

Enfermedad de Chagas-Mazza: de eso no se habla

Por Oscar Raúl Deutsch

Oscar Raúl Deutsch. Médico sanitarista, especializado en investigación del Mal de Chagas.

"La desocupación y la pobreza; la desnutrición con sus secuelas irreversibles; el aumento constante de las enfermedades endémicas y epidémicas; la desesperanza y la marginalidad; la prostitución, el alcoholismo y la drogadicción, son los síntomas principales de una enfermedad que sufre la mayoría de nuestro pueblo: la Injusticia Social".

La enfermedad de Chagas-Mazza o Trypanosomiasis americana puede considerarse como la epidemia más importante que soporta nuestro país.

Alrededor de dos millones y medio de personas se encuentran infectadas por este parásito, quinientas mil de las cuales padecen afecciones cardíacas severas.

Es una típica enfermedad de la pobreza y su distribución geográfica se superpone, con gran exactitud, con el mapa de la desnutrición, las enfermedades carenciales, las diversas formas de parasitosis y patologías infecciosas.

América latina es su zona de influencia. Desde el sur de Estados Unidos hasta nuestra provincia del Neuquén, existen más de siete millones de personas infectadas por cardiopatías chagásicas. Técnicamente podemos definirla como una parasitosis que infecta al hombre y los animales domésticos y salvajes, necesitando en la inmensa mayoría de los casos de la presencia de un insecto vector, donde el parásito cumple una parte de su ciclo evolutivo, llamado popularmente en nuestro país, vinchuca. Ya veremos más adelante, que existen otras formas de contagio.

Este parásito fue descubierto, casi casualmente, en el año 1909 por Carlos Chagas. un joven investigador brasileño, encargado de diseñar un plan de profilaxis contra el paludismo, que azotaba a los trabajadores que estaban construyendo el tramo ferroviario desde Belo Horizonte hasta Piraporá, en el noreste del estado de Minas Gerais.

Instalado en la localidad de Lassance, Chagas observó la presencia de unos insectos que pululaban en las chozas miserables de barro y paja, tan comunes en la zona, que se alimentaban con la sangre de los hombres y los animales domésticos y tomó la decisión de estudiarlos. Así fue que encontró, en el interior de los intestinos de estos insectos, un parásito unicelular, provisto de un largo flagelo, al que denominó, en honor a su maestro Oswaldo Cruz, Trypanosoma cruzi, aunque cometiendo el error de identificarlo con el bocio, una enfermedad tiroidea de gran prevalencia en la zona.

Recién estudios posteriores del propio Chagas y otros investigadores, relacionaron este parásito con una, hasta entonces, desconocida enfermedad, causante de graves infecciones cardíacas, gigantescas dilataciones del esófago y el intestino, destrucción de las fibras del sistema nervioso vegetativo y con una alta tasa de morbi-mortalidad.

Es interesante destacar que pese a su gravedad y gran frecuencia, esta enfermedad no es reconocida como tal por la mayoría de la población afectada o en riesgo de contraerla. Tanto es así, que la enfermedad de Chagas-Maza no tiene un hombre vulgar, hecho no frecuente entre esta gente, que siempre identifican, a partir de sus pautas culturales y de su lengua, los sufrimientos que padecen.

Esto puede deberse, en gran medida, a la forma en que se desarrolla la enfermedad y, fundamentalmente, a la convivencia cotidiana que han tenido por siglos los habitantes con la vinchuca, lo que le quita peligrosidad y atenúa la posible relación con alguna patología. En cuanto al primer aspecto, es interesante conocer el curso de la enfermedad, que se desarrolla en tres períodos más o menos definidos:

1) Período agudo o de comienzo

Dura alrededor de 20 a 30 días a partir de la infección parasitaria. Es aparente en un bajo porcentaje de los casos y puede causar desde enfermedades gravísimas y aun mortales, como la miocarditis y meningoencefalitis agudas, hasta cuadros seudogripales, sin ninguna repercusión clínica. Lo que puede observar con más frecuencia es la puerta de entrada al parásito. Si la vinchuca deposita sus deyecciones con parásitos infectantes en la conjuntiva ocular se produce el signo prácticamente típico de la enfermedad: "el ojo en compota" descrito por primera vez por el médico argentino Cecilio Romana. Sólo sucede en un 4% de los casos.

Si la vinchuca pica y defecta en otros lugares del cuerpo, aparecen unas especies de ronchas pruriginosas, de tamaño y duración variable, que no difieren demasiado de otras, provocadas por otros tipos de insectos tan frecuentes en las zonas rurales. Todos estos signos leves, si es que existieron, desaparecen en pocos días, sin ningún tipo de tratamiento, lo que hace que el enfermo no los considere preocupantes.

Sin embargo, este período es de una enorme importancia clínica y epidemiológica ya que es el único donde puede ensayarse una terapéutica específica. Lamentablemente, el diagnóstico precoz pocas veces se realiza, lo que pone en evidencia las enormes falencias de nuestro sistema sanitario.

2) Período de latencia

Asintomático. Puede durar muchos años y sólo es evidenciado mediante pruebas de laboratorio específicas.

Esto no quiere decir que la enfermedad no siga progresando. Al contrario, es en este período, cuando el trypanosoma se multiplica y se aloja en las distintas células del organismo, teniendo especial predilección por las células musculares lisas y nerviosas, a las que destruye, provocando lesiones de carácter irreversible, que al progresar son las que van a ocasionar los síntomas tan típicos del período crónico.

3) Período crónico

Es aquí donde aparecen los síntomas y signos clínicos de esta enfermedad: la cardiopatía chagásica crónica, el megaesófago y el megacolon, como las más características, de carácter irreversible, pues no existen medicamentos eficaces para este período. Sólo el tratamiento sintomático, en el caso de las cardiopatías y a veces las cirugías, en las dilataciones digestivas, son los recursos hasta ahora existentes para paliar la enfermedad.

Estos síntomas, al parecer tan alejados de la infección primaria, que en la mayoría de los casos resulta inaparente, hace que los propios enfermos no lo relacionen con la picadura de la vinchuca, sobre todo, aquellos que han migrado, mucho tiempo atrás, a zonas urbanas, donde la existencia de este insecto es más difícil de encontrar.

Por otra parte, como ya dijimos, la estrecha y vieja convivencia con el insecto establece un tipo de relación casi familiar. Es importante adelantar que los insectos vectores de mayor importancia epidemiológica son domiciliarios.

La cultura popular los bautizó de acuerdo con sus lenguas autóctonas. Así "vinchuca" proviene del quechua y quiere decir según el diccionario del padre Lira: "botarse", "dejarse caer", que probablemente tenga su origen en la observación de las costumbres de estos insectos chupadores, que se dejan caer desde el techo sobre las zonas desprotegidas de las personas que están durmiendo. En Bolivia y en Colombia se lo llama "pito"; "barbeiros, chupas o bicudos", en Brasil; "chirimaya", en Perú; "chinchorros", en Ecuador y "chinche gaucha" o "chinche pila" en Uruguay y en nuestro país, además del popular vinchuca.

La especie que corresponde a esta denominación en la Argentina, es el *Triatoma infestans*, prácticamente la única de importancia epidemiológica de las 17 especies que se encuentran en nuestro país.

El *Triatoma infestans*, habitante domiciliario o del peridomicilio de los ranchos, como los corrales, depósitos y gallineros, ya era conocida por los aborígenes de la América precolombina. Muchos cronistas del siglo XVI le dedicaron extensas páginas.

Fray Reginaldo de Lizarraga, quien viajó en 1590 de Charcas a Chile, pasando por el Tucumán, en su libro Descripción Colonial, dice:

"...Es templado el valle, pero tiene una plaga irremediable; ya las hay desde Tapacarí en toda esta provincia de los Charcas, que de Taquiró comienza y no cesa en todo el Tucumán, y llega hasta los primeros pueblos de Chile. y es, unas cucarachas llamadas aquí 'hitas', tan grandes como las medianas de los navíos del Mar del Norte, de aquella color, con alas, mas diferenciándose, que éstas tienen un agujón casi invisible con que pican y tan delicadamente que no se sienten, de noche, después de apagada la lumbre; empero donde a dos días se levanta una roncha como un haba, con tanta comezón que no se puede sufrir, hasta que una poquita de agua que allí se cría la echamos afuera y luego se descansa, más al que no tiene buena encarnadura se le hace una llaga que da pesadumbre; tienen miedo a la lumbre, más, apagada bajan por las paredes o del techo se dejan caer a peso sobre el rostro o cabeza del que duerme. Las que bajan pican en las piernas, las que se dejan caer, en la cabeza y el rostro. No pican a ninguna persona que de suyo sea melancólica o tenga mal olor de cuerpo o de pies, con ser ellas de mal olor; helo visto por experiencia; son torpes de pies por los tenerlos largos y delgados y llena la barriga por la sangre que han chupa-

do, no pueden andar..."

Realmente resulta brillante la descripción hecha hace más de 400 años por este fraile sobre el comportamiento de la vinchuca.

Meyer Arnold, en 1852, cuenta que en Mendoza existía una posta llamada "La Dormida", donde pasó la noche el sacerdote que posteriormente fuera Pío IX; las vinchucas no lo dejaron al ilustre prelado. También Félix de Azara, en su Viaje por América Meridional y Darwin en El diario del viaje de un naturalista alrededor del mundo, comentan la voracidad de estos insectos. Viajeros ingleses, como Francisco Von Head, el capitán Andrews, Samuel Haigh y muchos otros que recorrieron el continente americano, también se detuvieron en su descripción, en la que todos coincidieron con el carácter domiciliario de las vinchucas, que de Indudable origen silvestre, nos informa de la remota adaptación a ese hábitat.

Martín de Moussy, en una de sus crónicas, lo expresa claramente: *"así, en el verano se prefiere dormir al aire libre para huir de ellos, pues no salen del interior de las casas y no vuelan hacia afuera"*.

Por otra parte, ciertas creencias populares le adjudican las vinchucas aspectos beneficiosos. Así se dice en algunas regiones que son protectoras de la familia, ante la observación de que los ranchos que han quedado vacíos, por muerte o desgracia de sus ocupantes, están desprovistos de vinchucas. Y que al ser muy poco dolorosa su picadura es incapaz de producir daño y que a veces resulta un buen remedio para los dolores de hueso y la congestión.

La muerte súbita de un hachero en plena ejecución de su trabajo, posiblemente como consecuencia de una insuficiencia cardíaca chagásica, se la interpreta como "la venganza del árbol". Por supuesto, todas las culturas, tratan de explicar con sus pautas, sus tradiciones, sus formas de vida y su trabajo, todos aquellos aspectos que hacen a su vida cotidiana. Comprenderlas, respetarlas y asimilarlas, representa la tarea más importante cuando se plantea algún programa de erradicación de esta endemia.

Sin intentar desmerecer el encomiable esfuerzo de nuestros médicos e investigadores argentinos, entre los que se destacan los nombres de Salvador Mazza, quien no sólo confirmó los estudios de Chagas, sino que a partir de meticulosos trabajos de campo demostró el carácter endémico de esta afección; del J. W. Ábalos, maestro rural del norte argentino, autor de *Shunko, Animales, Leyendas y Coplas*, entre otros libros, y entomólogo de gran prestigio internacional, a partir de la observación empírico-científica de los animales, y especialmente de las vinchucas, que obtenía en gran cantidad y variedad de sus alumnos a cambio de un cuento o una fábula; y de tantos otros que continúan en estos días dedicados a la difícil tarea de encontrar la forma de derrotar a esta enfermedad, es indudable que no se realizan los esfuerzos necesarios desde los distintos ámbitos oficiales para combatir este mal, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a los 18 millones de personas en América latina, de las que fallecen hasta cien mil por año, y ocurren trescientos mil nuevos casos en el mismo período, lo que habla claramente de su progresión.

En nuestro país, la endemia abarca el 80% del territorio nacional, afectando a 19 provincias. Originaria del norte, ha ido invadiendo el resto del país por el camino de la pobreza y de la esperanza, a partir de las continuas endomigraciones, en la búsqueda desesperada de un futuro mejor.

Existe un aforismo que expresa: *"el chagásico viaja con el parásito en la sangre y la vinchuca en el bolsillo"*.

Y es casi exacto. El enfermo transporta entre sus escasas pertenencias huevos de este insecto, de un tamaño que, inicialmente, no excede el milímetro de diámetro de color blanquecino que luego se torna rosado, hasta que entre los 10 a 40 días eclosionan y crecen las ninfas hasta llegar al estado adulto, luego de pasar por una serie de transformaciones o mudas, llamadas metamorfosis. Y es realmente kafkiano, pues llegado a este estadio, la vinchuca pica al enfermo y se parasita, convirtiéndose en un transmisor que está en condiciones de infectar a una persona o animal doméstico, reinstalándose así el temible ciclo de la enfermedad.

Así se produjo la dispersión de la enfermedad, favorecida por las condiciones de miseria existente en todo el país y de una de sus manifestaciones: la mala calidad de la vivienda.

La vinchuca goza de una vivienda "confortable" en aquellas de adobe sin blanquear, con grietas y rajaduras, cubiertas por techos de paja o de hojas de palmas, sin contratecho y con abundantes trastos que no se mueven periódicamente. Se dice que detrás del cuadro de casamiento, siempre se encuentran vinchucas. De estos escondrijos salen por la noche y se dejan caer sobre las partes desprotegidas de las personas que duermen, teniendo especial predilección por las regiones de la cara, posiblemente por la temperatura, humedad y concentración de dióxido de carbono que se produce durante la respiración profunda del sueño.

Después de haber succionado hasta medio centímetro cúbico de sangre y por poseer un exoesqueleto prácticamente inextensible, giran 180 grados y depositan sus deyecciones repletas de parásitos infectantes en el sitio de la picadura, que penetran en el organismo ayudados por el rascado inconsciente o por soluciones de continuidad que ofrezca la piel en toda su extensión. Ya se indicó que la conjuntiva ocular es otra de las zonas predilectas.

Hay que destacar que existen otras formas de contagio, de real importancia, como:

- La congénita: donde el parásito pasa por la vía placentaria de la madre infectada al feto, en general de muy graves consecuencias.
- La transfusional: a partir de los bancos de sangre contaminados por el parásito, situación de fácil detección pero de alarmante frecuencia, sobre todo en las zonas de alta endemicidad.
- La contaminativa: por contactos accidentales con las deyecciones parasitadas de la vinchuca. No pocos investigadores y laboratoristas contrajeron la enfermedad en estas circunstancias.
- La digestiva: por la ingestión de alimentos contaminados como la carne del conejo y del cuis mal cocidas, el charqui, que se cuelga en la galería del rancho puede contaminarse con deyecciones de este insecto. Dentro de este grupo se puede incluir el contagio por amamantamiento, de una madre parasitada a su hijo.

En realidad, todavía no se ha podido determinar con absoluta certeza el mecanismo por el que se producen las lesiones celulares de los organismos afectados. Existen diversas teorías al respecto. Desde la que establece que las lesiones son provocadas por la multiplicación del Trypanosoma en el interior de las mismas; hasta las que consideran que la enfermedad se produce como consecuencia de una reacción inmunológica autoagresiva desencadenada por la presencia del parásito.

Pero lo que es seguro es que para que exista Chagas es necesaria la presencia del parásito, la vin-

chuca, el hombre y los animales domésticos y salvajes, pero es fundamental la participación del rancho, la pobreza y el desinterés de los responsables de la salud del pueblo.

Se ha progresado mucho en lo que tiene que ver con el conocimiento clínico de la enfermedad, con los métodos de laboratorio para detectarla, con la investigación profunda de la biología del parásito, de los procesos inmunológicos, en el estudio del comportamiento de las 104 especies encontradas hasta ahora en América, sobre la acción de distintos insecticidas, de la importancia epidemiológica que tienen los animales domésticos y salvajes, que actúan como verdaderos reservorios del parásito en los distintos ciclos de la enfermedad.

Numerosas drogas se han experimentado para su uso en el tratamiento de las lesiones crónicas, hasta ahora sin resultado; lo mismo que la búsqueda de una vacuna, que impida la aparición de esta enfermedad. pese al esfuerzo denodado de un puñado de investigadores que trabajan presupuestos ínfimos en relación con la importancia de la enfermedad.

De todas formas, Ramón Carrillo, Ministro de Salud del primer gobierno peronista y eminente sanitarista, decía en 1947: "Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como pausas de enfermedad, son unas pobres causas".

Así se llevaron a cabo, en forma anárquica la mayoría de las veces, numerosas campañas de desinfección, que en general agravaron la situación de los afectados por el impacto ecológico que producían, las intoxicaciones y la contaminación de los pocos alimentos sembrados que poseían, además de favorecer la irrupción en el domicilio de otras especies de triatomídeos pertenecientes al ciclo silvestre. de mayor agresividad por las condiciones que les imponía el medio que antes habitaban y sin el seguimiento correspondiente. Se diseñaron programas de Educación para la Salud desde una óptica que no tenía en cuenta quiénes eran los receptores de esta campaña. Se imprimieron costosos folletos que se distribuían, en muchos casos, en sectores con una alta tasa de analfabetismo o que simplemente hablaban otras lenguas.

Todo esto dentro de un marco no sistematizado, incoordinado y con un gran ausente: los afectados, que con su cultura desdeñada y su pobreza a cuestas, sólo eran -y son- mudos testigos, en el mejor de los casos, de las buenas intenciones de los ejecutores de los distintos planes de lucha contra esta enfermedad, como si fueran un operativo militar de exterminio de las vinchucas, sin tener en cuenta las víctimas inocentes de esta guerra.

Por todo lo expresado, no llama la atención que la enfermedad de Chagas-Mazza se siga extendiendo, comprometiendo aún más el futuro de la mayoría de la población.

El Chagas convive, sin sacarse ventajas, con el cólera, el paludismo -que se había erradicado en la década del 50-, la tuberculosis, la desnutrición, las anemias, las diversas parasitosis, las meningitis epidémicas, las diarreas y las infecciones respiratorias, entre otras enfermedades, compartiendo esta verdadera patología de la pobreza, que no se podría erradicar desde ningún escritorio, sino desde el seno mismo de la población afectada.

La propuesta que lanzó la OMS en 1978, bajo el lema de "Salud para todos en el año 2000", vista a la distancia, parece un sueño inalcanzable, una simple e inconsistente consigna alejada de la realidad.

Para que este sueño se cumpla es indispensable transformar radicalmente las actuales estrategias de atención de la salud, pues las actuales han fracasado estrepitosamente.

Si se analiza esta situación desde la perspectiva actual, con los planes de ajuste cada vez más

inhumanos, el hospital público diezmado, las obras sociales sindicales seriamente amenazadas por la reducción de los aportes patronales y la creciente desocupación, mientras se elevan continuamente las ganancias de los laboratorios privados -donde es muy difícil que se atienda un chagásico, salvo que sea el dueño de alguna estancia santiagueña infectado accidentalmente-, el panorama es realmente desalentador.

De todas formas, estos inconvenientes no deben desarmar a todos aquellos que se interesan realmente por resolver estos problemas. Se deben realizar los esfuerzos posibles para revertir la situación, tratando de comprender, en primer término, cuáles son las causas profundas generadoras de estas enfermedades sociales.

Si el concepto de salud no empieza en el individuo, en su familia, en la escuela y en los lugares de trabajo, va a resultar muy difícil mejorar esta situación. Por desgracia, los profesionales de la salud no suelen depositar toda la confianza necesaria, para que la comunidad adquiera la capacidad suficiente para adoptar decisiones con relación a su propia salud. En este sentido, existe un cheque cultural muy difícil de revertir, que impide una acción coordinada y potenciada entre el saber científico y la cultura popular. Esta síntesis es la única forma idónea para que los pueblos de los países subdesarrollados, comiencen a ser dueños de la salud y no, como hasta ahora, víctimas resignadas de la enfermedad.

La enfermedad de Chagas-Mazza, así como el resto de las enfermedades de la pobreza, sólo podrá ser combatida si existe una participación activa y decisoria de toda la comunidad, representada por sus líderes naturales, en programas zonales, regionales, nacionales y aun internacionales, siempre y cuando se respeten y se tengan en cuentas las pautas culturales de las distintas comunidades y se utilicen tecnologías apropiadas, socialmente aceptadas y económicamente viables.

Así se logrará que se multipliquen los agentes de salud, con capacidad suficiente como para influir y participar en esta denodada lucha contra la enfermedad de Chagas-Mazza.

Que sean las vinchucas las hambrientas y sin vivienda.