

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"<sup>1</sup> 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 griego<sup>2</sup> (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 diablo<sup>3</sup>.

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 recientemente<sup>1</sup> 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%<sup>2</sup>, 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 saprofitos<sup>3</sup>. 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 consultamos<sup>4</sup>.

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