórax: "gran cardiomegalia, datos muy sugestivos de edema pulmonar agudo". Se hizo el diagnóstico de cardiopatía reumática.

Datos anatómicos resumidos: Autopsia 1.814. "Miocardio es muy blando, tiene color rosado violáceo, deformándose notablemente el corazón al colocarlo sobre la mesa. La aorta mide 45 mm de circunferencia. En la superficie interna del vaso no se observan alteraciones. Las arterias coronarias muestran su luz amplia y permeable, sin alteraciones macroscópicas.

Miocardio: cicatrices de zonas de isquemia y de infarto. Tumefacción turbia. Fragmentatio cordis. Orejuela izquierda: moderada esclerosis endocárdica". El diagnóstico fue: "miocarditis de etiología indeterminada, con intensa cardiosclerosis por múltiples y extensas cicatrices del miocardio".

A.A.R. Reg. 50.369, de 13-2956. Proc. de México, D.F. Paciente con 34 años, con IC de evolución rápida. El electrocardiograma 68.514 (Fig. 3) tuvo el siguiente diagnóstico: "lesiones miocárdicas auriculares y ventriculares, bloqueo incompleto de rama izquierda de HH, crecimiento de ventrículo izquierdo".

La radiografía mostraba, entre otros datos, "hilios acentuados, cardiomegalia I. a expensas del ventrículo izquierdo y en menor grado del ventrículo derecho" y la radioscopia "latidos rítmicos, más amplios y con galope en el ventrículo izquierdo".

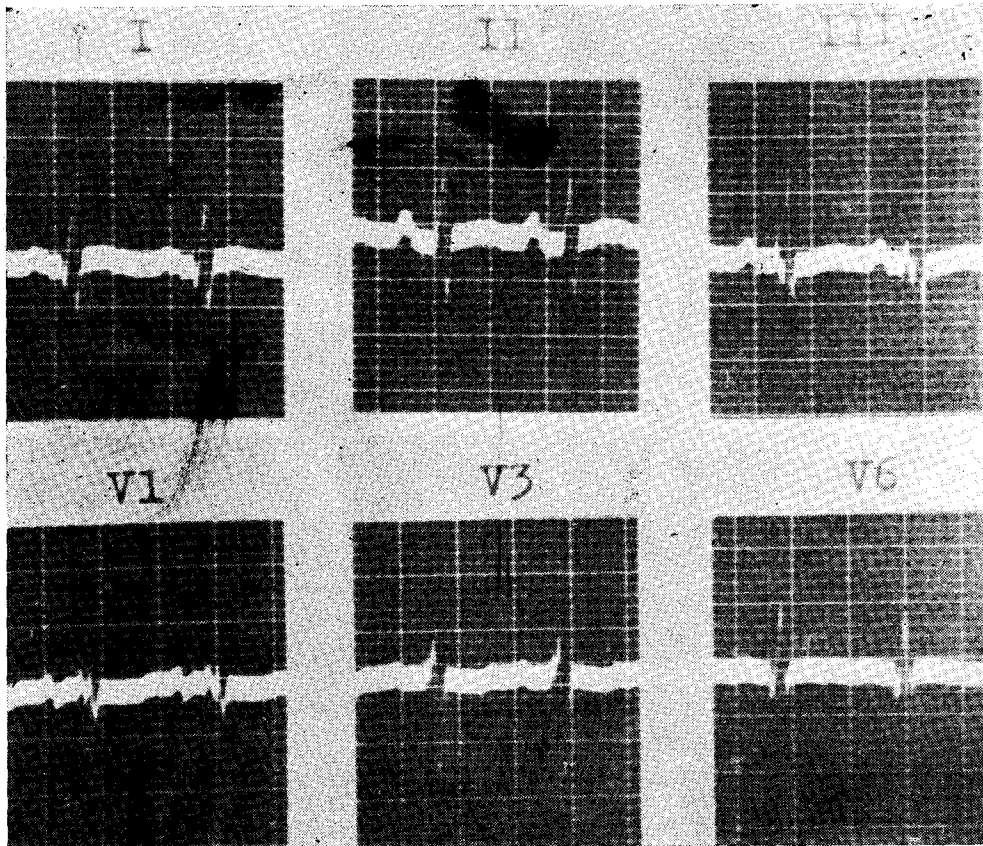


Fig. 2. — Electrocardiograma del enfermo Registro N° 52307. Ver descripción en el texto.

Tuvo, entre otros, los siguientes diagnósticos: “Cardiomegalia grado I a II. Insuficiencia cardíaca congestivo-venosa, cardiopatía de etiología desconocida, con hipertrofia ventricular izquierda”.

La autopsia 1.839, entre otros datos, acusaba: “aorta mide 60 mm de circunferencia al nivel de sus sigmoides, las cuales son de aspecto normal al igual que la superficie interna del vaso. Diagnósticos: signos anatómicos de insuficiencia cardíaca. Miocarditis. Trombosis parietal del ventrículo izquierdo. Infarto del miocardio de la punta del ventrículo izquierdo y de la zona vecina, del tabique intraventricular, con miomalacia y adelgazamiento de la pared”.

M.R.V. Reg. 49.318, de 26-12-955, masc., 30 años. Lugar de nacimiento: Oaxaca. Radicación: Acapulco.

Insuficiencia cardíaca de evolución rápida. R.X.: “Cardiomegalia 3 y 4 cruces, a expensas fundamentalmente de ambos

ventrículos y en menor grado de ambas aurículas. Aorta normal”. Electrocardiograma 66.885, de 26-12-955 (Fig. 4): “Alteraciones miocárdicas auriculares y ventriculares difusas acentuadas; bloqueo intraventricular probable de rama derecha de H. de H., con una posición del corazón muy vertical; probable crecimiento de ambas aurículas; el trazo es de difícil interpretación, dadas las alteraciones miocárdicas importantes; conviene investigar miocarditis”.

Diagnósticos clínicos: “miocarditis de causa no precisada, quizá chagásica; cirrosis hepática; insuficiencia hepática; insuficiencia cardíaca congestiva venosa”.

Diagnósticos anatómicos - Autopsia 1.737: “Signos anatómicos de insuficiencia cardíaca; miocarditis difusa; trombosis de orejuela derecha; trombosis de orejuela izquierda; trombosis intraventricular derecha; cardiomegalia global; pericarditis fibrinosa”.

Como se ha visto, los casos arriba mencionados tienen datos que pueden superponerse a los de miocarditis chagásica.

Todavía, los anatomopatólogos, bajo la dirección de la indiscutible autoridad mundial que es el maestro Costero, no se atreven a diagnosticar aquella miocarditis sin el hallazgo de nidos de leishmanias, lo cual se sabe hoy es propio de las fases agudas y raro es en las formas crónicas. Si se hiciese, también, la reacción de fijación del complemento, de rutina, sería posible que varios de esos casos pudiesen ser comprobados.

No hacen, pues, el diagnóstico de la miocarditis chagásica por un escrúpulo cien-

tífico, fácil de comprender, sobre todo en quien está convencido de la ausencia de esa enfermedad en su país.

Afirmamos, por esto, la convicción de que en México, como en el nordeste de Brasil hasta hace algunos años, una actitud médica —el punto de vista de la inexistencia de casos humanos sino como una rareza— ha impedido la comprobación de más casos de la Enfermedad de Chagas.

RESUMEN

El autor llama la atención para el hecho de que en México como en otros países

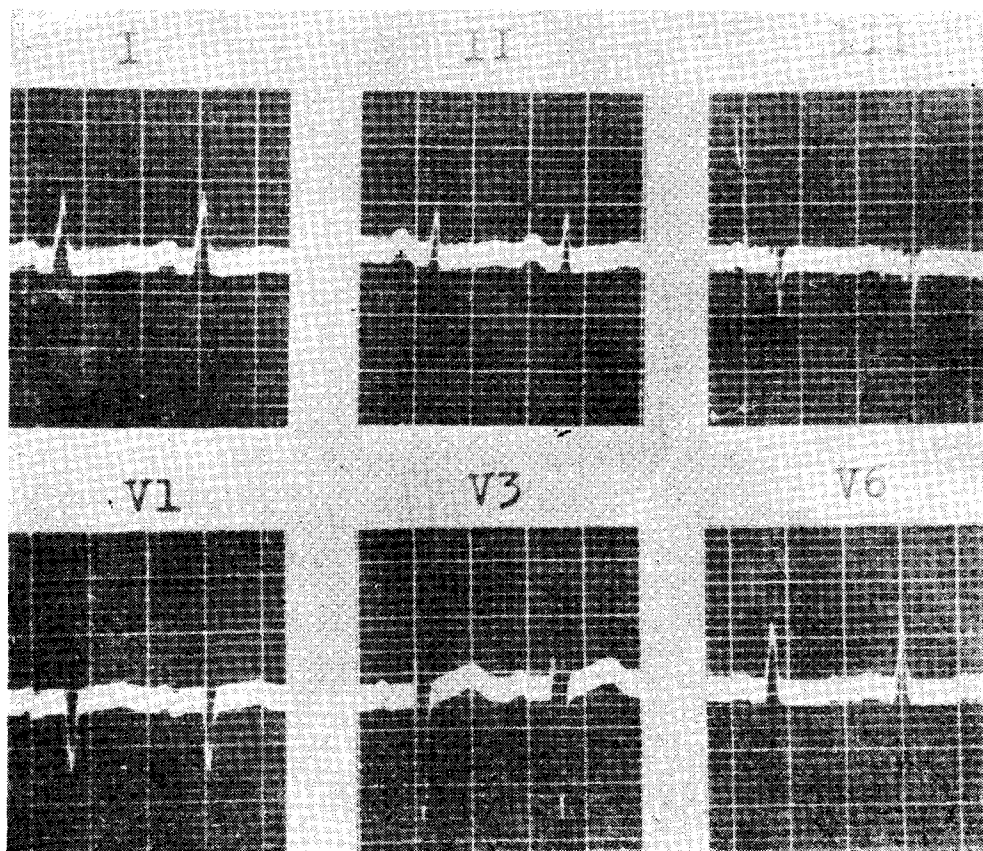


Fig. 3. — *Electrocardiograma del enfermo Registro N° 50369. Ver descripción en el texto.*

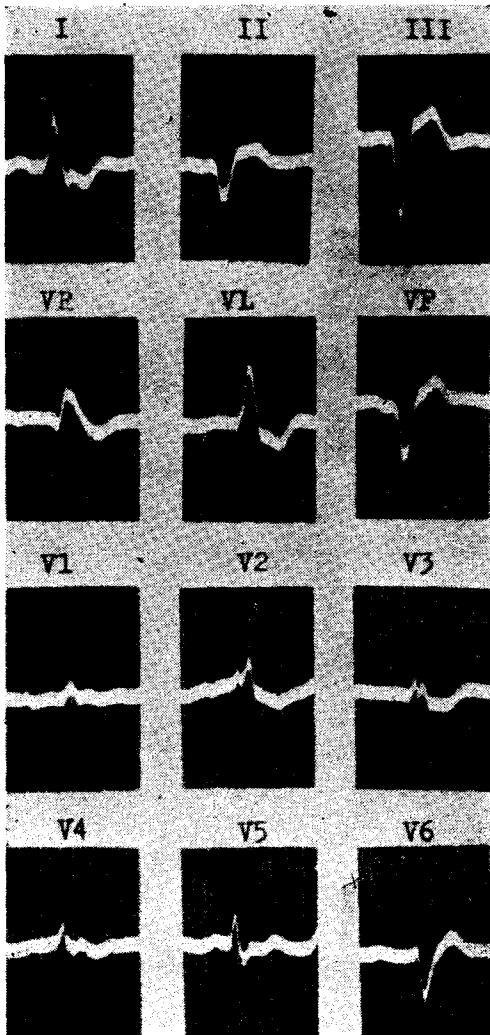


Fig. 4. — *Electrocardiograma del enfermo Registro N° 49318. Ver descripción en el texto.*

latinoamericanos, existen todas las condiciones epidemiológicas para la difusión de la Enfermedad de Chagas y, todavía, pocos son los casos humanos descritos.

Durante su permanencia en México ha tenido la oportunidad de estudiar la situación y transcribe los resúmenes de cuatro observaciones de casos sospechosos, de los cuales muestra los electrocardiogramas.

Acredita que otros casos de enfermedad de Chagas podrían ser comprobados si los científicos de allá no estuviesen convencidos de su ausencia en México.

BIBLIOGRAFIA

1. — Borba P., Gomes A. P. y Scherb J. Aspectos epidemiológicos da Moléstia de Chagas em Pernambuco. *Arq. Bras. Cardiol.*, 1954, 7, 191-200.
2. — Dias E. Doença de Chagas nas Americas. II. México. *Sep. da Rev. Brasil. Malariol. D. Trop.*, 1951 3, 555-570.
3. — Laranja F. S. Evolución de los conocimientos sobre la cardiopatía de la enfermedad de Chagas. Imprenta Nacional, Caracas, 1954. (tradução pelos Drs. Torrealba J. F. e Vasquez A. D.).
4. — Laranja F. S., Dias E. Nobrega G. e Miranda A. Chagas Disease: A clinical, epidemiologic and pathologic study. *Circulation*, 1956, 14, 1035-1956.
5. — Mazzotti L. Dos casos de enfermedad de Chagas en el Estado de Oaxaca. *Gac. Med. Mex.*, 70 (4). Págs. 417-420.
6. — Mazzotti L. y Dias E. Resumen de los datos publicados sobre la enfermedad de Chagas en México. *Rev. Soc. Mex. Hist. Nat.* 10 (1-4), 103-111.
7. — Perrin M. Nota previa sobre el aislamiento y cultivo en México de un *Schyzotripanum*. *Arch. Inst. Cardiol. Mex.*, 1950, 20, 233-237.