

A propósito del trabajo "Onicomiosis por hongos filamentosos no dermatofitos en Cádiz"

Sr. Director. Acabamos de leer con interés el mencionado original recientemente publicado en la revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (agosto-septiembre 2000) y nos gustaría hacer una serie de consideraciones sobre el mismo¹.

Llama la atención en el trabajo de García-Martos et al la alta prevalencia de mohos (14,8%) encontrada por los autores, que desde nuestro punto de vista podría explicarse por escollos metodológicos del trabajo. En primer lugar destacamos que la inclusión no parece ser correcta, por haber incluido en el estudio muestras procedentes de enfermos que habían abandonado el tratamiento antifúngico 2 semanas antes (en el trabajo no aclaran las pautas de tratamiento, antifúngico utilizado, etc.). Es unánimemente aceptado que en esta clase de estudios sobre la etiología de las onicomiosis no deben incluirse enfermos previamente tratados^{2,3}; en el KOH podrían haber visualizado micelios no viables de dermatofitos (que en esta situación están hinchados y sinuosos y pierden sus características morfológicas) y como consecuencia, erróneamente una serie de mohos colonizantes secundarios o de crecimiento fortuito podrían haber sido considerados como agentes etiológicos^{3,4}.

Asimismo el tiempo de incubación en este trabajo es corto (14 días) restando este hecho también posibilidades de crecer a los dermatofitos. Se acepta que los cultivos deben ser incubados 3-4 semanas⁵.

El trabajo de García-Martos et al adolece además de algunas imprecisiones en los resultados: dicen que en algunas muestras se efectuó biopsia (pero no aclaran en cuántas) afirmando que los hongos filamentosos se aislaron en repetidos cultivos (no dicen con exactitud cuántos), no dan detalles morfológicos, ni presentan fotos de los exámenes directos (debe ser la visión directa concordante morfológicamente con el moho cultivado). Tampoco en los datos epidemiológicos proporcionan un dato muy importante como la repartición de los mohos por edades, ni explican qué especies de hongos filamentosos eran las causantes de las distintas formas clínicas de onicomiosis observadas por ellos. Tampoco precisan cuáles eran exactamente las deformidades anatómicas, ni el tipo de inmunodeficiencia que padecían sus enfermos. Afirman asimismo, en la sección pacientes y métodos, que uno de los criterios de M.P.

English para establecer la etiología de los hongos filamentosos no dermatofitos en onicomiosis es «la curación o mejoría con tratamiento específico»⁶. Sentimos disentir, pues este punto nunca fue mantenido por la mencionada autora, ni tampoco (ni siquiera actualmente) existe un llamado «tratamiento específico» de las onicomiosis por mohos. En la discusión afirman que existen infecciones mixtas (mohos y dermatofitos conjuntamente) pero esto es muy debatido y controvertido. En ningún momento M.P. English mantuvo que existieran infecciones mixtas, puesto que si se aísla un dermatofito, se acepta que éste es el agente etiológico de onicomiosis (*Tinea unguium*)⁶, y finalmente no fue en la década de los 60 cuando esta autora expuso sus criterios, sino en 1976⁶.

Afirman en la discusión que el examen histológico es un método «complementario» para establecer el diagnóstico. Nosotros, como la gran mayoría de autores, creemos por el contrario que el estudio histopatológico de la uña muestra fehacientemente si el moho aislado es invasor (penetra en la profundidad de la placa ungueal) o bien se encuentra en la superficie de la uña⁷⁻⁹. Las biopsias confirman la contribución del moho aislado en la distrofia ungueal¹⁰. Sin embargo el estudio histológico de las uñas aisladamente no permite la identificación de la especie infectante, requiriéndose conjuntamente el estudio micológico⁷⁻¹¹.

Disentimos de los autores también en que en las auténticas onicomiosis por mohos no existe ni siquiera de forma excepcional espontánea la curación. Tampoco el manejo terapéutico es similar a *T. unguium*, ni por supuesto tampoco plantea los mismos problemas como mantienen los autores en su artículo. Afirman que el tratamiento se debe basar en las pruebas de sensibilidad *in vitro* de los mohos. Aún en el supuesto de que *in vitro* fueran sensibles, existen serios problemas metodológicos con las pruebas *in vitro* de los hongos filamentosos y no están todavía estandarizadas. En general, los resultados de las pruebas *in vitro* con antifúngicos únicamente tienen un bajo valor predictivo para el clínico y tiene serias limitaciones^{12,13}. Es decir, no pueden predecir de forma definitiva y con certeza si un determinado antifúngico sería o no capaz para tratar con éxito un enfermo infectado con una determinada especie fúngica. En otras palabras, según Odds¹² «un test de sensibilidad *in vitro* únicamente predice cómo tratar un tubo infectado». La elección de un tratamiento antifúngico debe basarse en la experiencia clínica acumulada en

seres humanos, teniendo en cuenta el lugar anatómico donde asienta la infección, la farmacocinética, la especie fúngica infectante, los factores predisponentes y las enfermedades subyacentes. En este sentido hacemos hincapié en que en ningún laboratorio de micología del mundo se efectúan pruebas *in vitro* con mohos posibles causantes de onicomiosis para sentar de forma rutinaria las bases del tratamiento.

Afirman los autores que la griseofulvina y el ketoconazol son efectivos en el tratamiento de onicomiosis. Quisiéramos hacer unas matizaciones: la griseofulvina actualmente es el tratamiento de elección para las dermatofitosis (excluyendo *T. unguium* ya que produce una tasa de curaciones muy baja [20%-30%], altas recaídas [en torno al 50% en los casos que responden] y exige tratamientos prolongados [hasta 18 meses para uñas de pies])⁴.

En cuanto al ketoconazol queremos aclarar que desde que este fármaco fue introducido hace 20 años, al existir una mayor experiencia, su uso oral es más que controvertido. En primer lugar no resulta ser eficaz para el tratamiento de onicomiosis y actualmente existen muchas reservas sobre su utilización, entre otras causas por la significativa incidencia de hepatitis idiosincrática (1 de cada 3.000 enfermos) y efectos secundarios indeseables sobre el sistema nervioso central y endocrino (andrógenos adrenales y glucocorticoides)⁴. Con fluconazol no existen todavía datos sobre su posible utilidad en onicomiosis por mohos, y los resultados obtenidos en *T. unguium* con la pauta recomendada (1 día por semana) durante varios meses, distan mucho de ser espectaculares⁴.

Nos extraña que al menos algunas de las consideraciones hechas por nosotros en esta carta no hayan sido compartidas por los revisores, aunque sean algunas de ellas objeto de controversia.

Amalia del Palacio^a, Carmen Pazos^a
y Soledad Cuétara^b

Servicio de Microbiología. ^aHospital Universitario 12 de Octubre y ^bHospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Bibliografía

- García-Martos P, Domínguez I, Marín P, Linares M, Mira J, Calap J. Onicomiosis por hongos filamentosos no dermatofitos en Cádiz. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 319-324.
- Macura AB. Dermatophytes, pathogens or saprophytes. *Int J Dermatol* 1995; 34: 529-530.

3. Ellis DH, Watson A, Marley J, Williams TG. Non dermatophytes in onychomycosis of the toenails. *Br J Dermatol* 1997; 136: 490-493.
4. del Palacio A, Garau M, González-Escalada A, Calvo MT. Trends in the treatment of dermatophytosis. En: Kushwah RKS, Guarro J, eds. *Biology of dermatophytes and other keratinophilic fungi*. Bilbao: Rev Iberoam Micol, 2000; 148-158.
5. Weitzman I, Summerbell RC. The dermatophytes. *Clin Microbiol Rev* 1995; 8: 240-250.
6. English MP. Nail and fungi. *Br J Dermatol* 1976; 94: 697-701.
7. Haneke E. Nail biopsies in onychomycosis. *Mykosen* 1985; 28: 473-480.
8. Suárez SM, Silvers DN, Scher RK, Pearlstein HH, Auerbach R. Histologic evaluation of nail clippings for diagnosing onychomycosis. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1.517-1.519.
9. Hay RJ. Onychomycosis. Agents of choice. *Dermatol Clin* 1993; 11: 161-169.
10. Scher RK, Ackermann BA. The value of nail biopsy for demonstrating fungi not demonstrable by microbiologic techniques. *Am J Dermatopathol* 1980; 2: 55-57.
11. Daniel CR. The diagnosis of nail fungal infection. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1.566-1.567.
12. Odds FC. Personal opinion: Can antifungal sensitivity tests predict clinical treatment outcomes? *Rev Iberoam Micol* 1997; 14: 83-84.
13. Espinel-Ingroff A, White T, Pfaller MA. Antifungal agents and susceptibility tests. En: Murray PR, Baron EJ, Tenover FC, Tenover RH, eds. *Manual of Clinical Microbiology* (7ª ed.). Washington DC: ASM Press, 2000; 1.640-1.652.

El falso paradigma de la enfermedad de Whipple (réplica)

Sr Director. He de confesarle que únicamente al final de la lectura del artículo "Enfermedad de Whipple"¹ decidí hacer caso del consejo de Oscar Wilde y caer en la tentación de escribir esta carta como única manera de vencer el impulso varias veces surgido durante el examen del texto. Por supuesto tales ideas no han sido causadas por lo dicho en el escrito (ya que la excelente revisión bibliográfica y la ordenación de las ideas es difícil de enmendar), sino por cómo está dicho. Las varias incorrecciones de lenguaje (ruego a mi buen amigo José Antonio Oteo me perdone por mi crudeza, pero no encuentro eufemismos que disimulen la realidad) que salpican el documento son de un calibre, por desgracia, similar al de la mayoría de los obuses que bombardean el idioma castellano en gran parte de nuestra literatura médica, y, precisamente por ello, no me llamaron la atención más allá de lo habitual. No obstante, al llegar al último párrafo (¿Cuáles son los paradigmas de esta enfermedad?), y encontrar una serie de preguntas, dudas y posibles temas de controversia, pero ningún ejemplo o modelo de

la enfermedad, mi turbación y desasosiego alcanzaron un límite imposible de soportar sin darle una vía de escape en forma de escrito de reconvencción, amable pero a la vez severa, a los autores. Imagino que su intención, en el párrafo citado, habrá sido la de hablar de "problemas actuales", o algo similar, de la enfermedad y, sin duda, confundidos por el uso, frecuente y generalmente fuera de lugar, cuando no erróneo, que hacen nuestros políticos de la voz "paradigma", han caído en la trampa de utilizar mal esta palabra de origen griego² (paradéigma: modelo, ejemplo, derivado de déikny-mi: yo muestro), que en ningún diccionario español tiene otro sentido diferente del que le daban en el Ática. Hemos de ser conscientes, siempre, de que las palabras, como las escopetas, también puede cargarlas el diablo³.

Jaime Locutura

Sección de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos.

Bibliografía

1. Oteo JA, Blanco JR. Enfermedades de Whipple. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 428-430.
2. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Tercera edición. Madrid: Ed Gredos, 1997; 439.
3. Grijelmo A. La responsabilidad de hablar en público. En: *La lengua española patrimonio de todos*. Burgos: Caja de Burgos, 1999; 85-102.

Onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos en Cádiz (réplica)

Sr. Director. En relación con los comentarios de las autoras A. Del Palacio, C. Pazos y S. Cuétara, referidos al trabajo "Onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos en Cádiz", publicado recientemente¹ hemos de decir que compartimos muchas de sus opiniones, especialmente aquellos aspectos de las onicomycosis que se prestan a controversia, pero no estamos de acuerdo con otras muchas de sus afirmaciones que, por categóricas y mal planteadas, tergiversan nuestras expresiones y las de los autores recogidos en la bibliografía.

En primer lugar, en cuanto a la incidencia de onicomycosis por mohos en nuestra aérea sanitaria (14,8%), ya expresamos en la discusión que es algo elevada y similar a la registrada en otros países cálidos. Teniendo en cuenta que la incidencia publicada por

otros autores oscila de un 2% a un 18%, e incluso hay quien refiere hasta un 22%², no es de extrañar nuestra apreciación, pues el estudio está hecho en una zona de condiciones climáticas muy benignas a lo largo de todo el año. Por supuesto que en otras zonas del país la incidencia puede ser menor, como posiblemente suceda en Madrid, donde residen las autoras de esta carta. No aceptamos, pues, que se sugieran "escollidos metodológicos del trabajo" como causa de la alta incidencia, pues hemos utilizado criterios válidos para considerar a un moho causante de onicomycosis. Hemos investigado en todos los pacientes cualquier etiología fúngica, incluyendo dermatofitos y levaduras, descartando la implicación de dermatofitos cuando no se encontraban. Las autoras mantienen reiteradamente la opinión generalizada de que las micosis ungueales se deben principalmente a hongos dermatofitos, opinión que nosotros compartimos, pero que no invalida aquella otra de que los mohos son responsables de onicomycosis y su incidencia se ha incrementado en los últimos años, al igual que ha sucedido con otros agentes oportunistas que se consideran clásicamente como saprofitos³. Esta consideración también la apunta la doctora Del Palacio firmante de la carta en una revisión sobre onicomycosis incluida en un prestigioso libro que muchos profesionales consultamos⁴.

Contestando a las indicaciones de las autoras, hemos de aclarar que la inclusión en el estudio de pacientes previamente tratados es correcta siempre que se suprima el tratamiento durante un tiempo adecuado para que la concentración del antifúngico no influya en los resultados del cultivo. No consideramos procedente indicar el tratamiento instaurado a cada paciente, ya que nuestro objetivo era conocer simplemente la incidencia y etiología de las onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos. La incubación de los cultivos hasta 14 días es adecuada, pues si bien estamos de acuerdo en que la incubación hasta 3-4 semanas es un tiempo idóneo para dermatofitos, esta prolongación sólo es necesaria para observar bien desarrolladas las estructuras fúngicas, pero no para apreciar si existen indicios de crecimiento. Por supuesto que cuando crecían dermatofitos tuvimos que prolongar la incubación, a veces hasta más de 4 semanas, para proceder a su identificación. Pero eso forma parte de la rutina de todos los laboratorios de micología.

En cuanto a las imprecisiones que las autoras de la carta encuentran en