



Volumen 10, Número 3, Noviembre 2007

## Informes SIIC

### DESCRIBEN LOS FACTORES DE PRONOSTICO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA

#### *Investigación en 559 pacientes*

Lyon, Francia:

La mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con endocarditis infecciosa es de 17%. Ciertos factores de riesgo se asocian con esta evolución, como el antecedente de insuficiencia cardíaca, la hemorragia cerebral y la presencia de diabetes con requerimiento de insulina.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Infectious Diseases** 39(10):849-857, 0 2007] – aSNC

Autores

Delahaye F, Alla F, Hoen B

La mortalidad intrahospitalaria por endocarditis infecciosa (EI) se asocia con ciertos factores de riesgo como insuficiencia cardíaca, shock séptico y hemorragia cerebral. La EI es una entidad poco frecuente y de elevada gravedad, con una tasa de mortalidad de hasta 20% durante los estadios iniciales.

Hasta el momento se han señalado varios factores como posibles determinantes de mal pronóstico en los pacientes con EI. Sin embargo, los autores de la presente investigación sostienen que muchos estudios referidos al pronóstico de esta enfermedad presentan sesgos y limitaciones con respecto a la localización, el diseño y la cantidad de pacientes y factores de pronóstico analizados. Además, los factores potencialmente predictivos del pronóstico varían sustancialmente entre los diferentes trabajos.

En esta investigación los autores analizaron en forma prospectiva la mortalidad intrahospitalaria de una gran población de pacientes con EI tratados en hospitales públicos y privados con nivel de atención primario, secundario o terciario. Se estudió el papel de variables ya establecidas como factores de pronóstico y de otras no determinadas como tales, a través del análisis univariado y multivariado. La tasa de mortalidad fue comparada con la registrada en el año 1991.

La información de los casos de EI fue obtenida durante el año 1999. Los hospitales participantes informaron todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de EI según el criterio de Duke. La población final comprendió 559 casos. Se analizaron variables de base y asociadas con la evolución. Las primeras incluyeron edad, sexo, antecedentes médicos y cardíacos en particular, realización de algún procedimiento de riesgo durante el mes previo al comienzo de los síntomas, hallazgos ecocardiográficos y microorganismo aislado, mientras que las variables de evolución comprendieron signos de gravedad, fenómenos vasculares e inmunológicos y signos de infección. La población, de sexo masculino en el 72% de los casos, presentó una edad promedio de 59 años. Casi la mitad de los pacientes (46%) carecía de diagnóstico previo de cardiopatía, mientras que en el 34% de los casos existía enfermedad valvular y el 15% presentaba válvulas protésicas. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Streptococcus* (56%) y *Staphylococcus* (29%). La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 17%. El análisis univariado confirmó la importancia estadística de ciertos factores clásicamente relacionados con la mortalidad por EI; éstos incluyeron edad avanzada, presencia de válvula protésica, insuficiencia cardíaca, shock

séptico, bajo puntaje de Glasgow, insuficiencia renal, hemorragia cerebral, elevación de la proteína C-reactiva e infección por *Staphylococcus aureus*. Por su parte, los resultados del análisis multivariado señalaron como factores independientes y significativos en el pronóstico de mortalidad al antecedente de insuficiencia cardíaca (odds ratio -OR- de 2.65) o de inmunosupresión (OR de 3.34), diabetes con requerimiento de insulina (OR de 7.82), compromiso del lado derecho del corazón (OR de 1.97), shock séptico (OR de 4.33), bajo puntaje de Glasgow (OR de 4.09), hemorragia cerebral (OR de 9.46) y elevación de la proteína C-reactiva (OR de 2.60). En este modelo, la edad avanzada y la infección por *Staphylococcus aureus* no fueron significativos.

Se realizó el ajuste de las diferencias entre la población de esta investigación y la correspondiente al estudio realizado en 1991 con el objeto de comparar las respectivas tasas de mortalidad por EI. El resultado demostró que la mortalidad fue significativamente inferior en 1999 con respecto a lo observado en 1991 (OR de 0.64).

Los autores concluyen que a pesar de que la tasa de mortalidad intrahospitalaria por EI se ha reducido en los últimos años, su valor aún es elevado. El análisis multivariado de los factores de pronóstico de mortalidad por esta enfermedad confirmó la importancia de ciertas variables clásicamente señaladas en este papel, aunque la edad avanzada y la infección por *Staphylococcus aureus*, factores usualmente mencionados, no resultaron significativos. Los autores señalan que este hallazgo probablemente se explique por la fuerte asociación de estos dos factores con los restantes.

---

## DESCRIBEN LAS CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA INFECCION POR STREPTOCOCCUS SUIS

*La enfermedad es transmitida a humanos a partir de porcinos portadores*

Guangzhou, China:

La bacteria *Streptococcus suis* es un patógeno porcino que puede ser transmitido a humanos a través del contacto directo con estos animales. La enfermedad se manifiesta frecuentemente como un cuadro de meningitis purulenta, cuya principal secuela es la afectación de la audición.

Fuente científica:

[**Lancet Infectious Diseases** 7(3):201-209, Mar 2007] – aSNC

Autores

Lun ZR, Wang QP, Zhu XQ

El agente *Streptococcus suis* representa un patógeno transmitido a los humanos a través del contacto con porcinos, asociado a una elevada tasa de mortalidad.

En los cerdos, *S. suis* produce una variedad de enfermedades, como meningitis, septicemia, neumonía, endocarditis y artritis. En la década de 1960 se describió el primer caso de infección por esta bacteria en humanos; desde entonces y hasta el año 2005, se ha informado acerca de más de 200 casos, principalmente en países europeos y asiáticos. En China, país de los autores del presente trabajo, se produjo un importante brote de esta enfermedad en julio de 2005, el cual representó el tercer brote registrado en dicho país (producidos en los años 1998 y 1999).

La bacteria *S. suis* es un germen Gram-positivo anaerobio, del cual se han identificado 23 serotipos. Al respecto, el serotipo 2 es el más frecuentemente asociado con la enfermedad tanto en porcinos como en humanos. Su hábitat natural es el tracto respiratorio superior de los porcinos, así como también los tractos genital y alimentario. A partir de la colonización de las tonsilas, la bacteria es transmitida en forma nasal u oral. Este germen es resistente a varias condiciones ambientales; por ejemplo, puede sobrevivir durante 10 minutos a 60° de temperatura, mientras

que a 0<sup>o</sup> puede sobrevivir durante 1 mes en el polvo y durante más de 3 meses en las heces. *S. suis* es sensible a antibióticos, y usualmente se emplea penicilina G para el tratamiento de esta infección. La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés) representa un método rápido para la detección de serotipos o cepas específicas de esta bacteria. En los humanos, la infección por *S. suis* se manifiesta frecuentemente como un cuadro de meningitis purulenta, aunque también puede producir *shock* séptico con insuficiencia orgánica múltiple, endocarditis, neumonía, artritis y peritonitis. La forma aguda de meningitis por *S. suis* se caracteriza por la presencia de fiebre, cefalea, náusea, vómitos y vértigo, seguidos de afectación auditiva, ataxia, coma, rigidez cervical, petequias, artralgias, parálisis facial y periférica, mialgia grave, equimosis, erupción cutánea o rabdomiólisis. En los cerdos infectados, las lesiones más comúnmente observadas comprenden la congestión de las meninges, los nodos linfáticos y los pulmones. La lesión histopatológica más común de la meningitis aguda por *S. suis* es la infiltración neutrofílica aguda.

Aunque *S. suis* es habitualmente aislado en cerdos domésticos, también ha sido identificado en jabalíes, caballos, gatos y perros. Los portadores asintomáticos de la bacteria representan una potencial fuente de transmisión de ésta tanto a otros miembros de la especie como a humanos. En estos últimos, la infección es causada por el contacto directo con animales portadores a través de heridas en la piel o en la mucosa de las cavidades nasal u oral. Es por ello que los casos de infección en humanos usualmente tienen lugar en las personas que trabajan con cerdos, como aquellos que se desempeñan en granjas o mataderos, quienes trabajan en el procesamiento de carne y los veterinarios. Usualmente, *S. suis* no causa brotes de infección en humanos, sino que los casos suelen ser esporádicos. Sin embargo, durante los brotes producidos en China durante la década de 1990 mencionados previamente, se produjeron 25 casos con fallecimiento de 14 de éstos por *shock* séptico o meningitis. Por su parte, el brote registrado en el año 2005 causó 204 infecciones en humanos y 38 muertes. El análisis epidemiológico meticuloso de estos brotes demostró que, en los tres casos, éstos se relacionaron con brotes importantes de infección por dicho germen en porcinos, ya que todos los casos observados en humanos se produjeron en regiones endémicas de infección en cerdos. Al respecto, se observó que el 97% de los pacientes había tenido contacto con cerdos enfermos.

La prevención de la transmisión de la infección por *S. suis* a humanos radica en el control de los animales afectados. Se han desarrollado varios tipos de vacunas para cerdos, con diferente eficacia. La vacuna autógena inactivada representa la más comúnmente empleada en la actualidad; aunque su uso es empírico, esta vacuna parece proteger a los cerdos sanos de contraer la infección, al mismo tiempo que evita la expansión de la enfermedad en el rebaño durante los brotes.

---

## **LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS PRESENTAN UNA ELEVADA INCIDENCIA DE OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

### *Análisis retrospectivo de 66 casos*

Sao Paulo, Brasil:

Los pacientes con enfermedad de Chagas presentan con frecuencia comorbilidades o factores de riesgo asociados con otras patologías de carácter crónico no transmisibles. Al respecto, en el 94% de los casos se observa sobrepeso u obesidad y en más del 74% de los pacientes se constata dislipidemia.

Fuente científica:

[**Brazilian Journal of Infectious Diseases** 11(4):41-414, Ago 2007] – aSNC

Autores

Geraix J, Ardisson LP, Marcondes-Machado J, Câmara Marques Pereira P

Los pacientes con enfermedad de Chagas (EC) presentan factores de riesgo asociados con la aparición de otras enfermedades crónicas no transmisibles; entre ellas, obesidad y diabetes. La EC, producida por la infección por el microorganismo *Trypanosoma cruzi*, tiene mayor incidencia en las poblaciones de América que viven en condiciones higiénicas y sanitarias inadecuadas. Según estimaciones de la OMS, 16 a 18 millones de personas residentes en el continente americano son portadoras del parásito y 90 millones se encuentran en riesgo de contraerlo. Si bien la mayoría de los pacientes con EC presentan una forma indeterminada de la entidad (sin indicios de compromiso orgánico), en algunos casos existe afección digestiva o cardíaca. En el presente trabajo, los autores buscaron determinar el perfil clínico y nutricional de los pacientes con EC y, de esta manera, evaluar la incidencia y los factores de riesgo asociados con otras enfermedades crónicas no transmisibles.

El trabajo, de diseño retrospectivo, incluyó a una cohorte de 66 pacientes adultos con diagnóstico de EC confirmado por métodos serológicos o parasitológicos. A partir de los registros médicos, se analizaron diversos datos epidemiológicos, clínicos, nutricionales y bioquímicos; entre otros, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física, el índice de masa corporal y variables de laboratorio como glucemia y perfil lipídico. Se consideró como hiperglucemia a los niveles en ayunas  $> 110$  mg/dl. A su vez, la observación de niveles séricos de colesterol total  $> 240$  mg/dl o de colesterol LDL  $> 160$  mg/dl correspondió a la presencia de hipercolesterolemia aislada, y la hipertrigliceridemia aislada comprendió valores séricos de triglicéridos  $> 200$  mg/dl. La población estudiada estuvo conformada por 35 hombres y 31 mujeres, con una edad promedio de 49.6 años. Se observó que el consumo de cigarrillos y de alcohol era habitual en el 22.7% y el 16.7% de la muestra, respectivamente. El 83.3% de los pacientes era sedentario y el 54.5% presentaba valores de circunferencia abdominal asociados con un riesgo cardiovascular elevado ( $> 102$  cm en los hombres y  $> 88$  cm en las mujeres). Se constató la presencia de hiperglucemia en el 12.1% de la muestra.

La presentación de la EC más frecuente fue la indeterminada (71.2%), seguida por las formas digestiva (12.1%), cardíaca (9.1%) y mixta (7.6%). El 31.8% de los pacientes presentaba estado de preobesidad; los porcentajes correspondientes a los casos de obesidad de grado I, II y III fueron del 39.4%, 18.2% y 4.5%, respectivamente. Sólo el 6.1% de los pacientes eran eutróficos. Se constató dislipidemia en el 74.2% de la muestra, la cual fue con mayor frecuencia de tipo mixto (36.4%), seguido por hipercolesterolemia (22.7%) e hipertrigliceridemia (15.1%).

Los pacientes con EC presentan una elevada susceptibilidad de comorbilidades o factores de riesgo asociados con otras enfermedades crónicas no transmisibles, tales como enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus u obesidad. Los profesionales tratantes deben realizar una evaluación temprana de la presencia de patologías crónicas y de hábitos inadecuados en el estilo de vida para prevenir su aparición o implementar su tratamiento. Estos trastornos pueden empeorar la evolución de la EC, particularmente en aquellos pacientes afectados por la forma cardíaca de la entidad.

---

## ANALIZAN LOS PATOGENOS MAS FRECUENTES Y LOS PATRONES DE RESISTENCIA ANTIBIOTICA EN LAS INFECCIONES URINARIAS EN UNA CIUDAD DE BRASIL

### *Investigación en 37261 muestras urinarias*

São Paulo, Brasil:

Los resultados de la presente investigación llevada a cabo en la ciudad de San Pablo, Brasil, demuestran que el germen más frecuentemente aislado en las infecciones del tracto urinario es *Escherichia coli*. Al respecto, el uso empírico de ampicilina,

trimetroprima-sulfametoxazol y tetraciclina en el tratamiento de este cuadro determina la existencia de elevadas tasas de resistencia antimicrobiana en las infecciones producidas por el mencionado agente.

Fuente científica:

[**International Brazilian Journal of Urology** 33(1):42-49, Ene 2007] – aSNC

Autores

Kiffer CR, Mendes C, Oplustil CP, Sampaio JL

El frecuente uso empírico de los antibióticos ampicilina, trimetroprima-sulfametoxazol y tetraciclina determina la aparición de elevadas tasas de resistencia frente a éstos por parte de la bacteria *Escherichia coli*, agente causal más frecuente de las infecciones del tracto urinario (ITU). Los resultados de varios estudios internacionales han demostrado un incremento en la frecuencia de resistencia por parte de las bacterias causantes de ITU frente a los antimicrobianos más comúnmente empleados. Sin embargo, los autores del presente estudio sostienen que la información epidemiológica resulta de mayor utilidad cuando es estratificada por regiones y poblaciones, de manera de evitar la formulación de conclusiones generales que pueden no ser apropiadas. Al respecto, las especificidades existentes en el uso de antibióticos en los diferentes centros urbanos de todo el mundo determinan la necesidad de estudiar en forma particular y en cada uno de éstos, los patrones de resistencia antimicrobiana en las ITU. En esta investigación, se evaluaron los patógenos más frecuentes en la producción de dichas infecciones y sus patrones de resistencia antibiótica en la población de la ciudad de San Pablo, Brasil, durante el período comprendido entre los años 2000 y 2003.

Durante el período mencionado se obtuvieron muestras urinarias de los pacientes atendidos en forma ambulatoria en un centro de diagnóstico privado de San Pablo, el cual cuenta con 12 sitios de atención distribuidos en todo el área urbana. El presente análisis sólo incluyó aquellas muestras con resultado positivo a alguna especie bacteriana y un recuento de colonias >100 000 UFC/ml. Al respecto, los pacientes con dichos resultados fueron estratificados en términos de sexo y edad. Se constataron resultados positivos en 37 261 muestras urinarias (88% provenientes de mujeres), entre las cuales se identificó la presencia de *Enterobacteriaceae* y de cocos GRAM-positivos en el 87.3% y 6.9% de los cultivos, respectivamente. La mayor prevalencia correspondió a la bacteria *E. coli* (71.6%), seguida de *Klebsiella pneumoniae* (6.4%), *Proteus mirabilis* (6.1%), *Enterococcus faecalis* (4.8%), *Pseudomonas aeruginosa* (1.8%), *Staphylococcus saprophyticus* (1.6%), *Enterobacter aerogenes* (1.6%), *Enterobacter cloacae* (1.1%) y otros (5.0%). El análisis con relación a la edad demostró que *E. coli* fue la bacteria más prevalente en todos los grupos etarios, mientras que *K. pneumoniae* y *P. mirabilis* fueron más frecuentemente observados en los pacientes >13 años. El germen *E. coli* presentó resistencia a la ampicilina en el 43.4% de los casos, mientras que el 33.7% de éstos mostraban resistencia a trimetroprima-sulfametoxazol y el 30.5%, a tetraciclina. El agente más activo contra esta bacteria fue la ceftriaxona, con una tasa de susceptibilidad de 99.7%, mientras que la gentamicina y la nitrofurantoína también se asociaron con bajas tasas de resistencia (3.0% y 2.9%, respectivamente). Con respecto a *K. pneumoniae*, las respectivas tasas de resistencia a nitrofurantoína, tetraciclina, trimetroprima-sulfametoxazol y ácido nalidíxico fueron de 21.2%, 19.8%, 17.7% y 15.2%, mientras que las correspondientes a ceftriaxona, gentamicina y ciprofloxacina fueron de 1.7%, 3.3% y 6.0%, respectivamente. Por último, *P. mirabilis* sólo mostró tasas de resistencia considerables frente a los agentes trimetroprima-sulfametoxazol (21.5%) y ampicilina (18.9%).

Los resultados del presente trabajo llevado a cabo en la ciudad brasileña de San Pablo demuestran que más del 30% de los casos de ITU producidos por el germen más frecuente, *E. coli*, muestran una elevada resistencia frente al uso de ampicilina, trimetroprima-sulfametoxazol o tetraciclina. Al respecto, los autores concluyen que en la terapia empírica contra las ITU primarias y no complicadas debería emplearse la nitrofurantoína, asociada con bajas tasas de resistencia antimicrobiana frente a la presencia del mencionado germen.

## ESTUDIAN LAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL LINFOGRANULOMA VENEREO

### *Investigación llevada a cabo durante 17 meses en el Reino Unido*

Londres, Reino Unido:

De los 327 casos de linfogranuloma venéreo confirmados en el presente estudio, 282 correspondían a hombres que manifestaban mantener relaciones sexuales con otros hombres. Entre éstos, la infección parece manifestarse principalmente como proctitis, mientras que en el 76% de los casos existe coinfección por VIH.

Fuente científica:

[**Clinical Infectious Diseases** 44(1):26-32, Ene 2007] – aSNC

Autores

Ward H, Martin I, Ison C

En el Reino Unido se observa una importante tasa de prevalencia de linfogranuloma venéreo (LGV) en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HRSH).

El LGV es causado por los serovares L1-3 de *Chlamydia trachomatis*. A pesar de que clásicamente esta enfermedad era considerada infrecuente fuera de los países pobres, en los últimos años ha surgido como un problema significativo en la población de HRSH de Europa y América del Norte. En el presente artículo, sus autores describen las características epidemiológicas y clínicas de los casos registrados durante un programa de seguimiento de 18 meses llevado a cabo en el Reino Unido.

El programa fue implementado a fines de 2004, posteriormente al informe de un brote en los Países Bajos el año anterior. Dicho programa consistió en un sistema nacional de diagnóstico y seguimiento de LGV, con cartas especialmente dirigidas a los profesionales de medicina genitourinaria y microbiólogos acerca de los casos recientemente observados en otras ciudades europeas, los detalles de la investigación diagnóstica y el protocolo de seguimiento. Se recomendó a los médicos la búsqueda de *Chlamydia* en todos los pacientes de sexo masculino que manifestasen mantener relaciones sexuales con otros hombres y que presentasen signos de síndrome inguinal o proctitis. Luego de la confirmación de la presencia de *Chlamydia* por el laboratorio local a través de un estudio estándar, las muestras eran enviadas a un laboratorio de referencia nacional para su nueva confirmación y genotipificación por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés). Los resultados eran comunicados a los responsables locales, quienes debían completar un cuestionario específico acerca de la información demográfica del paciente y los antecedentes médicos y sexuales de éste.

Durante el período comprendido entre octubre de 2004 y febrero de 2006, el laboratorio de referencia nacional recibió 1 408 muestras para el estudio diagnóstico de LGV, en las cuales éste fue confirmado en 327 casos. La totalidad de estos últimos comprendieron el serovar L2. Un total de 282 casos correspondían a HRSH, con una mediana de edad de 38 años. El 96% de éstos presentaba proctitis, muchos de los cuales también mostraban síntomas locales y sistémicos de gravedad. Por su parte, el 76% de los casos presentaba coinfección por VIH. En 9 casos, el diagnóstico de la infección por VIH fue realizado casi al mismo tiempo que el correspondiente al de LGV. El 45% de los pacientes infectados por VIH recibían tratamiento antirretroviral de gran actividad. A su vez, el 19% de los pacientes presentaban anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, y el 39% mostraba otras infecciones de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, otras infecciones por *Chlamydia*, hepatitis B y herpes genital. Los pacientes con VIH mostraron una mayor probabilidad de presentar infección por el virus de la hepatitis C que aquellos sin VIH, al tiempo que manifestaron con mayor frecuencia mantener relaciones sexuales sin protección. Los pacientes mostraron una mediana de 3 parejas sexuales durante los 3 meses previos a la infección por LGV (media de 9.6 parejas). En la mayoría de los casos, se dedujo que la infección fue

adquirida en el Reino Unido, mientras que entre los casos adquiridos en el extranjero, los lugares más frecuentes fueron Holanda, España y otras regiones de Europa occidental. El 88% de los pacientes manifestó mantener relaciones sexuales sin protección. Los resultados del presente trabajo demuestran la existencia de una importante prevalencia de LGV entre los HRSH. La presentación clínica es variada y la infección parece ser adquirida principalmente a través de relaciones sexuales anales sin protección. En la mayoría de los casos existe coinfección por VIH.

---

## LA ENDOCARDITIS POR PROPIONIBACTERIUM SE ASOCIA CON CIERTOS FACTORES DE RIESGO

### *Análisis de 33 casos*

Durham, EE.UU.:

El sexo masculino, la presencia de válvulas protésicas y el antecedente de cardiopatía congénita aumentan el riesgo de endocarditis por Propionibacterium. El tratamiento de esta entidad generalmente requiere la combinación de terapia médica y cirugía.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Infectious Diseases** 39(10):840-848, 0 2007] – aSNC

Autores

Lalani T, Person AK, Cabell CH

Los factores de riesgo de endocarditis por Propionibacterium incluyen el sexo masculino y la presencia de válvulas protésicas o cardiopatía congénita. Las especies de Propionibacterium son bacilos anaeróbicos Gram-positivos de crecimiento lento y baja virulencia. Estos microorganismos son comensales de la piel y su observación en muestras de sangre usualmente es considerada como producto de la contaminación de éstas. Sin embargo, las especies de Propionibacterium pueden producir infecciones sistémicas graves, entre las cuales la más frecuente es la endocarditis infecciosa.

El prolongado período de tiempo requerido para el crecimiento de estas bacterias en los hemocultivos obstaculiza el diagnóstico de endocarditis por Propionibacterium, al igual que la dificultad en la diferenciación entre la condición contaminante del agente y la bacteriemia verdadera frente a un resultado positivo. Además, la baja incidencia de endocarditis por Propionibacterium ha determinado que el conocimiento sobre esta entidad sea limitado. En el presente trabajo los autores describen las características clínicas, complicaciones y evolución de una población de 15 pacientes con endocarditis infecciosa por Propionibacterium. A su vez, llevaron a cabo una revisión de la bibliografía médica publicada hasta el momento para comparar la información existente sobre la endocarditis por Propionibacterium con respecto a su propia experiencia.

La información fue obtenida de una base de datos internacional de diseño retrospectivo (ICE MD, por su sigla en inglés) y de un estudio de características prospectivas (ICE PCS). En este análisis se incluyeron los pacientes con diagnóstico de endocarditis por Propionibacterium entre los años 1985 y 2006. Por su parte, la búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en una base informática a partir de palabras claves específicas y comprendió los trabajos publicados entre 1960 y 2006.

Once de los 15 pacientes incluidos en las bases de datos ICE MD e ICE PCS eran de sexo masculino, con una edad promedio de 52 años. A su vez, 13 pacientes presentaban endocarditis en las válvulas protésicas y 3 mostraban antecedentes de cardiopatía congénita. Los hallazgos clínicos comprendieron vegetaciones valvulares (n=9), abscesos cardíacos (n=3), insuficiencia cardíaca congestiva (n=2) y embolia en el sistema nervioso central (n=2). La mayoría de los pacientes

fueron tratados con antibióticos betalactámicos solos o combinados durante 4 a 6 semanas. Diez pacientes fueron sometidos a cirugía de reemplazo valvular y 2 fallecieron. La revisión bibliográfica comprendió 28 casos de endocarditis por *Propionibacterium*. Entre éstos, 17 pacientes eran de sexo masculino y la edad promedio era de 48 años. Al momento del diagnóstico, 13 pacientes presentaban una válvula protésica o un marcapasos, mientras que en 3 pacientes se registraba el antecedente de cardiopatía congénita. Se observaron vegetaciones valvulares y abscesos cardíacos en 15 y 9 casos, respectivamente. Siete pacientes presentaron embolia periférica y 3 lo hicieron en el sistema nervioso central. Quince pacientes fueron tratados con penicilina sola o en combinación con un aminoglucósido; también se emplearon vancomicina y clindamicina. Por su parte, 15 casos requirieron el reemplazo valvular, entre los cuales fallecieron 5.

Los resultados de la presente investigación demuestran que la endocarditis por *Propionibacterium* usualmente se observa en pacientes de sexo masculino con válvulas protésicas o antecedente de cardiopatía congénita. El curso clínico de la enfermedad se caracteriza por la aparición de complicaciones como dehiscencia valvular, abscesos cardíacos y embolias. Frente a la sospecha de endocarditis, la observación de *Propionibacterium* en los hemocultivos no debe ser interpretada como contaminación de la muestra sanguínea, en particular en los pacientes con válvulas protésicas. El manejo generalmente requiere la combinación de terapia médica e intervención quirúrgica.

---

## ANALIZAN UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO DE CANDIDIASIS EN PACIENTES CON VULVODINIA

### *Investigación en 460 participantes*

Carlton, Australia:

En las pacientes con vulvodinia, la visualización de lesiones acetoblancas sin afectación central y con Petequias o sin éstas en el examen colposcópico representa un factor indicador de la presencia de una infección candidiásica crónica. Al respecto, independientemente de los resultados del cultivo en medio de Sabouraud, el tratamiento antimicótico prolongado frente a estos hallazgos determina el alivio de los síntomas en el 76% de los casos.

Fuente científica:

[**Journal of Reproductive Medicine** 52(1):31-34, Ene 2007] – aSNC

Autores

Pagano R

En las pacientes con vulvodinia, la presencia de candidiasis vulvar crónica se asocia con la visualización de ciertas lesiones características en el estudio colposcópico. La presente investigación incluyó 460 pacientes con vulvodinia, quienes fueron sometidas al estudio por colposcopia para la evaluación de la presencia de lesiones acetoblancas sin afectación central y con Petequias o sin éstas. Al respecto, este patrón es frecuentemente visualizado en las pacientes con diagnóstico de candidiasis vulvovaginal crónica, en quienes dichas modificaciones colposcópicas podrían reflejar la presencia de la infección por *Candida*. Sin embargo, en la bibliografía médica no se encuentran datos referidos a las mencionadas modificaciones y a la relación específica de éstos con la candidiasis.

Los síntomas más comunes de las pacientes estudiadas incluían irritación vulvar, sensación de quemazón, prurito, dolor y dispareunia. De cada una de ellas se obtuvieron muestras para la búsqueda de *Candida* a través del cultivo en medio de Sabouraud. A su vez, todas las pacientes fueron sometidas al estudio colposcópico de la vulva luego de la aplicación de ácido acético al 5%. Al respecto, se consideró como resultado positivo la visualización de lesiones acetoblancas sin



afectación en el centro (con aspecto de halo) y con Petequias o sin éstas, por fuera del vestíbulo y de la línea de Hart. Independientemente de los resultados del cultivo, el hallazgo de las mencionadas modificaciones en la colposcopia determinó la indicación del tratamiento antimicótico prolongado (usualmente durante 6 meses) con 200 mg diarios de ketokonazol o 150 mg semanales de fluconazol. Por su parte, las pacientes con resultados negativos en el estudio colposcópico sólo recibieron dicho tratamiento frente a la positividad del cultivo. A los 6 meses se evaluó la respuesta al tratamiento a partir de la percepción del alivio de los síntomas.

Los resultados del estudio colposcópico demostraron la presencia de lesiones acetoblanas de centro no afectado y con Petequias o sin éstas en el 56% de los casos. Entre las restantes pacientes, la colposcopia mostró vulvas normales o con lesiones acetoblanas de afectación central (uniforme). Entre las pacientes con resultado negativo en la colposcopia, el 92% mostró, además, resultados negativos en el cultivo. A su vez, el 94% de las pacientes con cultivo positivo tratadas con terapia antimicótica presentó una respuesta positiva frente a ésta. Por su parte, entre las pacientes con resultados positivos en el estudio colposcópico, el 50% mostró, a su vez, resultados positivos en el cultivo, con una tasa de respuesta al tratamiento de 93%. Aquellas pacientes con resultados positivos en la colposcopia y resultados negativos en el cultivo mostraron una tasa de respuesta de 60% frente al tratamiento antifúngico. De esta manera, independientemente del resultado del estudio microbiológico, las pacientes con hallazgos positivos en la colposcopia presentaron un alivio significativo de los síntomas frente a la terapia antimicótica en el 76% de los casos.

Los resultados del presente estudio demuestran que la visualización de lesiones acetoblanas sin afectación central y con Petequias o sin éstas en el estudio colposcópico de las mujeres con vulvodinia parece representar un factor indicador de la presencia de una infección crónica por *Candida*. La ausencia de los mencionados signos se asocia con resultados negativos en el cultivo en medio de Sabouraud en más del 90% de los casos. A su vez, independientemente de los resultados de dicho cultivo, el 76% de las pacientes con las mencionadas lesiones presentan un alivio significativo de los síntomas frente al tratamiento prolongado con agentes antimicóticos.

---

## ANALIZAN LAS INDICACIONES DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC

*No todos los pacientes parecen beneficiarse con dicha intervención*

Milán, Italia:

Entre los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve que presentan exacerbaciones, se indica el tratamiento antibiótico a aquellos con incremento de la disnea, del volumen del esputo y de la purulencia de éste. Por su parte, entre los pacientes con enfermedad moderada a grave que requieren internación, dicha terapia sólo parece ser útil en aquellos casos con los 3 síntomas mencionados, con presencia de 2 de éstos e inclusión del aumento de purulencia del esputo o con necesidad de ventilación mecánica.

Fuente científica:

[**Respiratory Medicine: COPD Update** 2(4):124-132, Feb 2007] – aSNC

Autores

Blasi F, Tarsia P, Aliberti S

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que presentan exacerbaciones, la administración de antibióticos debe decidirse sobre la base de ciertas características del paciente y de los probables agentes etiológicos causantes. Los pacientes con EPOC presentan un deterioro progresivo de la función respiratoria, la capacidad de ejercicio y el estado general, con exacerbaciones periódicas asociadas con una sustancial

morbilidad. Durante estas últimas, al menos un 50% de los pacientes presentan concentraciones elevadas de bacterias en las vías aéreas inferiores. Estos agentes proliferan dentro de las capas del epitelio y la submucosa, y sólo se detectan en forma infrecuente dentro de la luz. La adquisición de una cepa bacteriana con la cual no se había tenido contacto previo aumenta el riesgo de exacerbaciones en más de 2 veces, lo cual se observa particularmente con las bacterias *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*. Las exacerbaciones se asocian con un incremento de la inflamación en la vía aérea, la cual se refleja en el aumento de secreción de interleuquina 8 en el esputo y en la elevación de los niveles de interleuquina 6 en la sangre. La erradicación del germen bacteriano produce la resolución de la inflamación.

Los resultados de algunos ensayos clínicos controlados y aleatorizados referidos al tratamiento antibiótico de las exacerbaciones de la EPOC han demostrado indicios de los beneficios clínicos de dicha intervención, en particular en los pacientes con incremento de la tos y la purulencia del esputo. Al respecto, se sabe que no todos los pacientes requieren dicho tratamiento, y en la actualidad se busca identificar a aquellos que obtendrían el mayor beneficio de éste. Se ha sostenido que los pacientes que se benefician clínicamente a partir de la terapia antimicrobiana son aquellos con aumento de la disnea, del volumen del esputo y de la purulencia de éste (exacerbaciones de *Anthonisen* tipo I). Los antibióticos no parecen ser de utilidad en los casos tratados en forma ambulatoria y con síntomas leves, como una bronquitis crónica simple. Por su parte, entre los pacientes que requieren internación con EPOC moderado a grave y con factores de riesgo para *Pseudomona aeruginosa* o sin éstos, se debe administrar tratamiento antibiótico a aquellos casos con exacerbaciones de *Anthonisen* de tipo I, a los pacientes con exacerbaciones de tipo II (con dos síntomas cardinales) con incremento de la purulencia del esputo y a quienes requieran ventilación mecánica. No se indican antibióticos a los pacientes con exacerbaciones de tipo II en los cuales no se observe aumento de la purulencia del esputo ni a los casos de exacerbaciones de tipo I (sólo 1 síntoma cardinal).

Los patógenos más comunes en los pacientes con exacerbaciones leves incluyen, como se mencionó, a *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *M. catarrhalis*, y su tratamiento antibiótico comprende el uso de amoxicilina, ampicilina o una tetraciclina. En los pacientes que requieren ventilación mecánica, las exacerbaciones son producidas con mayor frecuencia por bacilos entéricos *Gram*-negativos o por *P. aeruginosa*. Al respecto, los factores de riesgo de infección por este último agente son la hospitalización reciente, la administración frecuente de antimicrobianos y la presencia de EPOC de elevada gravedad (volumen espiratorio forzado durante el primer segundo <30%). Por ello, los pacientes que requieren internación por EPOC moderado o grave deben ser tratados con amoxicilina-clavulánico, en el caso de no contar con factores de riesgo para *P. aeruginosa*, o con ciprofloxacina si éstos sí estuviesen presentes. El tratamiento por vía oral sólo debe administrarse en los pacientes con capacidad para alimentarse; en caso contrario, debe optarse por la administración parenteral de los agentes. La terapia antimicrobiana debe mantenerse durante 7 a 10 días, aunque en algunos estudios se ha constatado la efectividad de cursos terapéuticos más cortos (5 días) con nuevas fluoroquinolonas.

La introducción de técnicas microbiológicas sofisticadas ha permitido conocer el papel de las bacterias en las exacerbaciones de la EPOC. Sin embargo, no todos los casos se benefician con la administración de antibióticos, y debe considerarse la presencia de ciertos factores como el incremento de disnea o de la purulencia del esputo.