

**Tabla 2** Comparación de la serología por ámbito de procedencia

	Serología <i>T. cruzi</i> (+)	Serología <i>T. cruzi</i> (–)
Rural	9 (69,2%)	12 (20,7%)
Urbano	4 (30,8%)	46 (79,3%)

- 5 pacientes se pierden, ya que no se pueden localizar y no realizan la prueba de confirmación.
- 4 se negativizan en la prueba de confirmación.
- A uno se le realiza enema opaco, tránsito esófago-gastroduodenal, electrocardiograma y ecocardiograma con resultado dentro de la normalidad, y realiza tratamiento con benznidazol 5 mg/kg/día durante 60 días.
- Un caso, también con resultados normales en las pruebas complementarias, inicia tratamiento con benznidazol, pero se interrumpe a los 50 días por exantema universal severo.
- 2 retrasaron las pruebas por motivos laborales, y están pendientes de los resultados.

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas requiere una prueba serológica ELISA, y en caso positivo la confirmación con una segunda técnica que utilice un antígeno distinto al del cribado<sup>4</sup>. Así el cribado es una práctica compleja que consume elevados recursos económicos y provoca inconvenientes a los pacientes con falsos positivos.

El tratamiento es largo y no está exento de efectos secundarios<sup>5</sup> como exantemas severos, polineuritis o agranulocitosis, entre otros. A veces la situación socioeconómica de la población (normalmente en proceso migratorio) impide un seguimiento correcto.

En nuestra experiencia, solo uno de los casos positivos ha logrado un tratamiento y seguimiento correctos. El resto presentan falsos positivos, efectos secundarios o problemas

de seguimiento por condiciones sociolaborales. Según estos resultados, quizás, lo más adecuado sería realizar un cribado de la enfermedad de Chagas a las personas de Latinoamérica asintomáticas que estén embarazadas, inmunodeprimidas o sean donantes de sangre/órganos, como algunos autores recomiendan<sup>6</sup> y no un cribado universal.

## Bibliografía

1. Aguilar-Shea AL, Coletto-Lovera DN, Lopez-Garcia E. Enfermedad de Chagas en España. *Semergen*. 2008;34:465–6.
2. Instituto Nacional de Estadística. Avance del padrón municipal a 14 de enero de 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np503.pdf>.
3. Saldaña I, Hernández V, Cubero P. Enfermedad de Chagas: abordaje de una afección emergente en nuestro país. *FMC*. 2009;16:68–76.
4. Flores-Chávez M, Cruz I, Rodríguez M, Nieto J, Franco E, Garate T, et al. Comparación de técnicas serológicas convencionales y no convencionales para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas importada en España. *Enf Infec Microbiol Clin*. 2010;28:284–93.
5. Carranza-Rodríguez C, Mateos-Rodríguez F, Muro A, Pérez-Avellano JL. Tratamiento antiparasitario. *Medicine*. 2010;10:3664–72.
6. Gascón J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:230–5.

Ainhoa Irueta Isusi\*, Mar Jarque Moyano, Patricia Redondo Ruiz y Vanesa Pérez Martín

*Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Santa Rosa, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [isabita1@gmail.com](mailto:isabita1@gmail.com) (A. Irueta Isusi).

doi:10.1016/j.aprim.2010.12.008

## Osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos orales. Presentación de 3 casos

### Osteonecrosis of the jaws secondary to oral bisphosphonates. A presentation of 3 cases

Sr. Director:

En el número 42, volumen 10, de su Revista, Bolívar Puigoriol et al<sup>1</sup> publican 3 casos de osteonecrosis de los maxilares asociados al uso de bisfosfonatos (BF) intravenosos para tratamiento oncológico, concretamente zoledronato. Pero los BF también son ampliamente utilizados para el tratamiento de la osteoporosis, principalmente por vía oral. En 2009 ya publicamos algún caso de osteonecrosis de los maxilares relacionado con el consumo oral de BF para tratamiento de la osteoporosis<sup>2</sup>. Ahora presentamos una miniserie de 3 casos de osteonecrosis de los maxilares asociada a la administra-

ción oral de BF, con el fin de hacer notar que la osteonecrosis no es exclusiva de los BF intravenosos.

**Caso 1.** Mujer de 61 años. Diagnosticada en 2007 de osteoporosis, desde junio de ese año empezó a tomar risedronato semanal, en febrero de 2009 cambió a ácido ibandronico mensual. En noviembre de 2009 es visitada en la Sección de Salud Bucodental porque desde hace 2 meses nota molestias en la zona del segundo molar mandibular derecho, que le habían extraído 5 meses antes, siendo portadora de una prótesis removible. Aun descansando de la prótesis no mejoraba. Se observaban diversas zonas de hueso expuesto. En la ortopantomografía se apreciaba la esclerosis marcada de los bordes del alvéolo de la extracción realizada casi medio año antes. A los 3 meses, sin usar la prótesis, y con higiene local con clorhexidina, persistían las zonas de hueso expuesto, pero parecía que estaban disminuyendo.

**Caso 2.** Mujer de 66 años. En 2003, a raíz de la menopausia, comenzó a tomar ácido alendronico semanal. En septiembre de 2009 acude a consulta en la Sección de Salud Bucodental por una úlcera dolorosa en una zona edéntula del



**Figura 1** TC que muestra el secuestro óseo.

maxilar izquierdo, lugar de apoyo de una prótesis removable. Se indicó un cuidado local con clorhexidina y no utilizar la prótesis removable. Se realizó un estudio con TC (fig. 1). Un año después persiste el hueso expuesto en la boca, pero está asintomática.

**Caso 3.** Mujer de 75 años. Diagnosticada de osteoporosis en 2001, y desde entonces tomaba ácido alendróico semanal. En el año 2008 le colocaron unos implantes osteointegrados en la mandíbula, siendo visitada en marzo del año 2009 en la Sección de Salud Bucodental por presentar hueso expuesto entre 2 implantes. Está siendo controlada con clorhexidina local. En septiembre de 2010 persiste el hueso expuesto, sin cambios.

Los BF se utilizan en oncología para tratamiento de la enfermedad ósea avanzada, principalmente por vía intravenosa, y para el tratamiento de la osteoporosis, sobre todo por vía oral. La osteonecrosis de los maxilares por BF se asocia principalmente a los BF intravenosos, pero ya Ruggiero et al<sup>3</sup> en sus clásicos 63 casos, presentaron 7 que sólo habían tomado BF orales. El problema, como resumen Otto

et al<sup>4</sup> es que los BF orales los toman millones de pacientes durante mucho tiempo. Estos autores opinan que la aparición de la osteonecrosis de los maxilares por el uso de BF orales no es una coincidencia, sino que hay una relación causa-efecto.

La osteonecrosis asociada a BF orales, como los casos presentados aquí, suelen tener una evolución menos grave que la asociada a los BF intravenosos.

Coincidiendo con el trabajo de Bolívar Puigoriol et al<sup>1</sup>, creemos que es fundamental la prevención, no sólo en los pacientes que van a ser tratados por vía intravenosa, sino también en los que van a ser tratados de forma oral; y también puede ser importante informar al paciente, para que éste coopere en la toma de decisión del tratamiento.

## Bibliografía

1. Bolívar Puigoriol E, Camprodon Tuneu N, Farriols Danés C, Planas Domingo J. Osteonecrosis maxilar secundaria al tratamiento con zoledronato: a propósito de tres casos. *Aten Primaria*. 2010;42:534-5.
2. Cardona F, Bagán JV, Sainz E, Figuerido J, Giner F, Vidán FJ. Osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos. Actualización y puesta al día. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:423-37.
3. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62:527-34.
4. Otto S, Abu-Id MH, Fedele S, Warnke PH, Becker ST, Kolk A, et al. Osteoporosis and bisphosphonates-related osteonecrosis of the jaw: Not just a sporadic coincidence - a multi-centre study. *J Cranio-Maxillofac Surg*. 2010. Jun 25. [Epub ahead of print].

Francisco Cardona Tortajada\*, Esther Sainz Gómez, Fernando Giner Muñoz y Jorge Figuerido Garmendia

*Sección de Salud Bucodental, Dirección de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fcardont@cfnavarra.es](mailto:fcardont@cfnavarra.es) (F. Cardona Tortajada).

doi:10.1016/j.aprim.2010.12.013

## Variables asociadas a buena calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética

### Variables associated with a good quality of life in patients with chronic renal disease secondary to diabetic nephropathy

Sr. Director:

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida multidimensional que refleja el bienestar de un paciente, valorando dominios físicos, mentales y sociales<sup>1</sup>.

Existe controversia en la literatura médica sobre las variables reportadas como las de mayor impacto sobre la CVRS<sup>2-5</sup>. Existen estudios de poblaciones caucásicas o afroamericanas, sin tomar en cuenta a la población hispana<sup>6</sup>. Está bien determinado que la percepción de la CVRS varía considerablemente en función de las características culturales y valores individuales del paciente. Presentamos este estudio transversal que pretende identificar variables demográficas, socioeconómicas, físicas y familiares significativamente asociadas a buena CVRS, en pacientes hispanos con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética. Se ha realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, México.