
CARTAS AL EDITOR

Comentarios acerca del artículo sobre teniosis y cisticercosis por *Taenia solium*

En relación con el artículo de actualización de Elsa Sarti, La teniosis y cisticercosis por *Taenia solium*, publicado en el volumen 39, número 3 de *Salud Pública de México*, me gustaría compartir algunos comentarios, en especial sobre el diagnóstico y el tratamiento de esa entidad nosológica.

Debería otorgarse mayor énfasis a la importancia de utilizar el modelo murino de cisticercosis experimental (*Taenia crassiceps*). Aparentemente, este recurso resuelve el problema de disponibilidad de antígeno para estudios clínicos y epidemiológicos; provee de inmediato los medios para la producción, amplia distribución y estandarización de antígenos para las pruebas de inmunodiagnóstico y otras actividades de investigación.

Para el tratamiento etiológico de la neurocisticercosis (NC), se administra praziquantel (PZQ), en dosis en aumento de 10 a 50 mg/kg/día durante la primera semana, y en dosis de mantenimiento de 50 mg/kg/día durante dos semanas más, otorgando preferencia a pacientes que han presentado lesiones císticas intraparenquimatosas demostradas por medio de tomografía axial computarizada. Preguntaríamos a la autora: ¿Se recomienda hacer el seguimiento durante 1 a 5 años? ¿Cuál es el tanto por

ciento de pacientes que presentan efectos deletéreos durante la administración de PZQ? ¿Cuáles pacientes requieren interrumpir el tratamiento? ¿Cuál es el esperado número de casos que muestran descompensación aguda del aumento en la presión intracraneana y cuál es la tasa probable de letalidad? Si ocurre la exacerbación de la pleocitosis en LCR, ¿en qué magnitud se presenta?

En cuanto a la evaluación de los resultados del tratamiento con PZQ, sería útil conocer si, de acuerdo con la experiencia de la autora, la tasa de cura clínica y de laboratorio es menor, mayor o igual que la notificada en la literatura. Considero de gran importancia que este tipo de artículos de actualización presenten las indicaciones más apropiadas para la evaluación de la quimioterapia con PZQ y albendazol (ALB), de tal forma que sea posible discutir las con base en los datos documentados hasta ahora por diferentes investigadores.

Se ha comparado la eficacia de los diferentes esquemas de tratamiento de la cisticercosis del parénquima cerebral, ya sea con PZQ o con ALB. Se usan cuatro esquemas: PZQ en dosis diarias de 50 mg/kg, por 15 días; PZQ, en dosis diarias de 50 mg/kg, por ocho días; ALB en dosis diarias de 15 mg/kg por 30 días, y ALB en dosis diarias de 15 mg/kg, por ocho días. Tanto el PZQ como el ALB son efectivos tres meses después de la quimioterapia, como lo demuestra la desaparición de las lesiones císticas por

medio de las tomografías computarizadas. Los pacientes sometidos a seguimiento durante una media de 11 meses no presentaron remisión espontánea de sus lesiones. Al comparar los resultados del PZQ con los del ALB, este último muestra ser más efectivo para la desaparición de las lesiones, tanto con el esquema completo (85 vs. 60%) como con el corto (85 vs. 48%) ($p < 0.001$). Al comparar el esquema completo con el esquema corto de PZQ, se puede observar que este último propicia una reducción de 12% en la efectividad de la droga. En contraste, el periodo del tratamiento con la terapia de ALB puede acortarse sin menoscabo de la efectividad. Con base en estos resultados, se recomienda un esquema de administración de ALB durante ocho días para el tratamiento de la cisticercosis del parénquima cerebral; en los pacientes que hayan mostrado solamente una respuesta parcial al tratamiento con ALB, puede administrarse subsecuentemente el esquema de 15 días con PZQ.¹

En un estudio prospectivo, se comparó la eficacia del PZQ ($n=22$) y del ALB ($n=21$).² El tratamiento se discontinuó en dos pacientes que recibieron PZQ y en uno que recibía ALB, debido a la descompensación aguda de la presión intracraneana; otro de ellos murió. El PZQ y el ALB son efectivos cuando se comparan los casos con el grupo control. No obstante, el ALB fue significativamente más efectivo que el PZQ en la reducción del número total de quistes,

conforme a la tomografía computarizada (88 vs. 50%, respectivamente).

Aparentemente, las manifestaciones clínicas y radiográficas de la neurocisticercosis varían. Ante la introducción de las drogas anticisticercos en la quimioterapia humana, algunos médicos podrían pensar que la cirugía es raramente necesaria para el tratamiento. Sin embargo, el análisis del desarrollo clínico muestra la frecuencia alta de secuelas neurológicas.

Considerando la eficacia de los esquemas recomendados, los riesgos y fallas de los tratamientos con PZQ, ALB u otras drogas, se puede afirmar que la verdadera solución para esta severa enfermedad continúa siendo la profilaxis de la infestación.

FJ López Antuñano, M.D., M.P.H.,
Investigador titular,
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

REFERENCIAS

1. Sotelo J, Del Brutto OH, Penagos P, Escobedo F, Torres B, Rodríguez-Carbajal J et al. Comparison of therapeutic regimen of anticysticercal drugs for parenchymal brain cysticercosis. *J Neurol* 1990; 237(2):69-72.
2. Takayanagi OM, Jardim E. Therapy for neurocysticercosis. Comparison between albendazole and praziquantel. *Arch Neurol* 1992; 49(3): 290-294.

Comentarios acerca del artículo sobre las características clínico-epidemiológicas de pacientes con cólera en el área metropolitana

Sr. Editor: El artículo de la doctora Elena Vilchis Guízar y colaboradores, publicado en el volumen 40, número 6 de esta revista, muestra dos aspectos relevantes: a) el cambio del serotipo Inaba, aislado al principio de la actual epidemia de cólera en México,¹ al serotipo Ogawa, y b) la mayor frecuencia de diarrea por cólera que se presentó durante 1997 y 1999, así como su predominio respecto a la diarrea de otra etiología, asociado

con algunas características clínicas o hábitos de consumo de alimentos. Sin embargo, es importante resaltar que los signos clínicos de la diarrea por cólera no son característicos, tal como los mismos autores lo señalan, por lo que se requiere la demostración bacteriológica para confirmar el diagnóstico.

Considero del mayor interés hacer algunas reflexiones sobre la alta frecuencia de deshidratación y defunciones notificada. El hecho de que más de 80% de los pacientes con cólera hayan presentado deshidratación y hasta 10% hayan sufrido choque hipovolémico, sugiere que no hay un uso correcto de la hidratación oral para reponer las pérdidas desde el inicio de la diarrea.² Es preocupante que, a la luz de los conocimientos actuales, se hayan observado 16 defunciones por diarrea (cinco por cólera y once por otra etiología) en una población que tiene fácil acceso a los servicios formales de salud. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, con el manejo efectivo de casos se pueden evitar todas las muertes por diarrea aguda líquida, incluida la producida por *Vibrio cholerae* O1.³ La hidratación oral es útil tanto para prevenir como para tratar la mayoría de los casos de deshidratación, y con la terapia intravenosa, utilizando soluciones apropiadas en dosis suficientes, se evita la muerte de los pacientes con choque hipovolémico.^{1,2}

Por lo tanto, se debe incrementar el esfuerzo para educar a la población y al personal de salud sobre el tratamiento efectivo de los casos de diarrea por cólera o por cualquier otra etiología, tanto en el hogar como en establecimientos de salud,² considerando primordialmente: a) el uso de Vida Suero Oral desde el inicio de la diarrea, al igual que la recomendación de que siempre se tengan sobres disponibles de esta solución en casa, y b) el manejo adecuado de la deshidratación y del choque hipovolémico en los servicios de salud.

Dr. Felipe Mota Hernández.
Jefe del Departamento de Investigación
en Medicina Comunitaria e Hidratación Oral,
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México.

REFERENCIAS

1. Lezama-Basulto LA, Mota-Hernández F, Bravo-Barrios E. Cólera en niños. Informe de ocho casos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:787-796.
2. Mota AP, Gutiérrez CC, Cabrales MRG. Trastornos biomédicos e hidratación oral en diarreas. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52:490-499.
3. World Health Organization. 25 years of ORS Joint WHO/CDDR,B Consultative meeting on ORS formulation. Direka, Bangladesh: WHO/CDR/CDD, 1994:1-11.

Respuesta de los autores

Sr. Editor: En respuesta a la carta enviada por el doctor Felipe Mota Hernández, donde hace referencia al artículo "Características clínico-epidemiológicas de pacientes con cólera en el área metropolitana", en primer lugar deseo agradecer el interés y los comentarios que hizo al respecto. Asimismo, quisiera hacer la siguiente aclaración:

Estamos de acuerdo con el doctor Mota en que los datos del estudio muestran una elevada prevalencia de deshidratación, choque hipovolémico e, incluso, defunciones, situación difícil de explicar ante el avance de los conocimientos médicos sobre los beneficios de la hidratación oral, para ya sea prevenir o corregir la deshidratación; es muy factible que, entre otros factores, el manejo tardío e inadecuado de la hidratación oral o parenteral sea la causa de tal situación. Cabe, sin embargo, destacar que, aun cuando la frecuencia relativa de deshidratación no mostró cambios significativos en su prevalencia durante los años que comprende el estudio, existe una reducción en cuanto a la presencia de choque hipovolémico, lo cual, como ya comentamos, puede ser secundario a un manejo, si bien aún no preventivo, si más efectivo contra la deshidratación.

Respecto a las defunciones, observamos que durante 1995 éstas se presentaron en todos los grupos de edad, es decir, que abarcaron desde niños hasta adultos mayores, tanto en los casos de diarrea por cólera como en aquellos

de diarrea con otro origen. No sucedió lo mismo en 1997, pues los dos pacientes fallecidos en el grupo de cólera eran mayores de sesenta años, y los dos del grupo de enfermos de diarrea por otra causa eran más jóvenes (24 y 36 años). Es posible que los pacientes de mayor edad, además del cólera, hayan estado cursando con alguna otra enfermedad crónica, lo que exige un mejor conocimiento de la fisiopatología de la deshidratación, si se desea dar el tratamiento correcto.

Finalmente, al igual que el doctor Mota Hernández, insistimos en que se debe incrementar el esfuerzo para educar a la población en general y, particularmente, al personal de salud sobre el manejo oportuno y adecuado de las enfermedades diarreicas y su complicación más frecuente: la deshidratación.

*Dra. A. Elena Vilchis Guizar.
Profesora del diplomado de Epidemiología Clínica,
Delegación 2 Noreste Distrito Federal,
Instituto Mexicano del Seguro Social, México.*

Comentarios acerca del artículo sobre percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición

En el artículo Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición, de Herlinda Madrigal Fritsch y colaboradores,¹ los autores hacen una comparación de la percepción de la imagen corporal con el índice de masa corporal (IMC), calculado a partir del peso y la talla declarados por los sujetos. Asimismo, reconocen la necesidad de validar la imagen corporal percibida como indicador del estado

nutricional, comparándolo con datos medidos y no autodeclarados.

Es innegable la necesidad de validar métodos de medición del estado nutricional, de bajo costo y factibles de ser utilizados en estudios epidemiológicos con grandes poblaciones. Este artículo hace evidente lo difícil que es contar con un estándar de oro en estudios de validación, así como la dificultad que plantea la interpretación de estos estudios cuando se carece de un criterio de comparación adecuado. En el trabajo de Madrigal Fritsch y colaboradores, se emplea el IMC calculado con datos autodeclarados, como criterio de comparación, y se encuentran distintas correlaciones entre figura corporal e IMC para hombres y mujeres. En el estudio de Palta y colaboradores,² citado en este mismo artículo, se encontró que el peso y la talla autodeclarados tienen errores pequeños pero sistemáticos, mismos que varían por sexo. Las mujeres tienden a subestimar su peso más que los hombres, y éstos tienden a subestimar su talla más que las mujeres.

Tomando en cuenta lo anterior, es difícil saber si las diferencias por sexo encontradas entre las correlaciones de percepción de la imagen corporal y el IMC basado en datos declarados, se deben a errores en la notificación de datos para el cálculo del IMC o a la capacidad que tiene la imagen corporal para indicar el estado de nutrición. La validez de la imagen corporal, como indicador del estado de nutrición, podrá ser evaluada utilizando como criterio de comparación mediciones del estado nutricional válidas y confiables, que en lo posible no dependan del informe del individuo. Dichos estudios de validación pueden desarrollarse en muestras más pequeñas, sin necesidad de incluir a todos los

sujetos de un estudio epidemiológico de grandes dimensiones. La validación de estas mediciones será de gran utilidad para la conducción de futuros estudios epidemiológicos.

*Dr. Bernardo Hernández.
Director de Epidemiología, Instituto Nacional de
Salud Pública, México.*

REFERENCIAS

1. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Publica Mex* 1999; 41:479-486.
2. Palta M, Prineas RJ, Berman R, Hannan P. Comparison of self-reported and measured height and weight. *Am J Epidemiol* 1982; 115:223-230.

Respuesta de los autores

En respuesta a la carta al editor del doctor Bernardo Hernández, los autores del artículo nos permitimos agradecer sus comentarios y coincidimos con él en la necesidad de validar el índice de masa corporal. Además propusimos que la validación se lleve a cabo en poblaciones con características socioeconómicas y culturales diferentes a aquellas en donde ya se realizó la validación. Por otra parte, consideramos que en muchos países donde sería importante obtener el índice autodeclarado para abaratar los estudios, todavía existe población que desconoce su peso y talla por no tener acceso a los servicios de salud, lo cual imposibilitaría el empleo de esta metodología.

*M.S.P. Herlinda Madrigal Fritsch.
Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica
del Instituto Nacional de la Nutrición Doctor
Salvador Zubirán, México.*