

COMPARAN RESULTADOS DE PRUEBAS CITOLÓGICAS Y CULTIVOS EN CASOS DE LINFADENITIS TUBERCULOSA

Estudio prospectivo de un año de duración.

Parel, India.

En todos los pacientes en los que se sospecha linfadenitis tuberculosa deberían llevarse a cabo cultivos de micobacterias para confirmar la patología.

[Journal of Postgraduate Medicine 48:113-116, 2002 - SIIC]

El análisis citológico puede no detectar linfadenitis tuberculosa, por lo que sería útil realizar estudios micobacteriológicos en casos en los que se sospecha esta patología. Así lo indican el Dr. Nataraj del K.E.M. Hospital en Parel, India y colaboradores de otros centros del mismo país.

La tuberculosis se mantiene como un problema importante de salud pública en países en vías de desarrollo, con una tasa elevada de mortalidad, señalan los expertos. La linfadenitis es la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Si bien el análisis de punciones cada vez se utiliza con mayor asiduidad en el diagnóstico de tuberculosis, escasos estudios correlacionaron los hallazgos citológicos con los microbiológicos. Además, se requiere más información acerca de los patrones de resistencia de aislamientos de *Micobacterium tuberculosis* en casos de linfadenitis tuberculosa.

El grupo del Dr. Nataraj se propuso determinar la utilidad del cultivo de punciones en casos en los que se sospecha linfadenitis tuberculosa, además de la prevalencia de la resistencia a drogas en aislamientos de *M. tuberculosis*.

Para ello se llevó a cabo un estudio prospectivo a doble ciego durante un año en un hospital de cuidados terciarios.

Los expertos realizaron análisis citológicos y cultivos de punciones en 250 individuos en los que se sospechaba linfadenitis tuberculosa.

Se aislaron micobacterias en 130 casos, de los cuales 125 (96.2%) se identificaron como *M. tuberculosis* y 5 como micobacterias de otras especies. De acuerdo con los criterios de diagnóstico citológico de Das y colaboradores se confirmó tuberculosis en 155 sujetos. Según los criterios del estudio sólo diagnóstico tuberculosis en 133, aislándose micobacterias en 102. Sin embargo, también se aislaron micobacterias en 28 pacientes, en los que se obtuvieron resultados citológicos negativos. En los 133 diagnósticos citológicos positivos se evidenció la mayor positividad de los extendidos (77.7 %) en casos de hallazgos citológicos consistentes con necrosis, con o sin granulomas degenerativos. En todos los casos, la positividad del cultivo fue significativamente mayor a la de los extendidos ($p < 0.001$). La positividad de los cultivos varió desde 50 % en las lesiones granulomatosas hasta 83.3 % en las necróticas. En total se encontraron 85 extendidos positivos. Los 85 casos positivos presentaban cultivos positivos. De estos se aisló *M. tuberculosis* de 80 y micobacterias de otras especies en 5. Los análisis de susceptibilidad a drogas de estas 80 cepas mostraron resistencia a una o más drogas en el 61 %, con mayor resistencia a la isoniazida (16 % primaria y 48 % secundaria) y menor a etambutol (4 % primaria y 12 % secundaria). Se evidenció tuberculosis resistente a multidrogas adquirida para la isoniazida y rifampicina en el 16 % y de tipo primaria en 1 % de los casos.

Debido a que el diagnóstico citológico no siempre detecta casos de linfadenitis tuberculosa, al aislamiento de micobacterias no tuberculosas, a la prevalencia de resistencia a drogas, y a la presencia de cepas multiresistentes, los cultivos de micobacterias deberían realizarse en todas las punciones de individuos en los que se sospecha linfadenitis tuberculosa, especialmente en regiones de alta prevalencia.

LA HOSPITALIZACION AUMENTA EL RIESGO DE CONTAMINACION CON *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTES A METICILINA

Análisis del origen, factores de riesgo y evolución de las infecciones.

Limoges, Francia.

La mayoría de los individuos infectados por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina presentaba úlceras en las piernas o heridas en los pies, confirmando que las heridas crónicas aumentan el riesgo de colonización con estos microorganismos. [Annales de Dermatologie et de Venereologie 129:27-29, 2002 - SIIC]

El riesgo de contaminación con *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina aumenta en casos de hospitalizaciones, aunque la frecuencia de complicaciones es baja, señalan el Dr.

Trividic del CHU Dupuytren Limoges en Limoges, Francia.

La frecuencia de *S. aureus* resistentes a meticilina aumenta regularmente en los alrededores de hospitales, señalan los expertos. El porcentaje de estos microorganismos varía entre hospitales y departamentos, desde 16 % a 42 %. La aparición de *S. aureus* resistentes constituye un problema diario, especialmente en dermatología.

El propósito del grupo del Dr. Trividic fue estudiar el origen de *S. aureus* resistentes a meticilina, los factores de riesgo de contaminación y el desarrollo de complicaciones en individuos con heridas cutáneas hospitalizados en departamentos de dermatología.

Participaron del estudio 53 pacientes de 4579 personas hospitalizadas en el departamento de dermatología del hospital universitario Limoges en 1997 y 1998, con muestras positivas para *S.*

aureus resistentes a meticilina (0.11 %).

Un total de 19 portadores en el departamento se transfirieron directamente a otro hospital y 2 a la unidad dermatológica para pacientes externos. Los pacientes provenían de asilos para ancianos (6 personas) o directamente de sus hogares (26 sujetos). Por otro lado, 9 habían sido hospitalizados previamente (1 mes a 2 años antes de la internación en el momento del estudio) y 9 nunca habían sido hospitalizados. No obstante, no se contaba con esta información para los 8 individuos restantes. Además, 18 no presentaban otra enfermedad en forma simultánea, otros 18 padecían una patología adicional y 17 sufrían dos o más enfermedades. Las patologías predominantes encontradas fueron: trastornos vasculares (14 casos), diabetes (6 casos), higiene insuficiente (8 casos) y estados de inmunodepresión (10 casos). Por otro lado, los resultados bacteriológicos mostraron que 40 individuos eran portadores de *S. aureus* resistentes a meticilina al ingresar al hospital. Los otros sujetos presentaron muestras positivas 3 a 40 días después de la entrada al hospital y 3 fueron positivos luego de 3 días. Se encontró una combinación con otros patógenos en 17 individuos, 11 de los cuales también presentaban *Pseudomonas aeruginosa*. Se evidenciaron complicaciones, locales o generalizadas, en 13 personas, incluyendo osteoartritis (3 casos), erisipelas (1 caso), adenopatía satélite (3 casos) e hipertermia (9 casos). Dos sujetos padecían septicemia, y uno de ellos murió. Sólo los individuos en los que se confirmaron signos de infección recibieron antibióticos sistémicos antiestafilocócicos.

Este estudio muestra que las infecciones por *S. aureus* resistentes a meticilina se originan principalmente en hospitales. Además, se observaron los mismos factores de riesgo estudiados por otros autores, incluyendo historia previa de hospitalización, malnutrición y factores predisponentes como diabetes e inmunodepresión. Por otro lado, las complicaciones fueron poco frecuentes, aún en ausencia de tratamiento.

RELACION ENTRE VITILIGO E INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS

Los parámetros serológicos no son diferentes en afectados y controles.

San Pablo, Brasil

Las evidencias serológicas de infección por citomegalovirus no son más frecuentes en los pacientes con vitiligo que en los controles sanos.

[Anais Brasileiros de Dermatologia 77(4):411-415, Jul 2002 - SIIC]

Un análisis de los investigadores de la Facultad de Medicina de Jundiaí, en Brasil, mostró que no existe relación entre la infección por citomegalovirus y el vitiligo.

El vitiligo, explican los autores de este trabajo, es una discromía adquirida de la piel, que afecta al 1 a 2% de la población. Su aparición se ha relacionado con las enfermedades autoinmunes, así como con el estrés y la exposición a algunas sustancias químicas.

La patología se clasifica, según su presentación, en localizada o de tipo A, en la cual se presentan lesiones solamente en un área determinada, o vulgar o de tipo B. En el primer caso, la causa de la enfermedad reside en la disfunción de los nervios simpáticos que inervan la región afectada.

La etiología del vitiligo vulgar no ha sido determinada. Existen diversas teorías, que proponen una causa genética (dado que existe una agregación de casos en las familias), o la acción de sustancias citotóxicas sobre el melanocito. La teoría más aceptada, sin embargo, es la que postula la existencia de un proceso autoinmunológico, disparado en algunos casos por una infección viral.

Entre los científicos que apoyan esta última idea, los autores citan al doctor Grimes, quien demostró mediante la técnica de PCR una frecuencia de aparición del genoma del citomegalovirus del 38.5% en los pacientes con vitiligo, en comparación con una ausencia total en controles sanos. Además, tanto el vitiligo como la infección por este patógeno suelen asociarse con enfermedades autoinmunes. Se propuso entonces que el virus desencadenaría una respuesta inmunológica aberrante que culminaría en la destrucción de los melanocitos.

Los expertos exploraron esta posible asociación mediante pruebas serológicas, en un grupo de 20 pacientes con vitiligo vulgar. El 75% era de sexo femenino, y sus edades oscilaban entre los 5 y los 72 años. Los hallazgos se compararon con los de 21 individuos sanos, de 6 a 80 años.

En cada caso, se evaluó la presencia de anticuerpos de tipo IgM e IgG dirigidos contra antígenos del virus, mediante la técnica de enzimoimmunoensayo con micropartículas.

El 82.9% de los individuos presentaba anticuerpos contra el virus. En los pacientes, la serología fue positiva en el 90% de los analizados, en comparación con el 76% de los controles. El análisis estadístico mostró que no existe una relación significativa entre la infección por citomegalovirus y el vitiligo.

Si bien estos resultados no concuerdan con los de estudios anteriores, explican los autores que actualmente están desarrollándose otras investigaciones para esclarecer el papel del citomegalovirus en la etiología del vitiligo.