

La enfermedad de Chagas crónica requiere una nueva mirada clínica y terapéutica.

Se debe entender como obvio que la enfermedad de Chagas se instala en sujetos que han sufrido una infección por *T. Cruzi*; no está presente en los sujetos que nunca se infectaron con este parásito. Ahora bien, no está demostrado, que los individuos que han estado parasitados y presuntamente dejaron de estarlo, por efecto de los parasiticidas, eviten ver agravada su cardiopatía una vez que esta se ha insinuado.

En algunos seguimientos longitudinales, como en el estudio BENEFIT¹ recientemente publicado, esta es la principal conclusión, por lo menos para el grupo de pacientes que al ser tratados ya presentaban manifestaciones de cardiopatía. En otras recientes publicaciones sobre 60 casos agudos que oportunamente (precozmente) y adecuadamente recibieron tratamiento con Benznidazol, el fracaso terapéutico con un monitoreo de 15 años, fue del 78%. En este caso el control parasitológico se hizo no solo en sangre sino también por biopsia del tejido gingival^{2 3}.

Si se nos permite una comparación, las lesiones por quemaduras producidas por el fuego, una vez eliminado éste, siguen su propio curso independizado de esta causa obvia. Tal consideramos que sucede con la evolución de lesiones cardíacas en sujetos previamente expuestos al parásito. Las lesiones que así involucran al miocardio, el compromiso del endotelio y el sistema nervioso autónomo, se rigen por leyes propias que no tienen necesariamente que ver con el parasitismo.

Los sujetos con infección por *Tripanosoma cruzi* modifican su status de pacientes en fase crónica sin patología demostrada (antes llamada "forma indeterminada") a sujetos con patología electrocardiográfica constatable a una tasa del 2% anual. La anterior afirmación es convergente con el estudio de J.C Pinto Díaz en Bambui que pone en evidencia para esa localización que después de 30 años de infectados el 62% de los afectados presenta patología cardíaca demostrable.^{4 5}

En el mismo sentido Anis Rassi JT y colaboradores publican en el año 2006, que entre 424 pacientes con diferentes manifestaciones de patología cardíaca el 30,7% falleció dentro de los 10 años después de diagnosticados. La mayoría de ellos con muerte súbita. La tasa anual de mortalidad fue del 3,9% y la muerte súbita anual de origen cardíaco del 2,4 %.⁶ Esto es entre 5,5 y 3,5 veces respectivamente mayor que la mortalidad general en Brasil por toda causa (siete por

mil anual). Solo de esta manera se puede entender que de los 5.000.000 de infectados admitidos para Brasil en 1997, obra citada (5), la OMS acepte 2.000.000 en el año 2010⁷ y en el 2014 Peter Hotez consigna en un blog de PLOS la cifra de 1.1156.821 infectados⁸ Así, en el estudio BENEFIT citado anteriormente se encontró que al cabo de cinco años de seguimiento había fallecido más del 17% de la muestra inicial de pacientes incluidos en el ensayo clínico.

Cabe admitir entonces, que el aspecto principal del acompañamiento médico al sujeto infectado/enfermo sería el control de los hallazgos cardíacos que se detecten precozmente y así apuntar a prolongar su vida y mejorar su calidad de vida más allá de un eventual efecto parasiticida.

Reforzando esta aseveración y habida cuenta la existencia de evidencias que afianzan hipótesis etiopatogénicas múltiples en la instalación de la patología cardíaca, independientemente de la persistencia del parasitismo, se torna imprescindible abordar el acompañamiento de los pacientes chagásicos principalmente por su vulnerabilidad cardíaca mucho más que por la parasitosis.

La **Asociación Carlos Chagas para la Vigilancia Médica Activa del Mal de Chagas** pregona entonces el concepto de considerar a la Enfermedad de Chagas entre las así llamadas **enfermedades crónicas no transmisibles**, con precoz compromiso sobre el corazón, abandonando el concepto hasta entonces en boga de incluirla entre la enfermedades infecciosas parasitarias, no porque etiológicamente no lo sea, sino porque enfatiza en su curso evolutivo más que en aquélla causa original.

¹ C.A.Morillo, J.A.Marin-Neto; A.Avezum; S.Sosa-Estani; A.Rassi,Jr.; F.Rosas; E.Villena; R.Quiroz; R.Bonilla; C.Britto; F.Guhl; E.Velazquez; L.Bonilla; B.Meeks; P.Rao-Melacini; J.Pogue; A.Mattos; J.Lazdins; A.Rassi; S.J.Connolly; S.Yusuf – Randomized trial of Benznidazole for chronic Chagas´cardiomyopathy . The New England Journal of Medicine 2015:1-12.

² N.Añez; G.Crisante; A.Rojas; S.Araujo; A.Liuzza; J.Mesa; H.Parada – A follow-up study of Chagasic patients with special reference to Trypanosoma cruzi persistence and criteria of Chagas disease cure -. International Journal of Clinical Medicine Research 2015:2(3):20-29.

³ N.Añez; G.Crisante; S.Araujo; M Añez; A.Rojas; H.Parada - Detection and significance of Trypanosoma cruzi persistence in inflamed gingival foci in Chagas disease – International Journal of Clinical Medicine Research – 2015: 2(2):8-13

⁴ Rodriguez Coura, J Chronic phase of chagas disease : why should it be treated? Min.Ins. Oswaldo Cruz Río de Janeiro Vol.166 (6): 641/645 Septiembre 2011.

⁵ Pinto Díaz, JC e Rodriguez Coura, J. Clinica e terapuetica da doenca de Chagas Uma abordagem paractica para o clínico general pag.33/67, 135/153

⁶ Rassi A Jr, Rassi A, Little WC, Xavier SS, Rassi SG, Rassi AG, Rassi GG, Hasslocher-Moreno A, Sousa AS, Scanavacca MI. Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. N Engl J Med. 2006 Aug 24;355(8):799-808.

⁷ Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos, Volumen 87: 2009 485-56

⁸ <http://blogs.plos.org/speakingofmedicine/2015/03/03/chagas-disease-new-numbers/>