



Historia de la Tripanosomiasis Americana en Colombia

Académico **Fernando Serpa Flórez***

La Academia Nacional de Medicina de Colombia rinde homenaje a Carlos Chagas, opónimo médico brasileño, nacido en Oliveira en 1879 y fallecido en Río de Janeiro en 1934, con motivo del nonagésimo aniversario del descubrimiento realizado por él del *Trypanosoma cruzi*, hazaña científica que bautizó en memoria de su maestro Osvaldo Cruz (1872 - 1917), fundador del *Instituto de Manquinhos* que hoy lleva el nombre de este sanitarista. (1)

Carlos Chagas fue miembro correspondiente de nuestra Corporación, elegido hace ochenta años, durante la presidencia del profesor Miguel Rueda Acosta, lo que hace que celebremos el triunfo de quien, honrosamente, podemos considerar como uno de los nuestros. (2)

Chagas encontró en 1909 la relación existente entre la *Tripanosomiasis Americana* y el agente de esta dolencia descubierto por él, que por ello hoy se llama Enfermedad de Chagas.

La tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, es una entidad autóctona de nuestro continente que, como tantas otras, en un principio fue una zoonosis (enfermedad de los animales que se transmite al hombre tal cual la hidrofobia o rabia, la fiebre amarilla, la encefalitis equina, el carbón bacteriano, la enfermedad de Lyme... para citar unas cuantas).

La dolencia se extendió a la especie humana cuando ésta irrumpió en la hábitat del huésped intermedio del mal y se ha hecho cada vez más aparente con el aumento de la población y el desequilibrio ecológico que se presenta con la deforestación.

Recordemos que sus reservorios (es decir los hospederos que le sirven de depósito), son algunos animales domésticos como el perro, el cerdo o el cobayo y peridomésticos y silvestres como las ratas, los murciélagos, los armadillos, monos y zarigüeyas. Al hombre, desde luego, podemos considerarlo como reservorio de esta dolencia.

En Colombia los primeros informes científicos sobre animales domésticos y silvestres reservorios del *Trypanosoma cruzi* fueron realizados por César Uribe Piedrahita en 1929. Encontró vectores del mal infectados con estos flagelados en Prado (Tolima) como lo publicó en su trascendental comunicación "*Infección de *Rhodnius prolixus* Stahl por *Trypanosoma cruzi* y *Trypanosoma rangeli**", en la Revista Médico-Quirúrgica de los Hospitales de Bogotá, de dicho año (3).

La enfermedad, sin embargo, existía en América desde tiempos prehistóricos. El "*Hallazgo de *Trypanosoma cruzi* en momias de más de cuatro mil años de antigüedad*" en América confirma la bíblica sentencia de que "nada nuevo hay bajo el sol" (*Nihil novum sub sole*). Lo que explica, de paso, el porqué la aparente mayor resistencia de nuestras poblaciones aborígenes a los estragos de este mal.

Contra la *Tripanosomiasis americana*, que se presenta en forma aguda o crónica y que muchas veces es mortal, no existe un tratamiento específico. Su control se logra mediante la eliminación del vector en la vivienda rural, el mejoramiento de ésta y el uso de insecticida de acción residual, así como el desarrollo económico de las regiones afectadas por la endemia (4).

* Médico de la Universidad Nacional. Master en Salud Pública, Universidad de Harvard.

La afección es transmitida por la picadura de un artrópodo triatomíneo de los géneros *Rhodnius*, *Triatoma* y *Fanstrongylus*.

En Colombia los vectores principales son el *R. prolixus* y el *T. dimidiata*. Estos insectos, de trompa cónica, aplanados, de aspecto parecido al de las chinches y de tamaño entre uno y medio a tres centímetros, abundan en nuestros climas cálidos. Se conocen con el nombre de "pitos". De ellos ya había hablado, en el siglo XVIII, el sacerdote jesuita José Gumilla en *El Orinoco Ilustrado* (5), cuando informa: "...insectos pardos de una hechura muy rara, del tamaño de tábanos medianos (llamanse pitos); estos tienen un pico muy rabioso y suave, mientras beben la sangre lo hacen con tal tiento y dulzura que nos se dan a sentir; pero al retirarse llenos, dejan un dolor y una comezón intolerables. Estos abundan en tierras calientes..."

Ignacio Moreno Pérez observó en Cali, en 1939, por primera vez, el hemoflagelado causante de la enfermedad, según informa Hernando Ucrós en su completa revisión sobre la materia publicada en *Antioquía Médica* en 1971 (6).

En 1947 J. Caicedo y C. Hernández escribieron su informe sobre los primeros casos crónicos de la enfermedad comprobados en Colombia, procedentes de Fusagasugá, Cundinamarca (7).

En 1961 Marcos Duque inició los estudios sobre cardiopatía chagásica (8). 10 años después Hernando Rocha comunica sus hallazgos sobre megasófago como secuela de este mal (9).

Hernando Ucrós, Benjamín Otálora, Santiago Rengifo, Hernando Osorno, Carlos Duarte Rangel, Ernesto Suescún y otros investigadores colombianos describieron entre tanto diversos focos de la enfermedad y estudiaron la distribución de sus vectores y huéspedes intermedarios. El *Trypanosoma rangeli* se encuentra ampliamente distribuido en nuestro país y puede dar reacciones serológicas falsamente positivas pero que, afortunadamente no es patógeno.

En fecha más reciente, 1963, Augusto Corredor comenzó diversas encuestas epidemiológicas sobre enfermedad de Chagas (10) y en 1975, Cornelis Marinkelle, cuyos estudios sobre esta materia en nuestro país son meritorios (11), así como Antonio D'Alessandro y sus colaboradores de la Universidad del Valle, en los llanos orientales llevaron a cabo investigaciones publicadas en 1984 (12).

En la década de los noventa en Bucaramanga se fundó el *Centro de Investigaciones de Endemias Tropicales*, en asociación con la Universidad Industrial de Santander, que ha servido de apoyo a la investigación y control de la enfermedad de Chagas. Víctor

Manuel Angulo Silva, Director de este Centro, realiza esfuerzos en la lucha contra las enfermedades tropicales que colocan al Departamento de Santander en posición de avanzada en este campo (13). También citamos los estudios realizados por J. C. Villar sobre alteraciones cardíacas de origen tripanosomíasis (14) y Carlos A. Morillo, en relación con cardiomiopatías chagásicas (15), ambos científicos colombianos.

Tuve el privilegio de observar de cerca la dedicación y el trabajo del doctor Felipe Guhl en la región del Catatumbo y en las selvas del Putumayo. (16, 17, 18)

Desde que en 1948 y 49 quien había transcurrido la pausa de fin de año de la Escuela de Medicina trabajando al servicio de una empresa petrolera en las selvas del Catatumbo, para así estar más en contacto con las enfermedades tropicales y, por qué no decirlo, ayudar a saldar el valor de la matrícula y comprar los libros de estudio, conversaba con el doctor Carlos Duarte Rangel, médico al servicio de la compañía, sobre los casos de enfermedad de Chagas que él había descubierto y que ocasionaron la venida a esta zona inhóspita y torrida de los profesores Augustini y Franklin A. Nova de la Escuela de Salud de Harvard, a quienes años después volvería a encontrar como mis profesores del *Department of Tropical Public Health*, bajo la guía magistral del doctor Thomas H. Welier, premio Nobel de la Medicina. (19)

35 años más tarde, como Médico Jefe de la Empresa Colombiana de Petróleos, tuve el honor de acompañar a Felipe Guhl en sus investigaciones sobre tripanosomas en el Catatumbo y, luego, en la Amazonia.

Hay un conocimiento directo, por más de medio siglo, de los estragos que causa la enfermedad de Chagas, de la que se presume un 7% de nuestra población está infectada y a cuyo riesgo están sometidos cerca del 23% de los colombianos. Inclusive por transfusiones de sangre contaminada, permite apreciar la trascendencia de la reunión que la Academia Nacional de Medicina de Colombia hoy celebra.

Para que la sociedad entera comprenda la necesidad de luchar contra el *Trypanosoma cruzi*, germen de la enfermedad de Chagas, descubierto por este sabio brasileño hace noventa años.

Las medidas para controlar la enfermedad e, inclusive, para erradicarla son conocidas. Tenemos la buena experiencia de la campaña para erradicar la viruela. Basta la voluntad y decisión de aplicarlas. Ya se han dado pasos al respecto en Colombia, pero es necesaria una mayor información: la educación sanitaria de la población es fundamental.

La gran cruzada que ya comenzó a cumplirse desde el momento que se diagnosticaron los primeros casos del mal y se fijaron los límites geográficos, muy extensos por cierto, donde se encuentran contaminados los vectores del mal. Allí, hasta sus límites arcifinos, deberá llegar la acción benéfica de la salud pública para luchar efectivamente contra los vectores del mal, mejorando las habitaciones mediante el desarrollo económico de las regiones afectadas por la enfermedad de Chagas y llevando a la gente la luz de la educación.

Bibliografía

1. Serpa Flórez Fernando: *Médicos, Medicina e Historia*. Edit. Didáctica. Cap. XV. Pág. 142-143, Bogotá, 1977.
2. Academia Nacional de Medicina, Colombia: *Itinerario Histórico*. Editor encargado Académico Alberto Albormoz Plata. Compilador, historiador Humberto Cáceres. Pág. 93. Edit. Presencia, Bogotá.
3. Uribe Piedrahita César: *Infección de Rhodnius prolixus Stahl por Trypanosoma cruzi y Trypanosoma rangeli*. Rev. Med. Quir. Hosp. Bogotá, 3:20, 1929.
4. *El Control de las Enfermedades Transmisibles*. Informe Oficial de la Asociación Americana de Salud Pública. 11 De. O.P.S. Publicación Científica No. 252, 1972. Washington.
5. Gumilla José, *El Orinoco Ilustrado*. Edición Facsimilar de Carvajal S.A. Santander de Quilichao, Cauca, 1985.
6. Ucrós et al.: *Consideraciones clínicas, epidemiológicas y parasitológicas sobre 141 casos de enfermedades de Chagas*. Antioquia Médica, 21: 267-673. 1971.
7. Caicedo J. y Hernández C. *Casos de la enfermedad de Chagas en la región de Fusagasugá, Cundinamarca*. An. Soc. Biol. Bogotá, 2:185-188, 1947.
8. Duque M. *Miocarditis chagásica en Colombia*. Rev. Colomb. Cardiol. 2: 19-31, 1961.
9. Rocha H. et al. *Alteraciones digestivas de la enfermedad de Chagas en la vereda de Pizarreal, en el Norte de Santander*. Rev. Fac. Med. Bogotá. 31: 109-114, 1963.
10. Corredor A. *Encuesta epidemiológica sobre enfermedad de Chagas en la vereda de Pizarreal, en el Norte de Santander*. Rev. Fac. Med. Bogotá. 31: 109-114, 1963.
11. Marinkelle, C.J. 1975. *Epidemiology of Chagas' disease in Colombia*. PAHO. Scient. Publ. No. 318: 340-346.
12. D'Alessandro et al. *Epidemiology of Trypanosoma cruzi in the Oriental Plains of Colombia*. Am. J. Tropical Med. Hyg. 33(6):1084-1095, 1984.
13. Angulo Silva Victor Manuel. *Enfermedad de Chagas en Santander. Programa de Investigación y Control*. CINTROP-UIS. Médicas-UIS, Bucaramanga 6: 204-6 Oct.-Dic. 1992.
14. Villar J.C. et al. *Cambios en la función autonómica cardíaca en sujetos sero-positivos a Trypanosoma cruzi asintomáticos*. Rev. Col. Cardiol. 199, 5:7-14, Bogotá.
15. Morillo Carlos A. *Chagasic cardiomiopathy: a unique model of cardiac automatic dysfunction*. Arch. Maladies du Coeur. 1998. 91: 10.
16. Serpa Flórez Fernando: *Enfermedad de Chagas en Colombia*. "Medicina", órgano de la Academia Nacional de Medicina. No. 12, Vol. 61, No. 595. Nov. 1985, Bogotá. Págs. 21-24.
17. Guhl F., Serpa F. y colaboradores: *Enfermedad de Chagas y Colonización en el Alto Catatumbo*. "Medicina", órgano de la Academia Nacional de Medicina. Bogotá. No. 28. Enero 1991. Págs. 4-7.
18. Guhl Felipe, Serpa Fernando y colaboradores. *Estudio longitudinal de la Tripanosomiasis americana (Trypanosoma cruzi y Trypanosoma rangeli) en un área endémica, Norte de Santander, Colombia*. Médicas UIS Bucaramanga. 6: 177-81. Oct.-Dic. 1992.
19. *Harvard School of Public Health The Class of 1959*. Boston, Massachusetts.