

diversidad en los programas científicos. Rev Clin Esp. 2006;206: 210–1.

- Sancho M, Rexach L, Gómez A, Díaz A, Cañada I, Peralta V. Análisis de la investigación clínica española en cuidados paliativos a través de sus aportaciones a los congresos nacionales de medicina interna 2005-2009. Med Pal. 2010;17 Suppl 1: S142.

M.A. Sancho-Zamora

Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
Correo electrónico: masancho.hrc@salud.madrid.org.

doi:10.1016/j.rce.2010.06.017

Chagas: enfermedad emergente, enfermedad desconocida

Chagas: an emergent and unknown disease

Sr. Director:

El artículo de Aguilar-García et al¹, recientemente publicado en su revista, en el que se comunica un caso de enfermedad de Chagas (EC) con afectación digestiva recalca la importancia de tener un alto índice de sospecha para poder llegar a un diagnóstico de EC. Sin embargo, deseamos comentar algunos aspectos referentes a esta enfermedad emergente y aún no bien conocida en nuestro ámbito geográfico.

En el artículo comentado¹ no se indica si se descartó una afectación cardíaca secundaria a la EC. Si bien en la radiografía de tórax no parecía existir cardiomegalia, su ausencia no excluye alteraciones en el sistema de conducción cardíaca que, por otro lado, constituyen la manifestación cardiológica más frecuente en la EC². La existencia de cardiomegalia sólo implicaría un mayor riesgo de muerte súbita en estos pacientes² y probablemente reflejase un deterioro cardiológico muy avanzado. Por ello, y de acuerdo con las guías y consensos más recientes²⁻⁴, todo paciente con EC debiera tener una evaluación cardiológica completa con inclusión de electrocardiograma y ecocardiograma.

Por otra parte, nos hubiese gustado conocer qué tratamiento recibió el paciente comentado, tanto el sintomático, que puede variar en función del grado de afectación digestiva⁵, como el antiparasitario específico.

El diagnóstico de la EC precisa de al menos dos serologías positivas para *Trypanosoma cruzi*, que además deben estar realizadas frente a distintos antígenos^{5,6}, y que la positividad en una prueba parasitológica como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no excluye la realización de dichos estudios serológicos^{6,7}, sobre todo en nuestro ámbito, donde la forma de presentación predominante de la EC es la crónica indeterminada^{2,6}.

Aguilar-García et al¹ comentan que sería útil disponer de herramientas que agilicen el diagnóstico de la EC, sobre todo en el caso de la enfermedad congénita. Creemos que en la actualidad se dispone de técnicas que permiten un diagnóstico lo suficientemente rápido de la EC. Así, por ejemplo, la inmunocromatografía es una técnica serológica con una sensibilidad del 92-95% y una especificidad del 96-97%⁸, que se realiza en aproximadamente 15 min y que además se incluye como técnica de cribado en varios protocolos como el de la Comunidad Valenciana⁴ y en el de nuestro propio centro. Ante la positividad de esta técnica se realizaría una confir-

mación mediante técnica de ELISA, que en nuestro centro tarda aproximadamente 4-5 días. Ante la sospecha de transmisión vertical, se dispone de un método diagnóstico rápido y accesible como es la visualización directa del parásito mediante examen en fresco^{4,6}, cuyo resultado se obtiene en el mismo día. Es cierto que en casos de baja parasitemia en la madre este examen directo normalmente resulta negativo y no excluye la posibilidad de infección^{3,4}. Por ello se aconseja realizar PCR al nacimiento, al primer y tercer mes de vida, además de estudios serológicos al nacimiento y a los 7-9 meses^{3,4}.

En los casos de exposición accidental del personal sanitario, la literatura científica disponible es escasa^{9,10}. En estos casos sería muy conveniente establecer un diagnóstico muy precoz, ya que la tasa de curación es muy alta si se instaura tratamiento antiparasitario inmediatamente después de la exposición⁶. En nuestro centro hemos protocolizado la realización de inmunocromatografía a la «fuente» del posible contagio y en caso de positividad de ésta se aconseja iniciar tratamiento antiparasitario con benznidazol a la persona potencialmente infectada. Esta técnica se complementaría además con una PCR, por su mayor sensibilidad y especificidad¹⁰. El benznidazol no se comercializa en España y debe solicitarse como medicación extranjera, con lo que supone de demora para el inicio del tratamiento. Quizás es éste uno de los apartados más interesantes que agilizar en el manejo de la EC ya que, a nuestro juicio, es de vital importancia en el tratamiento de la EC congénita por transmisión vertical o en los casos de infección por punción accidental.

Bibliografía

- Aguilar-García JJ, Domínguez-Pérez AD, Nacarino-Mejías V, Iribarren-Marín MA. Enfermedad de Chagas. Rev Clin Esp. 2010;210:e25–7.
- Gascón J, Albejar P, Cañas E, Flores M, Gómez i Prat J, Herrera RN, et al. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica. Enf Infecc Microbiol Clin. 2008;26:99–106.
- Apt W, Heitman I, Jercic MI, Jofre L, Muñoz P, Noemi I, et al. Parte II. Enfermedad de Chagas en el adulto, la infancia y adolescencia. Rev Chil Infect. 2008;25:194–9.
- Bayon Rueda A, Borrás Salvador R, Calabuig Muñoz E, Fraile Fariña MT, Giménez Martí MJ, Montesinos Sánchez E, et al. Enfermedad de Chagas importada. Protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2009.
- Pinazo MJ, Cañas E, Elizalde JI, García M, Gascón J, Gimeno F, et al. Diagnosis, management and treatment of chronic

Chagas' gastrointestinal disease in areas where *Trypanosoma cruzi* infection is not endemic. Gastroenterol Hepatol. 2010;33:191–200.

6. Gascon J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. Med Clin (Barc). 2005;125:230–5.
7. Fernández-Ruiz M, López-Medrano F. Implicaciones diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Chagas en España. Med Clin (Barc). 2009;133:117–8.
8. Flores-Chavez M, Cruz I, Rodríguez M, Nieto J, Franco E, Gárate T, et al. Comparación de técnicas serológicas convencionales y no convencionales para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas importada en España. Enf Infecc Microbiol Clin. 2010;28:278–83.
9. Herwaldt BL. Laboratory-acquired parasitic infections from accidental exposures. Clin Microbiol Rev. 2001;14:659–88.
10. Kinoshita-Yamaga AT, Toledo MJO, Araujo SM, Vier BP, Gomes ML. Accidental infection by *Trypanosoma cruzi* flow-up by the

polymerase chain reaction: case report. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2009;51:295–8.

F.J. Polo-Romero^{a,*}, J.L. Beato-Pérez^a y
C. Romero-Portilla^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Hellín, Hellín, Albacete, España

^b Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos, Hospital de Hellín, Hellín, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjpolor@sescam.jccm.es
(F.J. Polo-Romero).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.018

Respuesta de los autores

Response of the Authors

Sr. Director:

Queremos agradecer el interés hacia nuestro artículo¹ por el Dr. Polo-Romero et al. Agradecemos también las puntualizaciones que realizan referentes a los casos de enfermedad congénita y exposición accidental, al ampliar el conocimiento de esta entidad.

Respecto a los comentarios específicos referentes a nuestra paciente, hemos de exponer lo siguiente:

- Posible afectación cardíaca: se le realizó un electrocardiograma que fue normal, sin trastornos en el sistema de conducción.
- Diagnóstico: se realizaron dos pruebas serológicas con métodos diferentes para la detección de anticuerpos inmunoglobulina G, frente a los antígenos del *Trypanosoma cruzi*, por ELISA e inmunofluorescencia indirecta, siendo en ambos casos positivas. Además, se efectuó una reacción en cadena de la polimerasa basal (PCR), que fue positiva.
- Tratamiento: en cuanto al tratamiento sintomático para la acalasia, inicialmente se realizó inyección intracardial de toxina botulínica, con escasa mejoría,

continuando con dilatación esofágica mediante balón neumático, mejorando la disfagia. El estreñimiento mejoró con laxantes emolientes (parafina líquida) y osmóticos (lactulosa). Como tratamiento específico antiparasitario se administró benznidazol 150 mg por vía oral/12 h.

La paciente actualmente ha regresado a su país.

Bibliografía

1. Aguilar-García JJ, Domínguez-Pérez AD, Nacarino-Mejías V, Iribarren-Marín MA. Enfermedad de Chagas. Rev Clin Esp. 2010;210:e25–7.

Jesús José Aguilar García*, Ángel Daniel Domínguez Pérez, Verónica Nacarino Mejías y M^{de} del Alcázar Iribarren Marín

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjag96@hotmail.com
(J. José Aguilar García).

doi:10.1016/j.rce.2010.07.014