

# Principales hallazgos radiológicos en la enfermedad de Chagas que el radiólogo debe conocer.

Ángel Cuélliga González<sup>1</sup>, José Manuel Felices  
Farias<sup>1</sup>, Guillermo Litrán López<sup>1</sup>, Nekane Jiménez  
Játiva<sup>1</sup>, Francisco Barqueros Escuer<sup>1</sup>, Gonzalo de  
Paco Tudela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,  
Murcia.

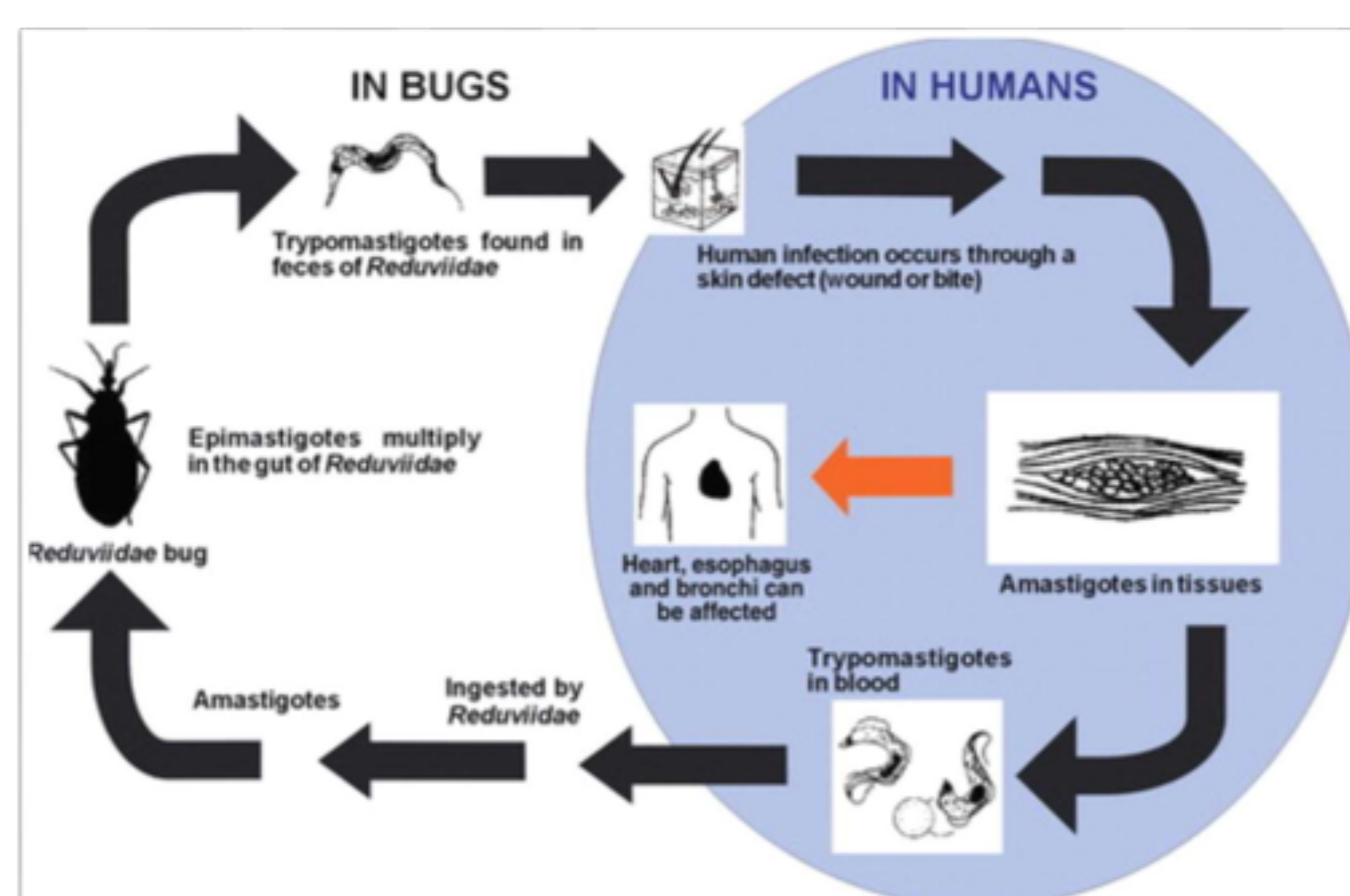


# Enfermedad de Chagas:

- Se calcula que en el mundo hay entre 22 millones de personas infectadas por *Trypanosoma cruzi*, la mayoría de ellas en América Latina (OMS, 2018) causando 66.000 muertes/año.
- Transmitida por chinches (*Triatoma infestans*).
- El parásito suele encontrarse en las heces de la chinche, que suele picar en el rostro de sus víctimas, después al frotarse la cara o en alguna herida cercana el parásito contacta con la sangre y el humano es infectado.
- También puede diseminarse a través de los alimentos contaminados, una transfusión de sangre, un órgano donado o de madre a **hijo durante el embarazo**.



*Triatoma infestans*



*Ciclo de vida parasitario*



*Signo de Romaña o chagoma*



# Enfermedad de Chagas:

- **Factores de riesgo para el contagio.**

- Vivir en una choza donde las chinches habitan en las paredes.
- Vivir en Centro y Sudamérica.
- La pobreza.
- Recibir una transfusión sanguínea de una persona que porta el parásito, aunque no tenga la enfermedad de Chagas activa.

- **Sintomatología aguda principal**

- Fiebre.
- Síntomas gripales.
- Erupción cutánea.
- Párpado inflamado.

- **Sintomatología en fase crónica**

- 30% trastornos cardíacos.
- 10-15% trastornos digestivos.
- Dilatación ureteral.
- Neurológicas son menos frecuentes (meningoencefalitis, lo más frecuente).
- La infección puede causar muerte súbita por arritmias cardíacas o insuficiencia cardíaca progresiva por destrucción del músculo cardíaco y sus inervaciones.

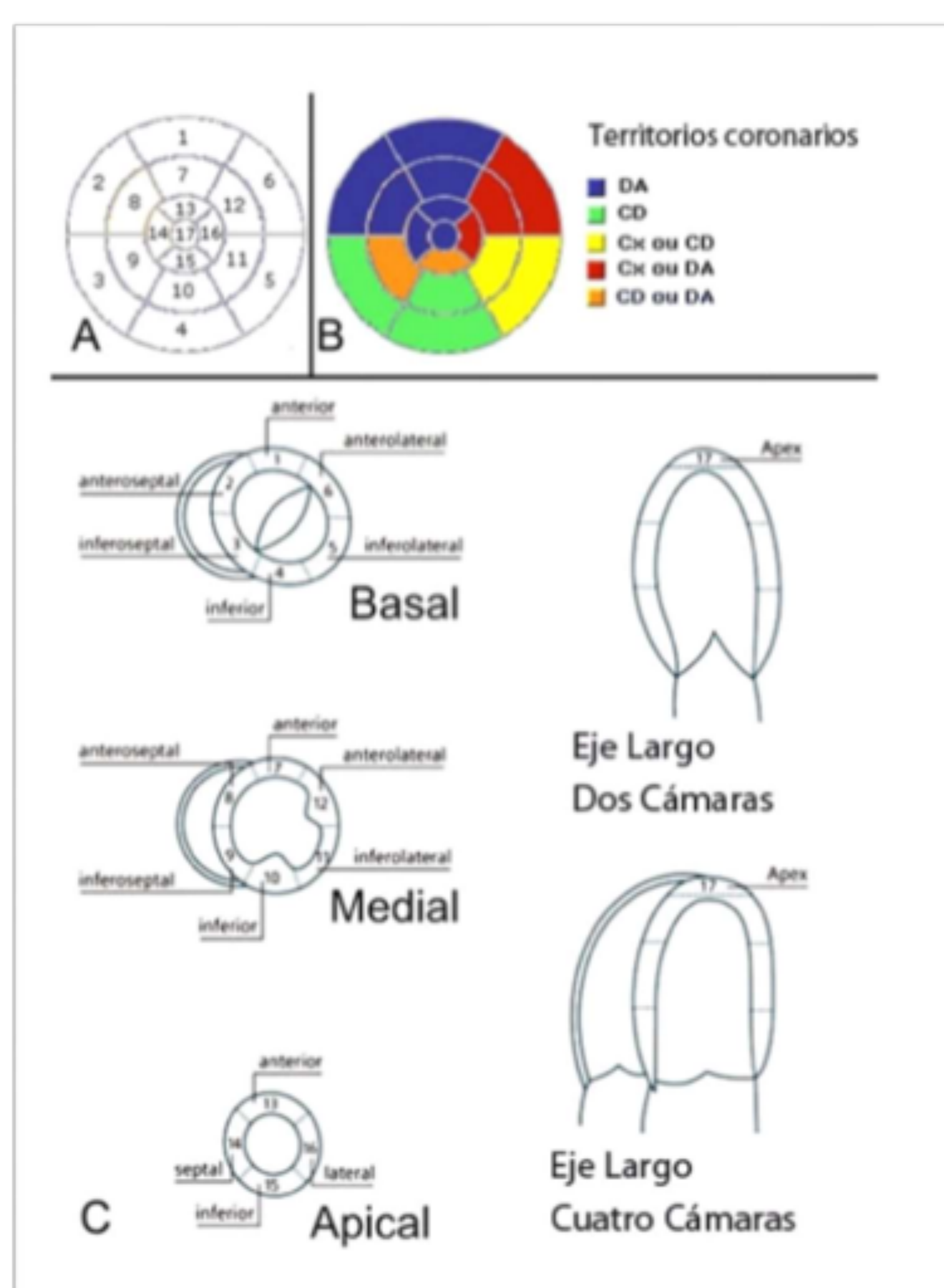


# Manifestaciones cardíacas:

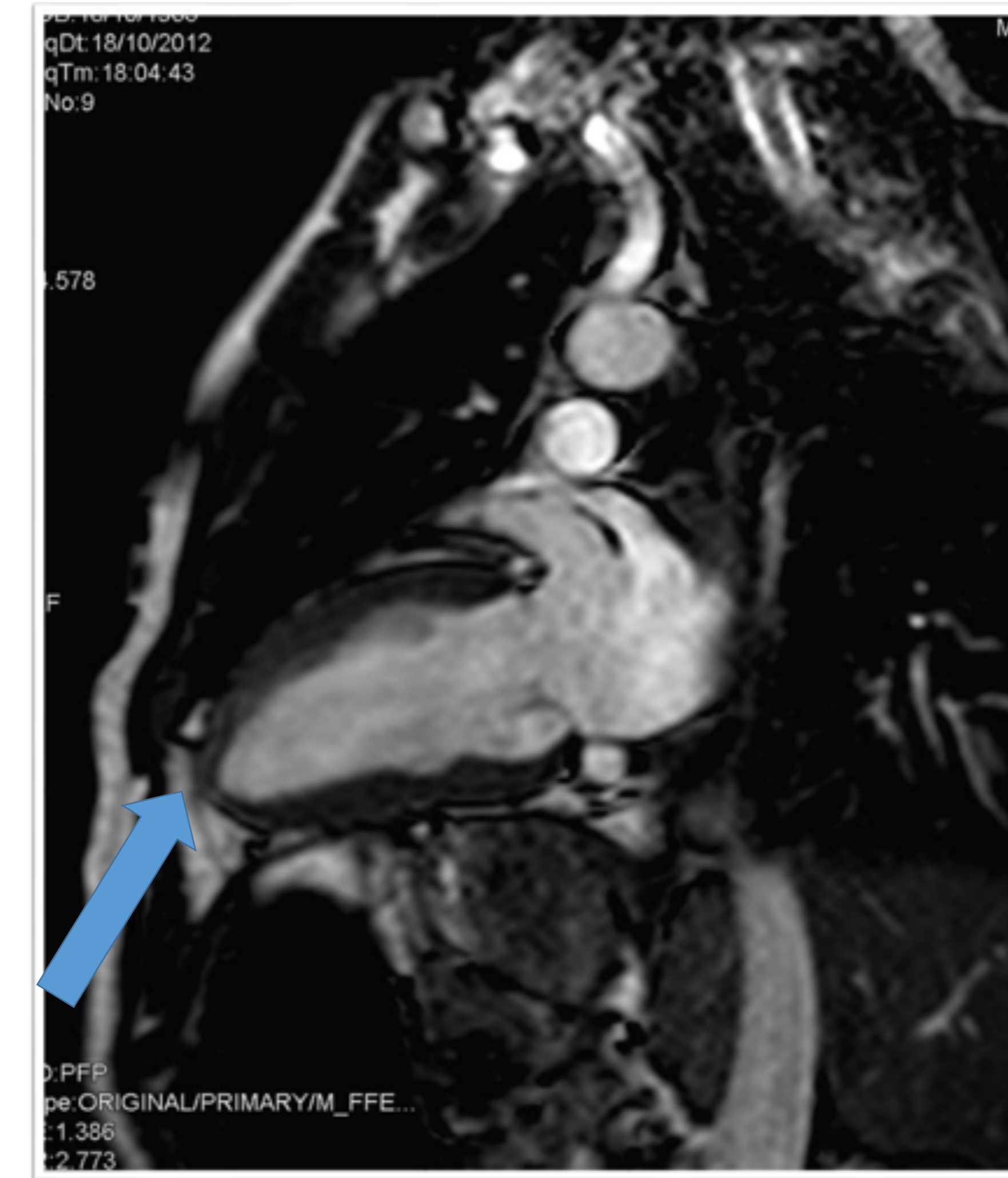
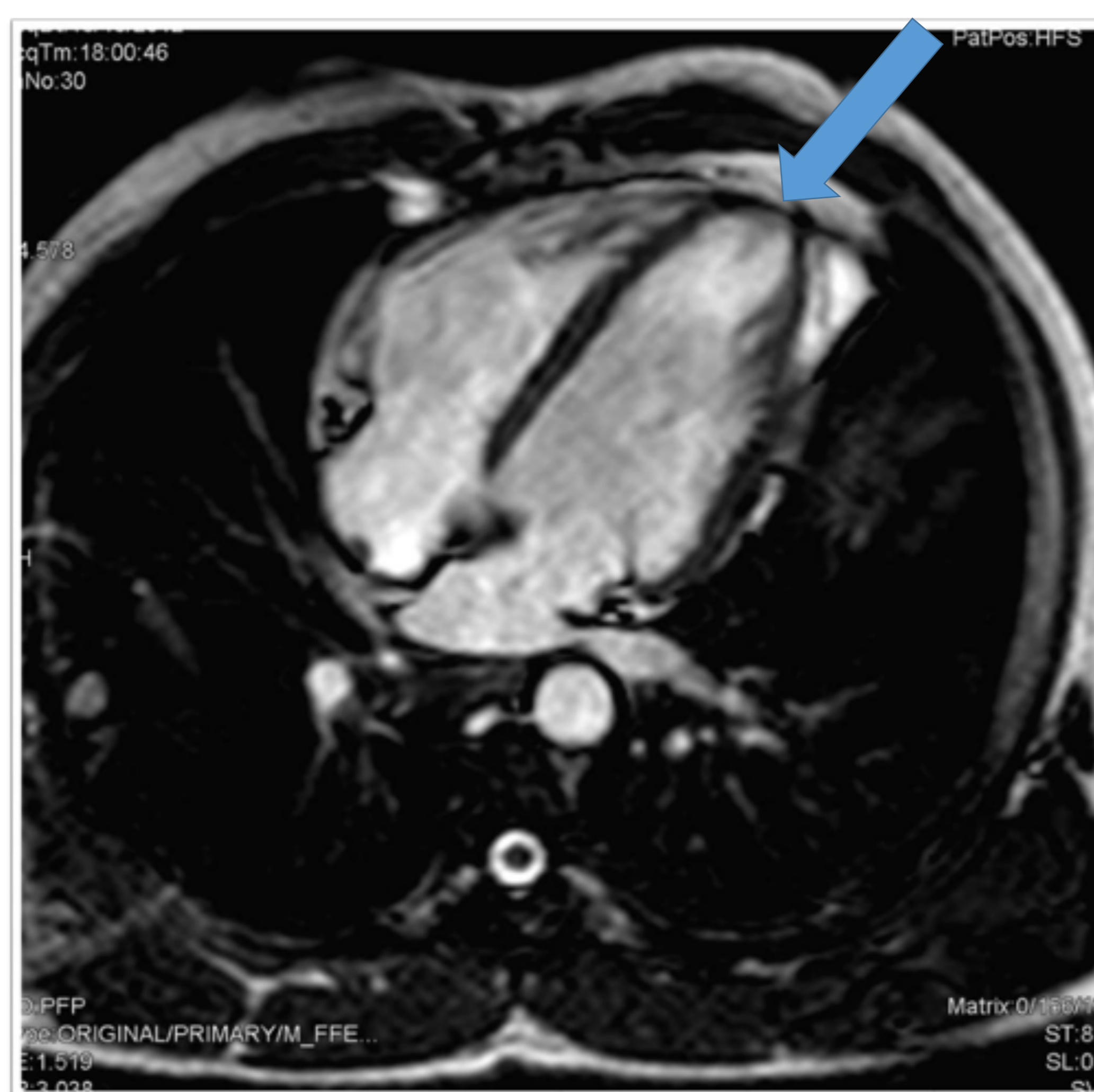
- Son habituales en las regiones endémicas (España los casos son importados en su mayoría).
- El parásito no habita en el tejido cardíaco, por lo que se ha sugerido que su etiopatogenia sea una miocarditis inmunológica.
- La mayoría tienen un episodio de miocarditis aguda, con una fase latente posterior.
- El 20% de los pacientes experimentan reemplazo fibroso gradual de miofibrillas y fibras de Purkinje.
- Finalmente, se produce una miocardiopatía dilatada, con arritmias y bloqueo cardíaco.
- En la etapa terminal el único tratamiento es el trasplante.

## Papel de la Cardiorresonancia magnética:

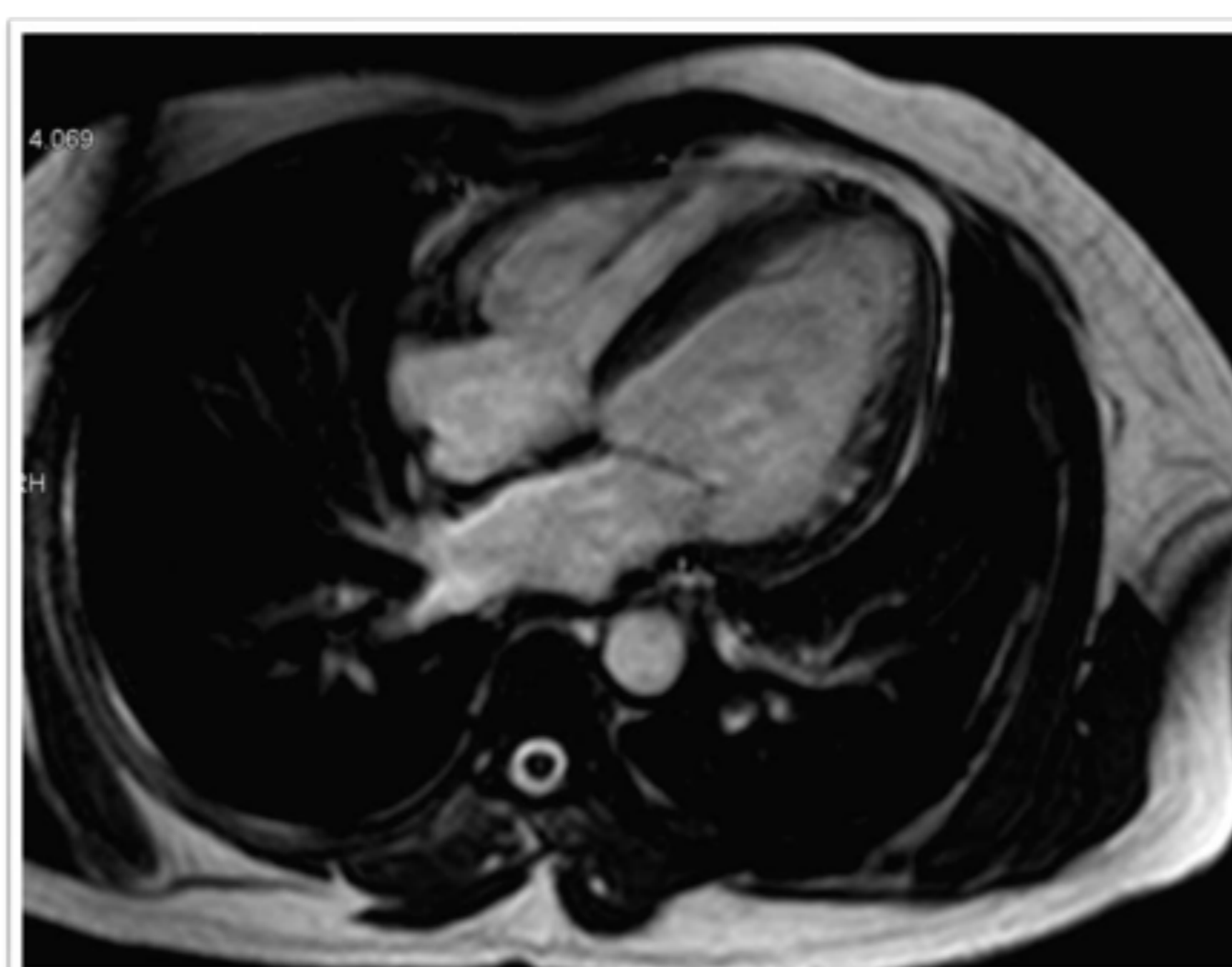
- El objetivo fundamental de la cardioRM es indicar las regiones cardíacas con captación de contraste (cuya intensidad aumenta con el tiempo), indicativas de fibrosis e hipocontractilidad.



Territorios coronarios y numeración por cuadrantes del miocardio.



Miocardiopatía chagásica con leve dilatación biventricular y fibrosis miocárdica de S17



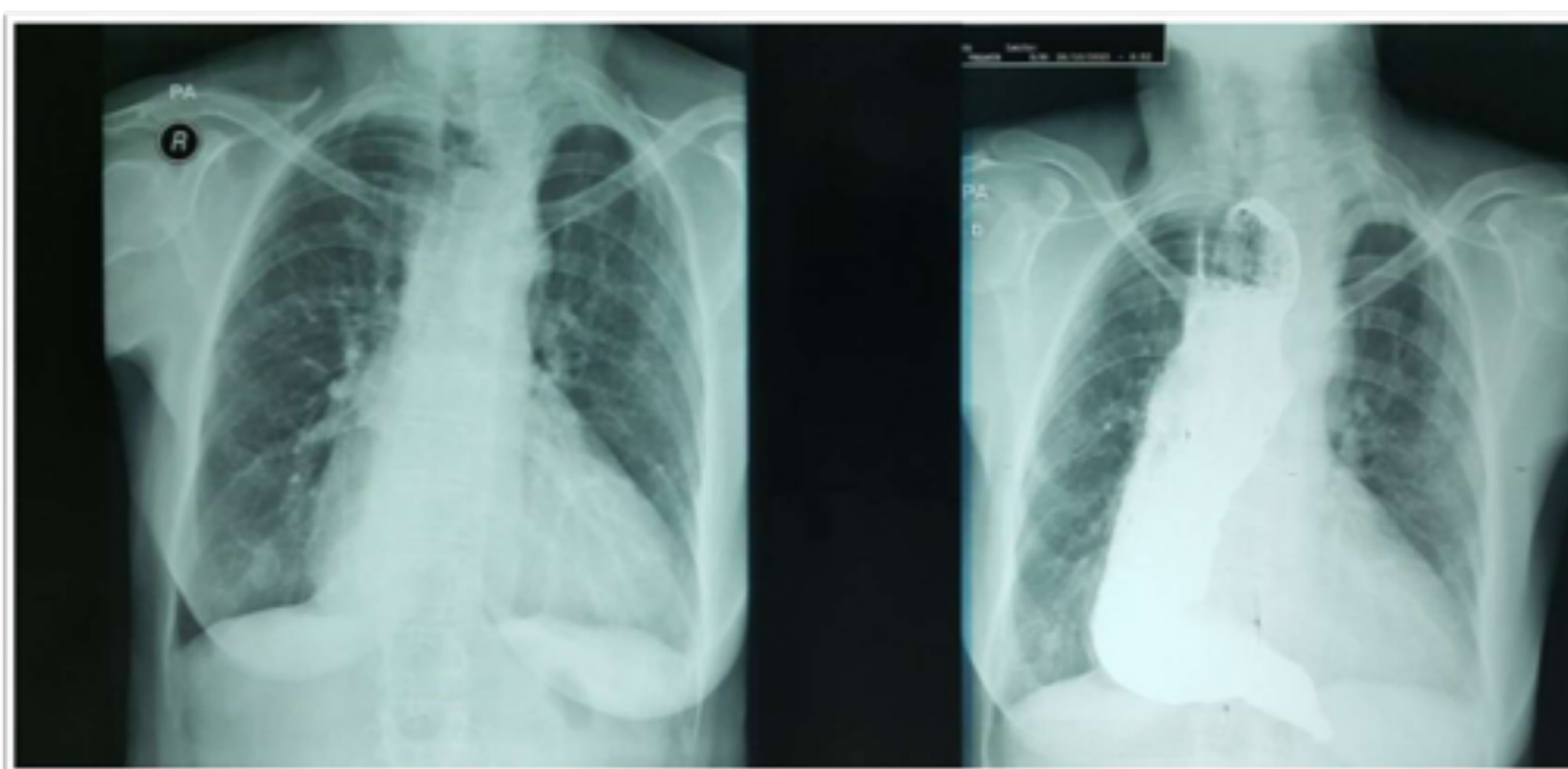
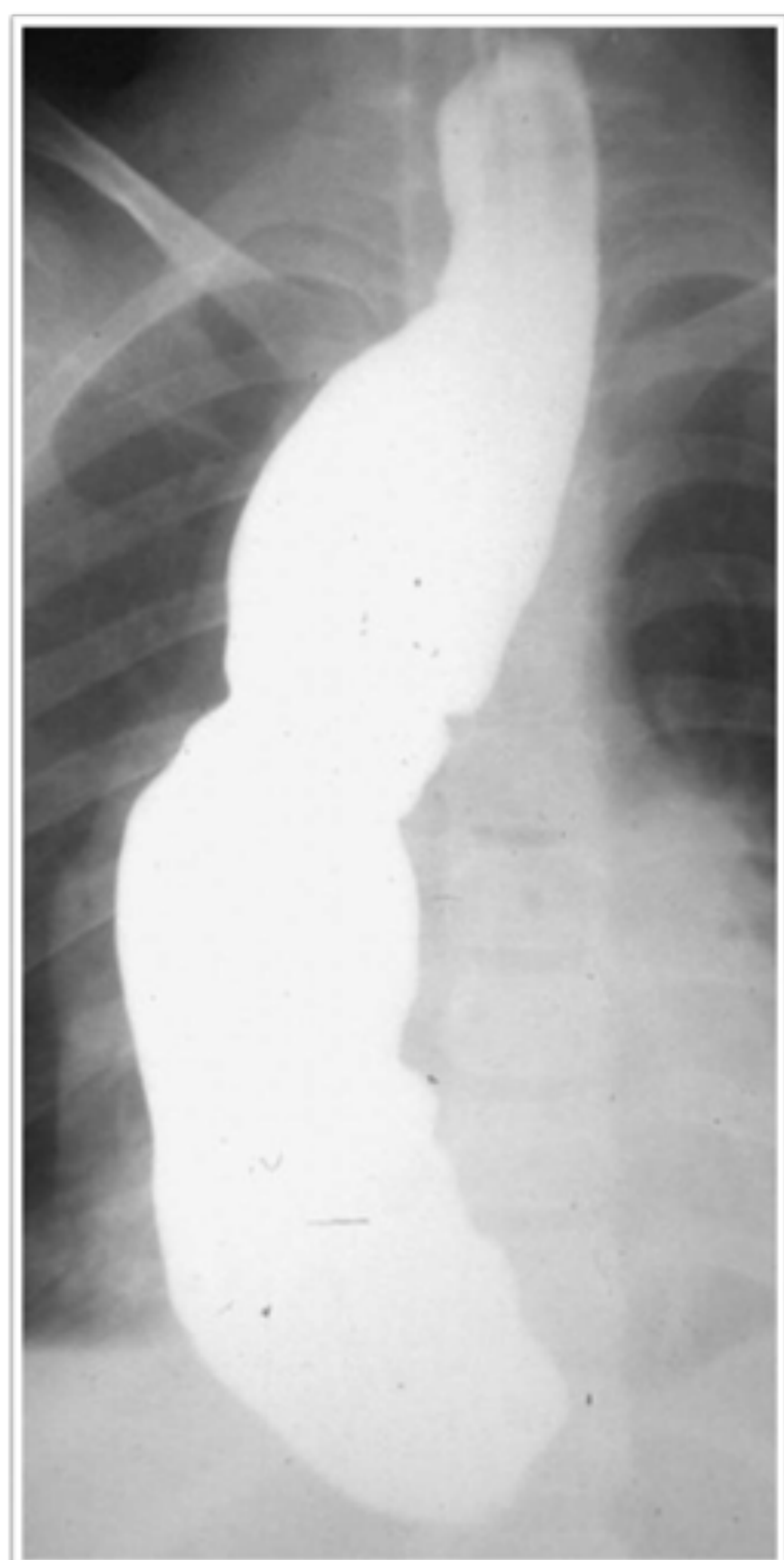
Los aneurismas cardíacos son otra manifestación frecuente de la fase crónica.



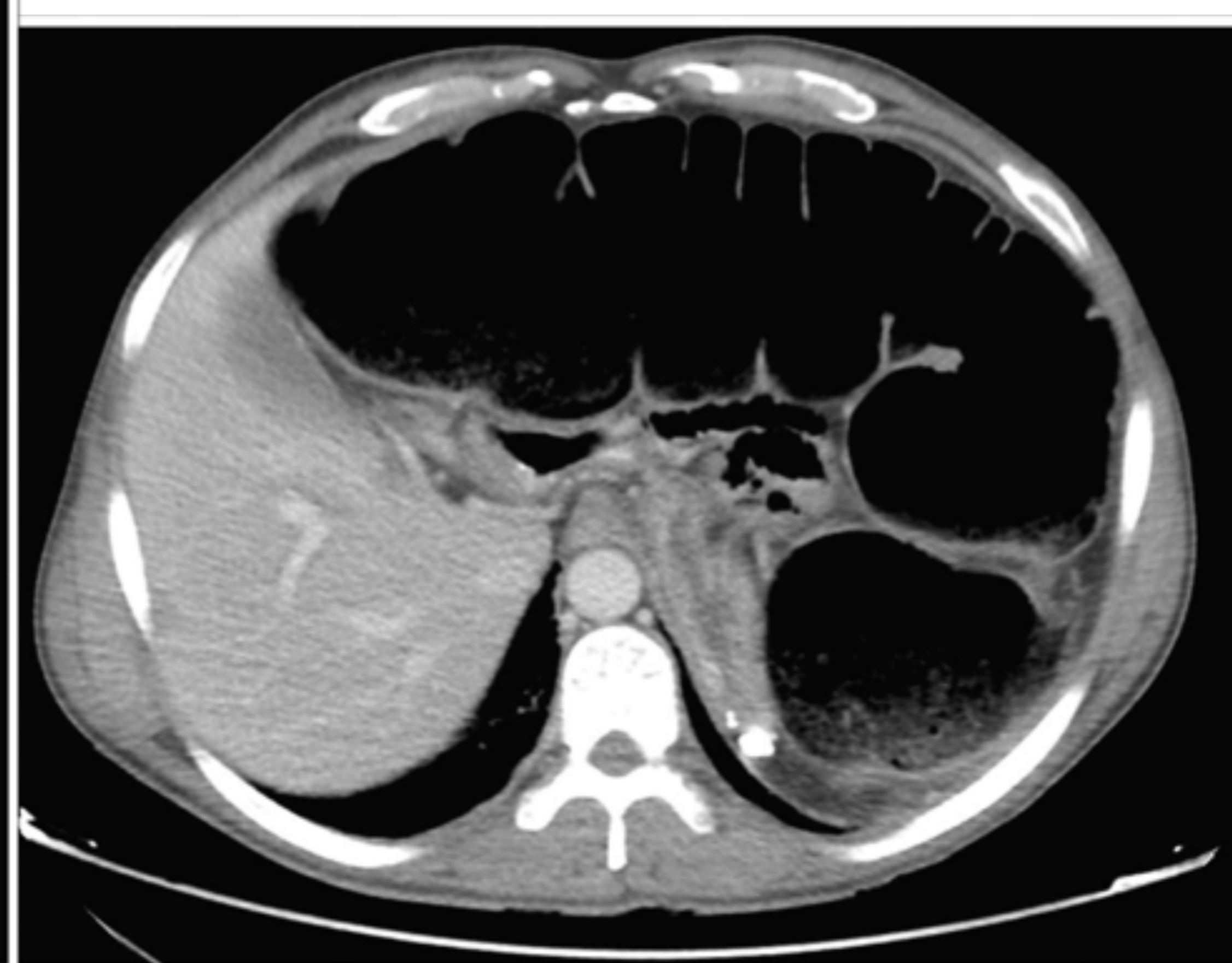
# Manifestaciones digestivas:

• Son agrupados como “megasíndromes”:

- Dismotilidad esofágica y megaesófago.
- Dilatación megaduodenal y del intestino delgado.
- Megacolon con colon izquierdo y rectosigmoide más frecuentemente afectados. Habitual estreñimiento grave del paciente.



Tránsito baritado de esófago que muestra una gran dilatación del mismo.



Reconstrucciones multiplanares de TC abdominal con contraste iv. en el que se observa una gran dilatación (hasta 8cm) de todo el marco cólico, con abundante contenido fecaloideo.



# Otras manifestaciones menos frecuentes:

## •Genitourinarias:

-La dilatación del uréter en la más habitual.

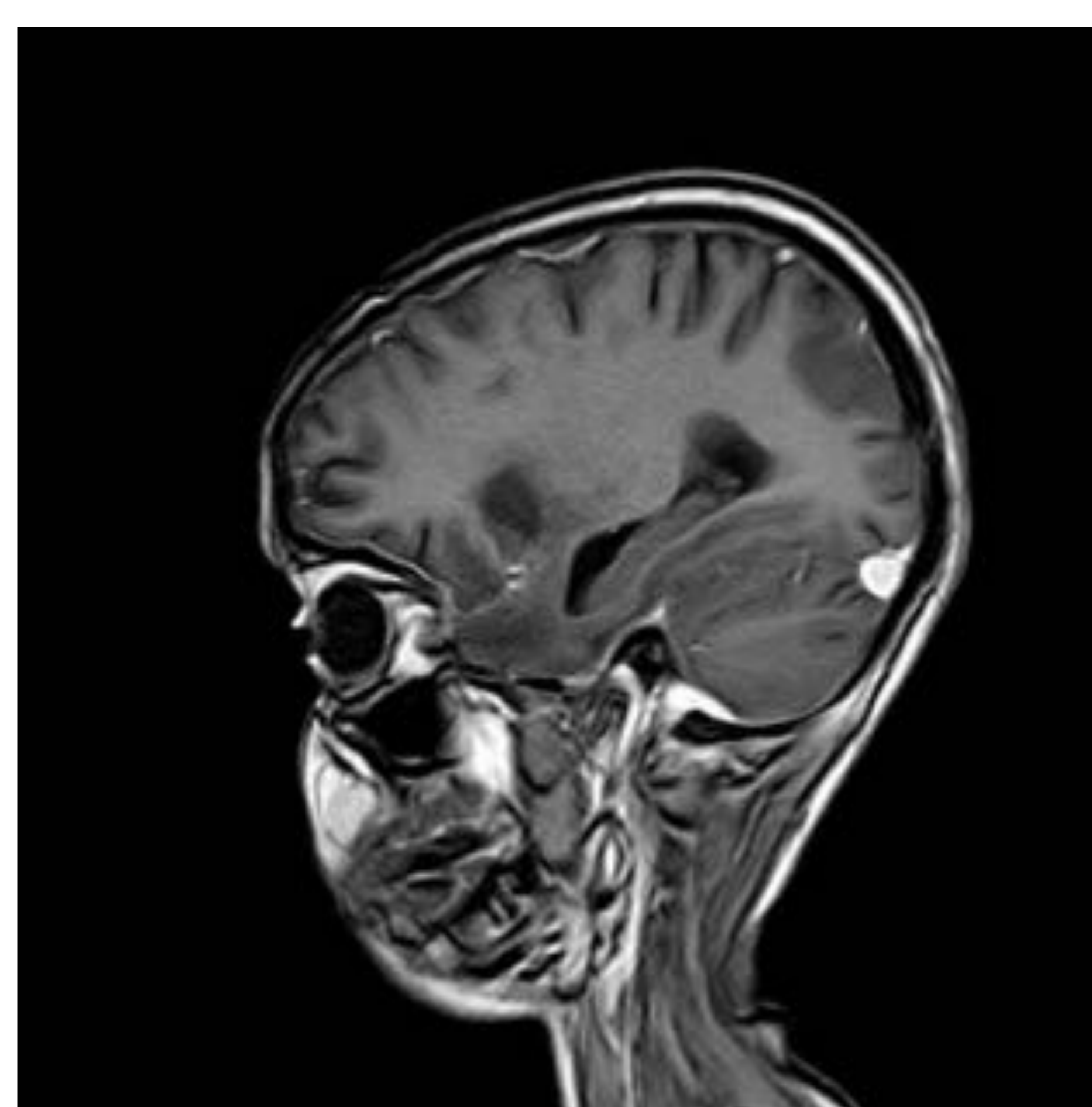
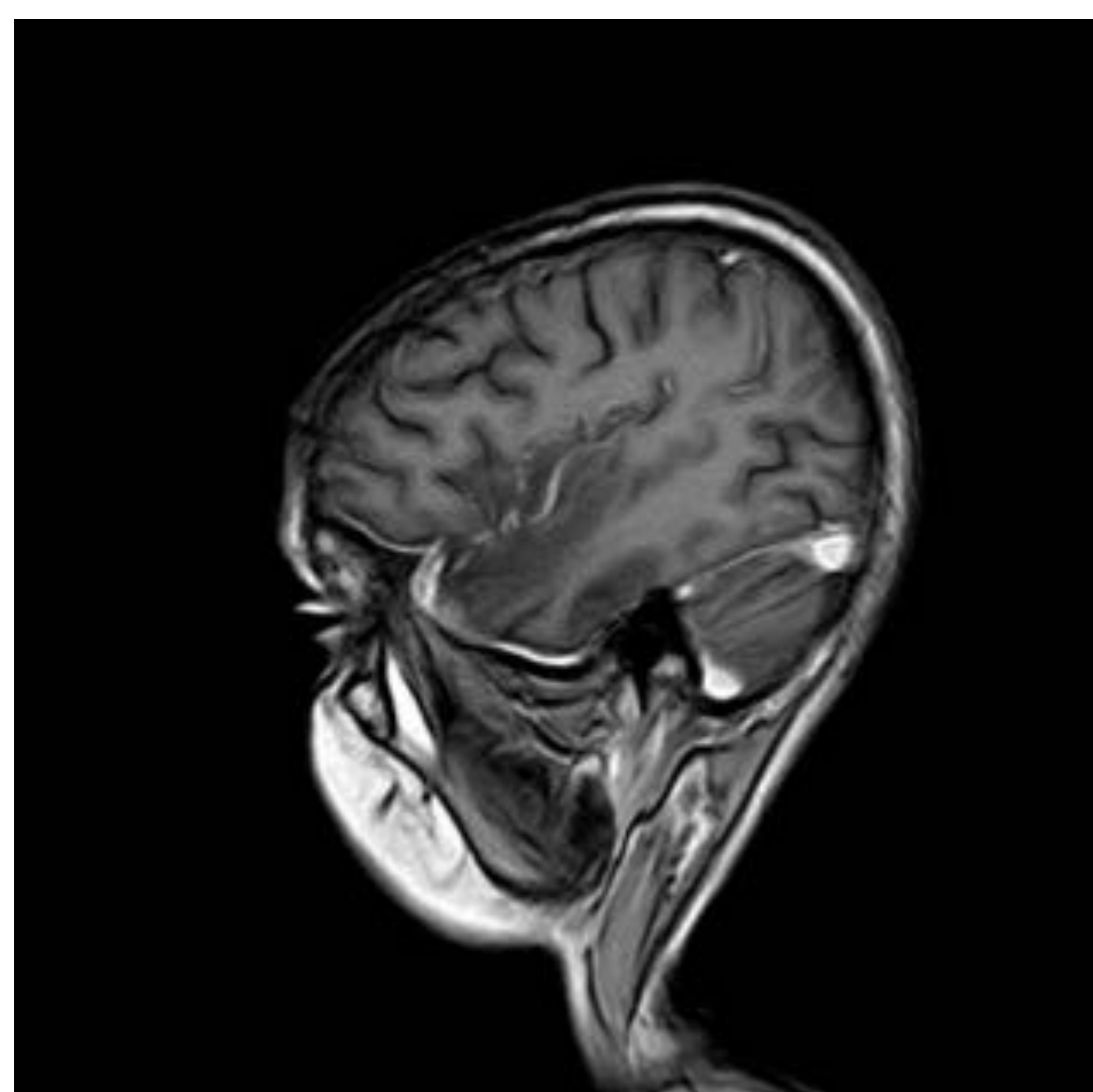


Megauréter izquierdo.

## •Sistema nervioso central:

-Meningoencefalitis.

-Chagomas, en pacientes con inmunodepresión.



Cortes sagitales potenciados en T1 en RM con contraste iv en la que se aprecia un engrosamiento y realce meníngeo en los surcos adyacentes a la cisura de Silvio con edema subcortical parenquimatoso asociado, compatible con meningoencefalitis.



## Bibliografía:

- 1) Martínez S, Restrepo CS, Carrillo JA et-al. Thoracic manifestations of tropical parasitic infections: a pictorial review. Radiographics. 2005;25 (1): 135-55.
- 2) Crema E, Cruvinel LA, Werneck AM et-al. [Manometric and radiologic aspects of Chagas' megaesophagus: the importance to its surgical treatment]. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 36 (6): 665-9.
- 3) Gomes FR, Secaf M, Kubo TT et-al. Oral and pharyngeal transit of a paste bolus in Chagas' disease. Dysphagia. 2008;23 (1): 82-7.
- 4) Bern C, Montgomery SP, Herwaldt BL et-al. Evaluation and treatment of chagas disease in the United States: a systematic review. JAMA. 2007;298 (18): 2171-81.
- 5) Kanne JP, Rohrmann CA, Lichtenstein JE. Eponyms in radiology of the digestive tract: historical perspectives and imaging appearances. Part 2. Liver, biliary system, pancreas, peritoneum, and systemic disease. Radiographics. 2006;26 (2): 465-80.
- 6) Pittella JE. Central nervous system involvement in Chagas disease: a hundred-year-old history. (2009) Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 103 (10): 973-8.
- 7) Lury KM, Castillo M. Chagas disease involving the brain and spinal cord: MRI findings. AJR Am J Roentgenol. 2005;185 (2): 550-2.