

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

nuestro trabajo, convendría matizar algunas. Según ellas, no indicamos cuántas biopsias se realizaron ni el número de cultivos positivos necesarios para considerar a un moho responsable de onicomicosis. Nosotros aceptamos como criterio de positividad al menos tres cultivos seriados, aunque este número fue variable en cada paciente de acuerdo con las muestras recibidas; la biopsia se realizó cuando la valoración del hongo aislado en cultivo presentaba alguna duda. La recomendación de las autoras de presentar fotografías de los exámenes directos es loable, pero no lo consideramos necesario para un trabajo de tipo epidemiológico, sino apropiado para un trabajo sobre técnicas diagnósticas, que no era nuestro caso. El que la visión directa debe concordar morfológicamente con el hongo cultivado es un criterio que, por supuesto, aceptamos y aplicamos.

En relación con los datos epidemiológicos, las autoras de la carta indican que nuestro trabajo tiene ciertas lagunas: repartición de los mohos por edades, especies de hongos causantes de las distintas formas clínicas, alteraciones anatómicas de las uñas y tipo de inmunodepresión de los pacientes. Nos parece acertado considerar que la expresión de estos datos con más detalle hubiera enriquecido el trabajo, pero debido a que la mayoría de los pacientes con onicomicosis eran de edad avanzada, que la distribución de las especies en las distintas formas clínicas no era significativa, excepto el caso de onicomicosis subungueal proximal por *Aspergillus niger* que se refiere, y que las alteraciones de las uñas eran las usuales (distrofia, hiperqueratosis, onicolisis), nos pareció innecesario detallar estos datos; los dos pacientes con inmunodeficiencia padecían neoplasias hematológicas, lo que tampoco es ninguna novedad.

Estamos de acuerdo en que los criterios de English fueron expuestos en los años 70, pero nuestra fuente bibliográfica, de la que precisamente es autora la doctora Del Palacio firman- te de la carta, recoge que fue en los años 60⁴. En este mismo sentido decimos que las infecciones mixtas son raras, a pesar de que la doctora Del Palacio recoge en su trabajo de revisión que "no son raras" y presenta un cuadro en donde éstas oscilan de 0% a 11%, según diferentes autores⁴. El valor que nosotros atribuimos al examen histológico como técnica complementaria en el diagnóstico de las onicomicosis es el que tiene y ha sido demostrado⁵. Cuando hablamos de tratamiento específico en la onicomicosis, queremos expresar que existe

un tratamiento específico para mohos, diferente al tratamiento para dermatofitos y levaduras productores de infección ungueal, es decir un antifúngico de uso preferente de acuerdo con la experiencia clínica acumulada. No hemos afirmado en ningún momento que el tratamiento de la onicomicosis fuera igual que el de la tiña ungueal por dermatofitos, sino que era similar en cuanto a procedimientos de eliminación de la lámina ungueal y administración de antifúngicos tópicos y sistémicos, con los mismos problemas de penetración de éstos y la consiguiente prolongación del tratamiento. ¿Por qué han de interpretarse de otra manera nuestras expresiones? La curación espontánea de una onicomicosis es excepcional. Eso es lo que decimos en nuestro trabajo, de acuerdo con la misma expresión que utiliza la doctora Del Palacio en su trabajo de revisión de la onicomicosis⁴. Por supuesto que no es una opinión personal. De la misma manera afirmamos que la griseofulvina es efectiva en el tratamiento de dermatofitosis, pero no decimos que lo sea para onicomicosis ni tiña ungueal, como nos atribuyen las autoras de la carta. También afirmamos que el tratamiento sistémico de la onicomicosis se realiza con imidazoles (ketoconazol, fluconazol, itraconazol), pero no especificamos, porque es sabido que el itraconazol es el de elección. En cuanto a la realización de estudios de sensibilidad *in vitro*, es cierto que no suelen efectuarse para mohos productores de onicomicosis, pero sí se están realizando por muchos laboratorios para las mismas especies de mohos productoras de micosis profundas y los resultados pueden ser superponibles o servir de orientación para elegir un determinado antifúngico frente a una especie determinada, a pesar de la deficiente correlación existente entre los resultados *in vitro* y la actividad *in vivo* en el caso de los hongos. Hasta hace pocos años existían grandes problemas metodológicos y de estandarización para las pruebas de sensibilidad, pero actualmente se dispone de la técnica E-test (Biodisk, Sweden) y del documento M38-P de NCCLS que permite obtener resultados orientativos para predecir la posible resistencia a imidazoles en muchos mohos⁶.

Como bien comentan las autoras de la carta, muchas de nuestras consideraciones son objeto de controversia, pero también muchas de las que ellas expresan o las de otros autores, porque aún hay bastantes puntos oscuros en el tema de las onicomicosis. Nuestra intención en este trabajo ha sido solamente aportar un poco de luz con

nuestra modesta experiencia, en relación con la incidencia y etiología de las onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos en nuestra zona geográfica, no la de sentar ningún principio ni establecer pautas de diagnóstico o tratamiento; de eso se ocupan las comisiones establecidas al respecto, de las que forman parte personalidades de renombre.

Pedro García-Martos, Inmaculada Domínguez, Pilar Marín, Mario Linares^a, José Mira y Joaquín Calap^a
Servicios de Microbiología y
^aDermatología. Hospital Universitario
Puerta del Mar. Cádiz.

Bibliografía

1. García-Martos P, Domínguez I, Marín P, Linares M, Mira M, Calap J. Onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos en Cádiz. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 319-324.
2. Ramani R, Ramani A, Kumari TGR, Shivananda PG, Srinivas GR. Molds in onychomycosis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 877-878.
3. Greer DL. Evolving role of nondermatophytes in onychomycosis. *Int J Dermatol* 1995; 34: 521-524.
4. Del Palacio-Hernanz A, García-Bravo M. Onicomicosis En: Torres-Rodríguez JM, del Palacio-Hernanz A, Guarro-Artigas J, Negroni-Briz R, Pereiro-Miguens M, eds. *Micología Médica*. Barcelona: Masson, 1993; 65-72.
5. Andre J, Achten G. Onychomycosis. *Int J Dermatol* 1987; 26: 481-490.
6. National Committee for Clinical Laboratory Standards. Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of conidium-forming filamentous fungi: Proposed standard. NCCLS document M38-P. National Committee for Clinical Laboratory Standards, Vilanova PA 1998.

Endoftalmitis por *Paecilomyces lilacinus* después de un traumatismo penetrante no quirúrgico

Sr. Director. *Paecilomyces* es un saprófito ubicuo relacionado con hongos del grupo *Penicillium* y *Aspergillus*, que se encuentra en la materia vegetal en descomposición y en la tierra¹. Las dos especies que más se relacionan con infecciones en seres humanos son *P. variotti*² y *P. lilacinus*³. Aunque ambos pueden producir diversos tipos de infecciones, excepcionalmente afectan al ojo, habiéndose descrito en la literatura menos de 10 casos de afectación ocular (queratitis y endoftalmitis)²⁻⁴.

Se trata de un agricultor de 62 años que sufre accidente laboral con intro-