



## CARTAS AL DIRECTOR

### Detección y manejo de *Trypanosoma cruzi* desde atención primaria en áreas no endémicas

### Detection and management of *Trypanosoma cruzi* in primary care in non-endemic areas

Sr. Director:

La tripanosomiasis (enfermedad de Chagas) es una zoonosis endémica del continente americano producida por *Trypanosoma cruzi* y transmitida por un vector, el triatoma (vinchuca). La infección se localiza desde el sur de Estados Unidos hasta Argentina y Chile y ocupa el cuarto lugar como carga de enfermedad en América. La vía de trasmisión más importante es la vectorial, aunque también puede transmitirse a través de transfusiones sanguíneas, trasplante de órganos y por la placenta<sup>1–5</sup>. Debido al aumento del flujo migratorio desde dichas áreas, la tripanosomiasis se ha vuelto una afección emergente en nuestra área básica. Se describen 3 casos clínicos de pacientes diagnosticados de enfermedad de Chagas que se visitaron en nuestro centro de atención primaria.

Caso 1: mujer de 37 años procedente de Cochabamba. Acude a la consulta refiriendo síntomas digestivos de larga evolución, con escasa respuesta a los inhibidores de la bomba de protones. Cuando la interrogamos por sus antecedentes, nos explica picadura de triatoma en la adolescencia, por lo que en Bolivia le realizaron serologías de *T. cruzi*, que fueron positivas. Se solicita un ECG, que muestra ondas T negativas en precordiales, y una fibrogastroscopia, que muestra un cardias incontinente con reflujo; queda pendiente la realización de un ecocardiograma y una nueva serología.

Caso 2: mujer de 25 años procedente de Bolivia (Cochabamba) actualmente en tratamiento con tuberculostáticos por una tuberculosis pulmonar activa, controlada en la unidad de enfermedades tropicales en un hospital de tercer nivel de Barcelona. Se le realiza criba de las diferentes enfermedades infecciosas; resulta positivo *T. cruzi*; actualmente están pendientes exploraciones complementarias hasta la resolución del cuadro pulmonar.

Caso 3: mujer de 38 años procedente de Bolivia. Acude a la consulta refiriendo que en la criba de donantes se detectó la serología de *T. cruzi* positiva, y se la derivó a nuestra consulta de atención primaria. La paciente no recuerda antecedente de picadura del triatoma.

Haciendo un genograma se detecta que tiene 5 hijos. Se realiza la serología a cada uno de ellos, y la del segundo hijo dio positivo, por lo que se lo deriva a la unidad de enfermedades infecciosas de pediatría de nuestro hospital de tercer nivel de referencia. La pruebas realizadas a nuestra paciente (ECG y radiografía de tórax) son normales, y actualmente están pendientes tránsito gastroduodenal y valoración en unidad de enfermedades tropicales.

Los 3 casos comentados proceden de la misma área (Bolivia), la mayoría de Cochabamba. Es muy importante conocer el país y el departamento de procedencia.

La enfermedad de Chagas se contrae a edades tempranas (primoinfección) y se mantiene inactiva durante mucho tiempo (fase latente o asintomática), llegando a fase sintomática (fase crónica) a los 20 años de la primoinfección. El tripanosoma se fija en los plexos nerviosos de la musculatura lisa, por lo que las manifestaciones clínicas más frecuentes son alteraciones cardíacas (miocardiopatía dilatada, alteraciones en la conducción) y alteraciones digestivas (megaesófago, megacolon). Por ello destaca en el caso 1 la incontinencia de cardias que, aun no siendo patognomónico, puede ser el inicio de un megaesófago. Además, la tripanosomiasis puede causar inmunodeficiencia y activar otras enfermedades latentes como la tuberculosis (caso 2), que hacen más difícil la resolución del caso.

En el caso 3 encontramos dos vías de transmisión que no implican al triatoma: la sanguínea mediante transfusión de sangre (que se diagnosticó gracias a la criba en el banco de sangre) y la trasplacentaria o vertical (uno de sus hijos está afecto de la enfermedad y no tiene antecedente de picadura de triatoma).

En resumen, es crucial conocer dónde vivían; si se trata de una mujer, hay que realizar genograma para poder cribar a sus hijos, y solicitar exploraciones complementarias que ayudarán a diagnosticar las alteraciones cardíacas y digestivas propias de la enfermedad. Como ya hemos comentado, la mayoría permanece asintomática, lo que hace que el seguimiento de esta enfermedad sea más difícil y por lo que es importante que, aunque se derive a la unidad de medicina tropical, nosotros —como facultativos con mayor acceso a esta población— mantengamos una actitud expectante ante la aparición de cualquier síntoma.

## Bibliografía

1. Petters W, Pasvol G. *Trypanosoma cruzi*. En: Tropical medicine and parasitology. 5.ª ed. London: Mosby; 2002. p. 188–202.

2. Guerrant RL, Walker DH, Weller PF. *Tripanosoma cruzi*. En: *Enfermedades infecciosas tropicales*. Madrid: Harcourt; 2002. p. 384-91.
3. Roure S, Pedro-Botet M, Valerio L, Sabria M, Sopena N. *Guía clínica per la infecció/malaltia de Chagas*. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003. p. 3.
4. Froilan Sanz F, Gómez Navarro C, Castrillo Garcia N, Pedrote Martínez A, Lage Gallé E. Miocardiopatía chagásica en España: un diagnóstico a tener en cuenta. *An Med Interna (Madrid)*. 2005; 22:538-40.
5. Muñoz J, Gascón J. Enfermedad de Chagas importada. *Enf Emerg*. 2005;7:134-8.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.023

## semFYC y ezetimiba

### semFYC and ezetimib

*Sr. Director:*

Recientemente hemos asistido en nuestro centro de salud a una sesión basada en el documento de la semFYC «Manejo de las dislipemias en el paciente diabético y de riesgo coronario», que forma parte de las «Sesiones clínicas en APS»<sup>1</sup>. En él se plantea un caso clínico de un varón de 63 años, sedentario, actualmente obeso, hipertenso, diabético, fumador y sin antecedentes de enfermedad vascular. Con base en los datos de las exploraciones complementarias, se le atribuye un riesgo cardiovascular alto.

Después del consabido paso por las medidas higienicodietéticas, el paciente regresa a la consulta al cabo de 1 año y su perfil lipídico es entonces: colesterol total, 251 mg/dl; colesterol de las LDL, 165 mg/dl; colesterol de las HDL, 50 mg/dl, y triglicéridos, 180 mg/dl. Por ello se decide prescribir 20 mg/día de simvastatina. Al considerarse subóptimo el resultado con el colesterol de las LDL en 110 mg/dl y después de considerar si aumentar la dosis de simvastatina a 80 mg/día, cambiar a atorvastatina 80 mg/día o agregar otro fármaco, se decide, sin mayor justificación, añadir ezetimiba. El paciente regresa al cabo de 1 año con un informe en el que consta que ha sufrido un episodio de isquemia cerebral transitoria y se comprueba que había abandonado anteriormente los fármacos hipolipemiantes. La actitud propuesta incluye atorvastatina 80 mg/día o simvastatina 40 mg/día más ezetimiba 10 mg/día. En esta ocasión en el documento no se resuelve la disyuntiva.

Creemos que la actitud correcta era dar dosis altas de una estatina, ya que, si bien es cierto que cuando se combina

Noemí Pérez León\*, Almudena Raya Rejón y Rosa Maria Sequera Requero

*ABS Llefià 06, Badalona, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [noemi.perez@menta.net](mailto:noemi.perez@menta.net) (N. Pérez León).

ezetimiba con una estatina la reducción del colesterol de las LDL es mayor que la obtenida con una estatina sola, ezetimiba no ha mostrado eficacia en la prevención de episodios cardiovasculares<sup>2</sup>. Este punto no se discute en el texto. Tampoco se aporta bibliografía ni anterior a nuestra referencia ni más reciente que lo contradiga. Se da la circunstancia de que los dos laboratorios patrocinadores del documento (Merck Sharp & Dohme y Schering Plough) comercializan la ezetimiba.

Nos causa extrañeza que la semFYC avale estas conclusiones y preferimos pensar en un error o inadvertencia más que en un conflicto de intereses, pero la semFYC debería aclarar la situación sin tardanza, ya que se juega en ello su prestigio e independencia. Creemos que esta sesión clínica contribuye a propagar hábitos de prescripción que benefician únicamente a la industria, con posible menoscabo de la salud de los pacientes, lo que atenta contra el principio de no maleficencia. Por ello, solicitamos una rectificación y, naturalmente, la retirada del documento.

### Bibliografía

1. Orozco-Beltrán D, Martín Manzano JL. Manejo de las dislipemias en el paciente diabético y de riesgo coronario. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.
2. *Butlletí groc*. 2005;18:7. Disponible en: <http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/bg182.05e.pdf>.

Joan Atmetlla Andreu\* y Sheila Romero Ruperto

*CAP Chafarinas, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [24043jaa@comb.es](mailto:24043jaa@comb.es) (J. Atmetlla Andreu).

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.024