

CARTAS AL DIRECTOR

Dolicomegacolon chagásico



Chagasic dolicho-megacolon

Sr. Director:

La prevalencia de la enfermedad de Chagas (trpanosomiasis americana), en regiones no endémicas, ha aumentado como consecuencia de los movimientos migratorios de personas procedentes de América Latina. Dentro de Europa, España, se ha convertido en el país no endémico con mayor cuantía de parasitados, ya que se estima que del millón y medio de personas provenientes de estas regiones, hasta 100.000 podrían estar infectados¹.

La enfermedad parasitaria crónica importada, que es la que prevalece, con mayor frecuencia en regiones no endémicas, debido a la inexistencia de la chinche hematófaga vector, cursa de forma asintomática durante décadas hasta manifestarse con afección cardíaca, en el 30% de los pacientes, secundaria a la destrucción del sistema cardionector y enfermedad del miocardio, con clínica de arritmias, insuficiencia cardíaca y hasta la muerte súbita. En otro 10% de los infectados, presentan complicaciones intestinales, a consecuencia de la denervación colónica, manifiesta con

estreñimiento crónico^{1,2}, como es el caso que presentamos a continuación.

Mujer de 38 años, de origen brasileña, con diagnóstico serológico de enfermedad de Chagas desde hace 3 años. Fue derivada desde atención primaria al servicio de gastroenterología por estreñimiento crónico del mismo tiempo de evolución, con mala respuesta al tratamiento médico. Se realizaron enemas opacos, en diferentes momentos, que mostraron dolicomegacolon, con mayor afectación sigmoidea (fig. 1), como complicación de la infección.

Mediante sigmoidectomía laparoscópica se resolvió su dolencia, y fue dada de alta a la semana. La histología mostró dilatación colónica sigmoidea asociado a cambios compatibles con aganglionismo, que sumado a la clínica, a los antecedentes serológicos y epidemiológicos, confirma el diagnóstico de afectación colónica por enfermedad de Chagas.

El caso presentado comenta una complicación indeseable de la libre evolución de la enfermedad por el *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), que es el productor de la enfermedad de Chagas, la cual podría haber sido evitada con un diagnóstico precoz asociado a un tratamiento antiparasitario oportuno.

Cabe destacar que en España desde el año 2005, debido a casos secundarios sobre transfusiones sanguíneas, se realiza

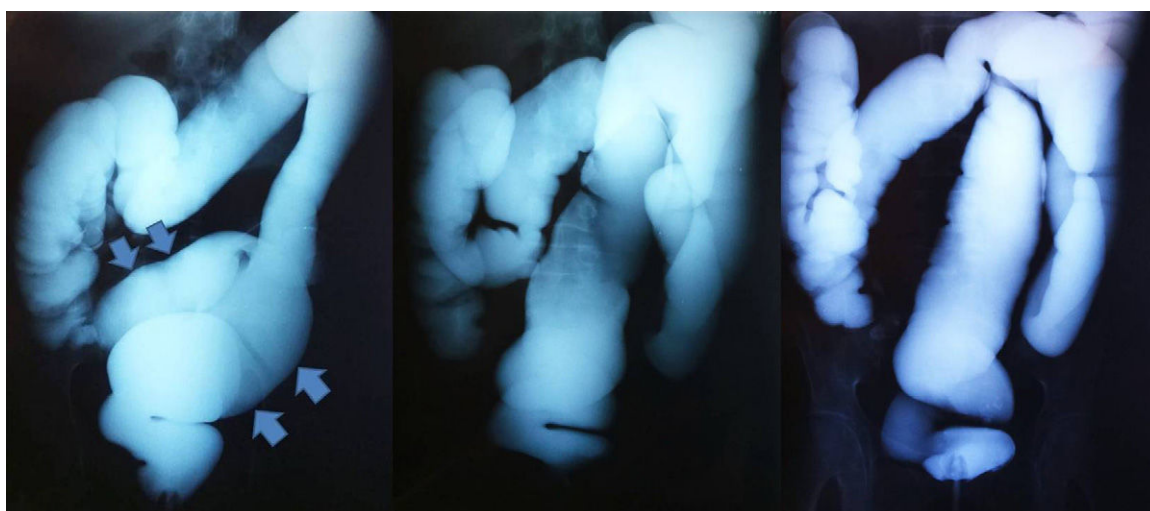


Figura 1 Enema opaco, dolicomegacolon chagásico, importante dilatación sigmoidea (flechas).

serología de cribado a todos aquellos pacientes donantes de sangre provenientes de Latinoamérica, al igual que también ha sucedido con los trasplantes de órganos^{3,4}.

Esfuerzos aislados de algunas comunidades autónomas de Valencia, Cataluña y Galicia han logrado la puesta en marcha de protocolos específicos de cribado en embarazadas provenientes de los 21 países donde la parasitosis es endémica, como así también con sus recién nacidos⁵⁻⁷. Sin embargo, una legislatura nacional que contemplase no solamente estas situaciones, como lo recomienda el documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en atención primaria de la salud en áreas no endémicas⁸, podría ser la solución a esta enfermedad tropical desatendida, que se ha convertido en un problema de la salud pública en España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses a la hora de realizar este trabajo.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sanidad 2009. Enfermedad de Chagas en personas procedentes de Latinoamérica residentes en España [consultado 1 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfermedadChagas.pdf>.
2. Murcia L, Carrilero B, Saura D, Iborra MA, Segovia M. Diagnosis and treatment of Chagas disease. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31 Suppl 1:526-34.
3. Hernández V, Saldaña I. Enfermedad de Chagas, un nuevo reto para atención primaria. *AMF*. 2009;5:218-26.
4. Requena-Méndez A, Albajar-Viñas P, Angheben A, Chiodini P, Gascón J, Muñoz J. Health policies to control Chagas disease transmission in European countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8:e3245.
5. Conselleria de Salut, Comunitat Valenciana Enfermedad de Chagas importada. Protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana [consultado 1 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.matronas-cv.org/categorias-principales/documentos/profesionales/i/475/65/enfermedad-de-chagas-importadaprotocolo-de-actuacion-en-la-comunitat-valenciana>.
6. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya Protocolo de cribado y diagnóstico de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas y sus bebés [consultado 1 Sep 2015]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home.canal.salut/professionals/temes.de.salut/chagas/documents/arxiu/chagas_espanyol.pdf.
7. Consellería de Sanidade Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. Protocolo de cribado da enfermidade de Chagas en mulleres embarazadas [consultado 1 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2215-ga.pdf>.
8. Roca Saumell C, Soriano-Arandes A, Solsona Díaz L, Gascón Brustenga J. Consensus document for the detection and management of Chagas disease in primary health care in a non-endemic areas [Article in Spanish]. *Aten Prim*. 2015;47:308-17.

S.N. Contreras^a, E. Barreiro Alonso^{b,*}, J.F. López Caleyá^c y M.V. Sosa Rodríguez^d

^a Atención Primaria, Centro de Salud El Coto, Gijón, Asturias, España

^b Sección de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^d Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evabarreiroalonso@yahoo.es (E. Barreiro Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.015>

Granuloma *fissuratum*: entidad desconocida pero fácilmente identificable



Granuloma *fissuratum*: A little known, but easily identifiable, entity

Presentamos el caso de una mujer de 54 años que acudió a consulta por 2 placas eritematosas y dolorosas, que estaban localizadas de forma simétrica a ambos lados de la raíz nasal, adyacentes al canto interno del ojo. Las lesiones habían aparecido 5 meses antes de la consulta, y habían aumentado de tamaño ligeramente (fig. 1A). En la exploración física se observaron 2 placas sobreelevadas, eritematosas, bien delimitadas, irregulares, con una superficie pseudovesiculosa en ambas caras laterales de la raíz nasal. Las lesiones eran muy dolorosas a la palpación. La placa izquierda era de menor tamaño que la contralateral. La paciente negaba traumatismos o lesiones similares en otra localización.

El estudio histológico demostró acantosis significativa, hiperqueratosis, una capa granulosa prominente y elongación leve de las crestas epidérmicas. No se observaron atipias. La dermis mostraba fibrosis leve y dilatación de pequeños vasos con linfocitos perivasculares aislados (fig. 1B).

A pesar de que la paciente inicialmente negaba traumatismo en dicha localización, debido a los hallazgos clínicos e histológicos se hizo hincapié en la historia clínica. Descubrimos que solía utilizar unas gafas con montura gruesa y cristales más o menos pesados durante la mayor parte del día. No había cambiado de gafas desde hacía varios años. Las lesiones coincidían exactamente con la zona donde apoyaba el soporte nasal de las gafas.

Se estableció, por tanto, el diagnóstico de granuloma *fissuratum*.

Esta entidad, descrita por primera vez en 1932 por Sutton¹, se considera una reacción epidérmica benigna como consecuencia de una presión mantenida o un traumatismo constante producidos por diferentes mecanismos en función de su localización². Uno de los sitios más típicos es la