

MEGAVIS CERAS

E. Manzullo; E. Iglesias

Consiste en la dilatación de los órganos huecos, especialmente del tubo digestivo. Se las considera poco frecuentes en la Argentina, con respecto a la alta incidencia detectada en otros países, como Brasil, aunque, en realidad estas alteraciones son poco investigadas en nuestro país.

Habiendo examinado pacientes con Chagas, en zonas endémicas de Brasil y Argentina, surge claramente que en el vecino país, estos enfermos refieren espontáneamente, trastornos compatibles con dilatación esofágica o colónica, con una frecuencia muy superior a la de nuestros pacientes chagásicos.

Sobre una muestra total de casi 7.000 individuos, efectuamos radiografías contrastadas a 106, que referían síntomas compatibles con megaesófago, y solo se confirmó en 6. Cabe destacar que 5 de ellos eran oriundos de provincias mesopotámicas limítrofes con Brasil.

Sin embargo, en Santiago del Estero, Ledesma y Rosalen, están encontrando megas, en la medida que se realiza un estudio sistemático.

Indudablemente, el Dr. Joffre M. de Rezende es quien tiene la mayor experiencia en esta patología. A los fines de este Manual, sintetizaremos sólo conceptos fundamentales, remitiendo al lector el libro del Prof. Romeu Cançado o al Index Brasileiro del Prof. A. Prata.

Como señaláramos en Fisiopatología, la lesión más importante del tubo digestivo consiste en la destrucción de los plexos, principalmente, el de Auerbach (Köberle), dando como resultado una denervación progresiva e irreversible.

Estas alteraciones pueden dar manifestaciones clínicas precozmente, a diferencia de la cardiopatía chagásica crónica.

En nuestro país, su incidencia y prevalencia son desconocidos.

MEGAESOFAGO

La sintomatología más frecuente es la disfagia, inicialmente a los sólidos, y la regurgitación. También se puede presentar dolor retrosternal y en los casos avanzados, adelgazamiento.

En el megasófago ya constituido, el sólo estudio radiológico confirma el diagnóstico.

Para ello, describiremos la técnica recomendada por el distinguido colega brasileño, Dr. Joffre M. de Rezende (Goiana-Brasil), quien nos facilitó una copia del método utilizado para “Encuentas radiológicas en estudios de prevalencia de la esofagopatía Chagásica en áreas endémicas”.

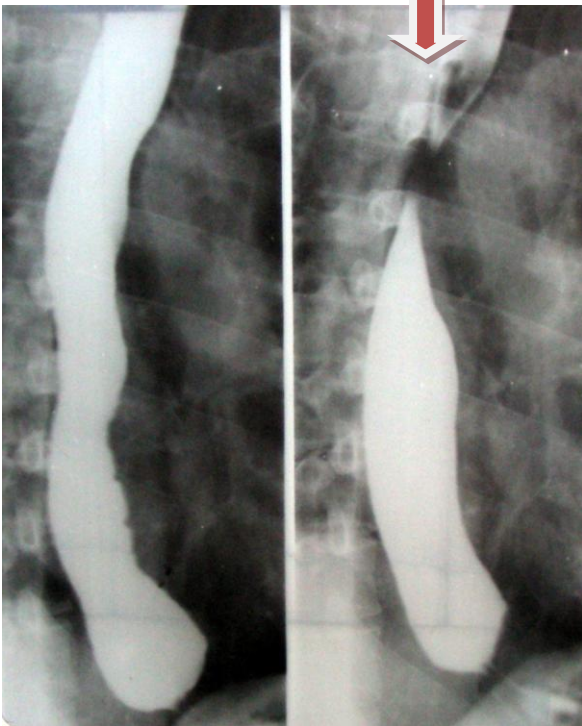
Se utiliza Abreugafría de 70 mm.; no es recomendable el uso de cuadros más pequeños por la dificultad de visualización. Obviamente, se pueden utilizar equipos de radiología convencionales, pero con un costo operativo considerablemente mayor.

El paciente se coloca en oblicua derecha anterior o, de preferencia, en perfil izquierdo.

El medio de contraste es una suspensión de sulfato de bario. La cantidad varía según corresponda a niños o adultos, entre 60 y 100 ml. El paciente debe ingerir todo el contenido del vaso (dosis completa), en degluciones breves pero continuas. Se obtiene la primera placa durante la ingestión y

la segunda 1 minuto después de finalizar la deglución.

Megaesófago grado II



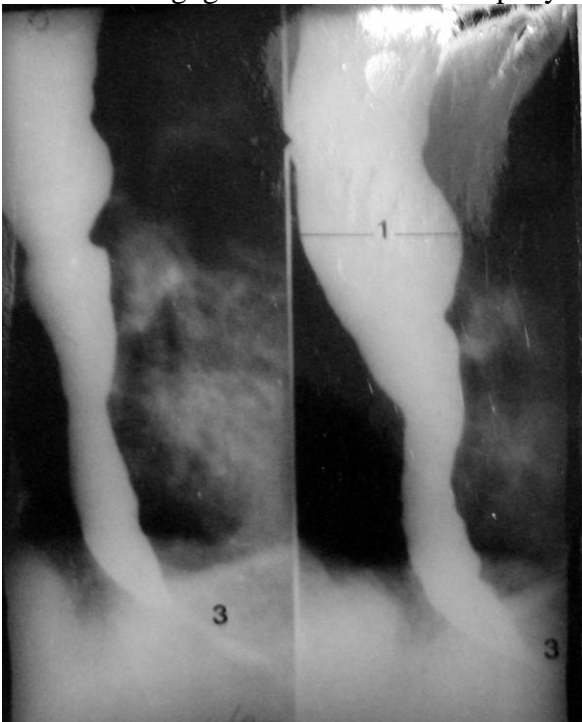
La evaluación se realiza según la clasificación de Rezende, Lavar y Olivera:

- GRUPO I: Calibre normal- Tránsito lento- Pequeña retención.
- GRUPO II: Moderado aumento del calibre- Retención evidente- Frecuencia de hipertonía en esófago inferior.
- GRUPO III: Gran aumento del calibre- Gran retención- Hipotonía de esófago.
- GRUPO IV: Dolicomegaesófago- Atónico- Gran retención-
- Plegándose sobre el diafragma.

En experiencia del autor brasileño la mayoría de las esofagopatías chagásicas detectadas, corresponden al grupo II.

Creemos que en los casos de Grupo I que presentan dudas, o de pacientes fuertemente sintomáticos en que la radiología no es diagnóstica, conviene efectuar:

- 1- Electromanometría esofágica.
- 2- Pruebas farmacológicas.
- 3- Clearance esofágico con Tecnecio 99.
- 4- Esofagogastroduodenofibroscofia y biopsia.



Estas técnicas permiten detectar alteraciones incipientes, aún sin dilatación del órgano.

El tratamiento consiste en una dieta que excluya los alimentos sólidos. Dilatación neumática del esfínter esofágico inferior.

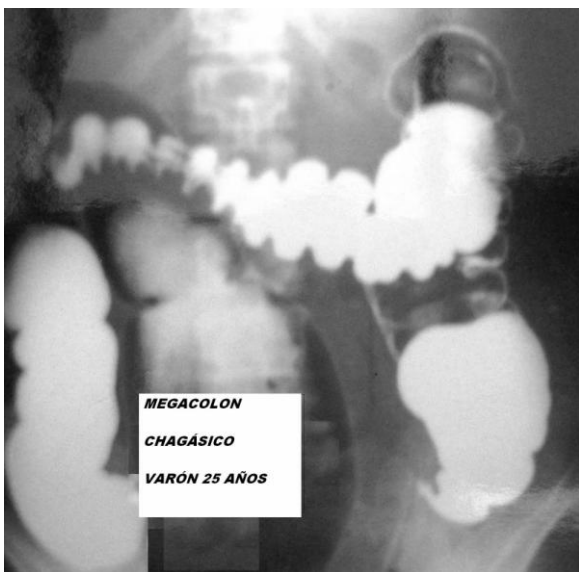
Ultimamente se ha propuesto el uso de bloqueantes cálcicos, como la Nifedipina.

La cirugía, que consiste en la miotomía de Heller, se reserva para casos extremos.

MEGACOLON

La dilatación colónica generalmente afecta la región rectosigmoidea y es considerada menos frecuente que el megaeófago, por los investigadores brasileños.

El síntoma dominante es la constipación pertinaz; en nuestro medio, debe sospecharse cuando el ritmo evacuatorio excede los siete días, pudiendo acompañarse de meteorismo intenso y distensión abdominal.



El diagnóstico se realiza por Rx. de colon por enema.

En casos especiales puede efectuarse:

- Rectosigmoideoscopia
- Electromanometría rectal

Las complicaciones son:

- vólvulo intestinal.
- obstrucción intestinal por fecaloma.

El tratamiento se basa en:

- dieta con abundante fibra ó laxantes ó, enemas evacuantes

En los casos extremos, está indicada la cirugía, con resección del sector dilatado y anastomosis termino-terminal.

Como ya mencionáramos, ha sido descripta la dilatación de otras vísceras huecas: estómago, en

general, acompañando el megaesófago; duodeno; yeyuno; íleon; apéndice; vesícula y vías biliares. También puede acompañar al megaesófago la hipertrofia de glándulas salivares.

BIBLIGRAFIA

1. CANÇADO, Romeu, Doença de Chagas, Texto Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 1968.
2. REZENDE, J. M.: Forma digestiva de moléstia de Chagas. Rev. Goiana 5: 193-227, 1959.
3. REZENDE, J. M. y ROSSI, A.: Comprometimento do esófago na moléstia de Chagas. Megaesófago e cardiopatia. O Hospital. 53 (1): 1-5, 1958.
4. KÖBERLE, F.: El Mal de Chagas. Enfermedad del sistema nervioso. Rev. Méd. Córdoba, 47: 105-133, 1959,

En buscador (google) de internet: [Rezende Jofre](#)

FOTOGRAFIAS

Fig.1.: Rx. de esófago: retardo en la evacuación (Grupo I). La electromanometría mostró: relajación incompleta del esfínter esofágico y disquinesia severa del cuerpo, con ausencia de ondas peristálticas.

Fig.2.: Aperiatalsis Grupo II: se observa dilatación moderada (1), nivel hidroaéreo en la posición de pie (2) y estenosis cónica infradiafragmática (3).

Fig.3.: Aperistalsis Grupo III: se ve dilatación manifiesta (1), estenosis cónica regular (“en cola de ratón”), de esófago terminal (2) y ausencia de cámara aérea en techo gástrico (3).

Fig.4.: Aperistalsis Grupo IV: Dólicomegaesófago, plegado sobre el diafragma (1), estenosis cónica infradiafragmática (2) y ausencia de cámara aérea gástrica (3).

Fig.5.: Megarrecto en paciente chagásica de 48 años de edad, nacida en Río Negro.

Fig.6.: Dilatación rectosigmoidea manifiesta que sobrepasa la pelvis en enferma chagásica de 43 años.

Fig.7.: Megacolon izquierdo que ocupa el hemiabdomen derecho.

Fig.8.: Hemicolon izquierdo muy dilatado; bario mezclado con la materia fecal retenida.

Fig.9.: Gran dilatación colónica total; la enema de 5 litros de medio de contraste sólo llenó parcialmente el colon. Varón de 50 años de edad.