

vacunal del paciente ($p=0,008$) y a recomendar de forma expresa la VP23 ($p<0,001$), así como un mejor conocimiento de sus indicaciones (mediana de aciertos en los supuestos clínicos: 15 vs. 13; $p=0,001$).

En el presente estudio, tanto la adherencia a las recomendaciones de vacunación antineumocócica en adultos como el conocimiento de sus indicaciones fue superior entre médicos de AP respecto a los que ejercen su actividad en un medio hospitalario, en la línea de encuestas de diseño similar realizadas en otros países^{6,7}. A pesar de que más del 95% de los participantes consideraron que la VP23 es, al menos, «bastante» segura y eficaz, la incorporación rutinaria de esta medida en su práctica clínica dista de ser mayoritaria, particularmente en AH. Así, menos de la tercera parte de los profesionales hospitalarios afirmaron recomendar de forma expresa a sus pacientes la VP23, en contraste con el 64% de los especialistas que participaron en una encuesta a nivel nacional en Estados Unidos⁶. El desconocimiento de la historia vacunal previa del paciente en AH representa un obstáculo relevante ya identificado en estudios previos^{9,10} y subsanable mediante la implantación de cartillas personales de vacunación o de sistemas de comunicación entre niveles asistenciales, particularmente en el proceso de digitalización de la documentación clínica iniciada por nuestro sistema sanitario. Es significativo que el principal obstáculo percibido por los médicos de AP radique en la desconfianza o rechazo del paciente a la VP23, un resultado similar al de la literatura^{7,9} y que podría tener su origen en las reservas generadas en la población general respecto a la seguridad de la vacuna antigripal durante la reciente pandemia. Por último, la recepción por parte del propio profesional de la vacuna antigripal en el año precedente ha sido señalada como un factor independiente que predice la adherencia a las recomendaciones de vacunación antineumocócica en sus pacientes⁶. Nuestro estudio sugiere, además, que identifica a los médicos particularmente concienciados y educados en las medidas preventivas de salud.

En conclusión, la optimización de las tasa de cobertura vacunal antineumocócica en población adulta en nuestro medio exige medidas específicas para cada nivel asistencial. En particular, la adherencia a las indicaciones de la VP23 entre médicos del medio hospitalario podría ser mejorada mediante la difusión de campañas educacionales y facilitando el acceso a la historia previa de inmunizaciones del paciente.

Financiación

Mario Fernández Ruiz disfruta actualmente de un Contrato de Formación en Investigación Río Hortega (CM11/00187) del Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. World Health Organization. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec.* 2008;83:373-84.
2. Moberley SA, Holden J, Tatham DP, Andrews RM. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;CD000422.
3. Pebody RG, Leino T, Nohynek H, Hellenbrand W, Salmaso S, Ruutu P. Pneumococcal vaccination policy in Europe. *Euro Surveill.* 2005;10:174-8.
4. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Calendario de Vacunación para Adultos (Septiembre de 2010) [consultado 25 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA.pintarContenidoFinal&vest=1156329829913>
5. Vila-Córcoles A, Ochoa-Gondar O, Ester F, Sarrá N, Ansa X, Saúñ N, EVAN Study Group. Evolution of vaccination rates after the implementation of a free systematic pneumococcal vaccination in Catalan older adults: 4-years follow-up. *BMC Public Health.* 2006;6:231.
6. Nichol KL, Zimmerman R. Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding influenza and pneumococcal vaccinations for elderly and other high-risk patients: a nationwide survey. *Arch Intern Med.* 2001;161:2702-8.
7. Ridda I, Lindley IR, Gao Z, McIntyre P, Macintyre CR. Differences in attitudes, beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. *Vaccine.* 2008;26:5633-40.
8. Ridda I, Lindley R, MacIntyre RC. Differences in the attitude and knowledge of hospital health care workers regarding older patient vaccinations. *Hum Vaccin.* 2009;5:761-4.
9. Szilagyi PG, Shone LP, Barth R, Kouides RW, Long C, Humiston SG, et al. Physician practices and attitudes regarding adult immunizations. *Prev Med.* 2005;40:152-61.
10. Kempe A, Hurley L, Stokley S, Daley MF, Crane LA, Beaty BL, et al. Pneumococcal vaccination in general internal medicine practice: current practice and future possibilities. *J Gen Intern Med.* 2008;23:2010-3.

Mario Fernández-Ruiz*, Victoria Mon Trotti, Ana Serrano Frontaura y Francisco López-Medrano

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario 12 de Octubre, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario.fdezruiz@yahoo.es (M. Fernández-Ruiz).

doi:10.1016/j.eimc.2012.01.018

Leishmaniasis visceral diagnosticada a partir de una biopsia colónica

Visceral leishmaniasis diagnosed from a colon biopsy

Sr. Editor:

La infección por el protozoo *Leishmania* spp. es una zoonosis transmitida a través de la picadura del género *Phlebotomus* y es de distribución endémica en la cuenca mediterránea. Su forma visceral es la manifestación clínica más frecuente en nuestro medio, caracterizada por fiebre, pancitopenia y hepatoesplenomegalia. Afecta predominantemente a pacientes con inmunosupresión celular de base (infección por VIH, terapias con corticoides e inmunosupresores, terapias con agentes biológicos, trasplantes). La afectación en estos casos es más extensa y puede ser de localización atípica^{1,2}. Presentamos el caso clínico de una enferma con fiebre de origen desconocido y pancitopenia con diagnóstico de leishmaniasis visceral basado en los datos de la biopsia colónica.

Mujer de 71 años de edad con antecedentes personales de HTA, DM tipo II, fibrilación auricular persistente, ictus lacunares múltiples e hipotiroidismo. Fue diagnosticada mediante colonoscopia de rectosigmoiditis ulcerosa en 2009 con histología compatible. Durante el año 2010 la evolución de la enfermedad fue tórpida, por lo que requirió tratamiento con corticoides orales para alcanzar la remisión. En mayo de 2010 se realizó colonoscopia de control en la que se observa afectación severa, con úlceras y exudado extenso, en recto y sigma, por lo que, a la vista de los resultados, en junio de 2010 se inició tratamiento con azatioprina. Un año más tarde, en mayo de 2011, no se apreciaba actividad clínica ni endoscópica pero presentaba pancitopenia severa, que se atribuyó inicialmente al uso del inmunosupresor, que se decide suspender.

Ingresa en julio de 2011 por presentar fiebre de una semana de evolución con síndrome constitucional sin otra focalidad infecciosa aparente. En la analítica al ingreso presentaba: GOT 48 UI/l, GPT 15 UI/l, GGT 75 UI/l, FA 145 UI/l, LDH 112 UI/l, creatinina 1,7 mg/dl, urea 101 mg/dl, hemoglobina 8,7 g/dl, hematocrito 26,

leucocitos 2,3 (71% NT, 15,8% LF, 12,7% MN), PQ208, VSG 62, coagulación normal, fibrinógeno 715 mg/ml, PCR 95 mg/dl, procalcitonina 0,6 ng/ml. No presentaba hipergammaglobulinemia. El resto de la bioquímica fue normal. En el estudio inicial para FOD se solicitaron: hemocultivos, urocultivo, ecocardiograma y serología completa; todas las pruebas fueron negativas o no diagnósticas. Se realizó una TC de abdomen en la que se describió hepatoesplenomegalia homogénea como hallazgo más significativo y la presencia en el colon de signos inflamatorios en sigma. Con estos hallazgos se solicitó una colonoscopia, en la que no se apreció actividad inflamatoria compatible con la enfermedad de base pero sí la existencia de pseudopólipos aislados que se biopsian. En estos se demuestra la presencia de abundantes amastigotes de *Leishmania* spp. en los macrófagos. De forma paralela se había realizado un aspirado de médula ósea que se informó como negativo para la presencia de parásitos. Se habían remitido muestras al centro de referencia para serología mediante IFI de *Leishmania* spp. y se obtuvieron resultados positivos a título significativo de 1/640. Con el diagnóstico de leishmaniasis visceral recibió tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 3 mg/kg/día según el esquema 1 a 5, 10, 17, 24 y 31. Seis meses más tarde, en diciembre de 2011, continúa asintomática y con normalización de los hallazgos analíticos. Se ha mantenido la suspensión de los inmunosupresores y hasta la fecha no ha presentado brote de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Las formas de presentación atípicas de leishmaniasis visceral son más frecuentes en los pacientes con infección por HIV e inmunodeprimidos^{1,2}, pudiendo producirse la afectación mucosa gastrointestinal de forma difusa, con o sin síntomas digestivos acompañantes. La apariencia endoscópica es normal en la mitad de los casos aproximadamente. La localización más descrita en la literatura es la duodenal^{3,4}, pero puede afectar a cualquier localización. Existen casos en los que el diagnóstico de confirmación de formas viscerales de la enfermedad se realizó de forma exclusiva a través de lesiones específicas gastrointestinales⁵ o de la biopsia de forma-

ciones pseudopolipoideas colónicas⁶, como en nuestra paciente, y no mediante el aspirado de médula ósea, que es el método diagnóstico convencional, si bien esta circunstancia es excepcionalmente descrita en la literatura.

Bibliografía

1. Fernandez-Guerrero ML, Robles P, Rivas P, Mójér F, Muniz G, De Górgolas M. Visceral leishmaniasis in immunocompromised patients with and without AIDS: a comparison of clinical features and prognosis. *Acta Trop.* 2004;90:11–6.
2. Pasquau F, Ena J, Sanchez R, Cuadrado JM, Amador C, Flores J, et al. Leishmania HIV Mediterranean Co-operative Group: Leishmaniasis as an opportunistic infection in HIV-infected patients: determinants of relapse and mortality in a collaborative study of 228 episodes in a Mediterranean region. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:411–8.
3. Del Olmo L, Aller R, Velayos B, Fernández L, González JM. Leishmaniasis visceral diagnosticada por biopsia duodenal. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid).* 2009;101:439–51.
4. Alvarez-Nebreda ML, Alvarez-Fernández E, Rada S, Brañas F, Marañón E, Vidán MT, et al. Unusual duodenal presentation of leishmaniasis. *J Clin Pathol.* 2005;58:1321–2.
5. Almeida S, Costa T, Demas MM. Colonic leishmaniasis followed by liver transplantation. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83:209.
6. Zaffiri L, D'Ettorre G, Massetti AP, Mascellino MT, Mastroianni CM, Vullo V. Atypical localization of leishmaniasis in an intestinal polyp. *Infection.* 2008;36:187–8.

Amaya Jimeno^{a,*}, Encarnación Morales^b, Esther Peñalver^b y Soledad Ladrón de Guevara^c

^a Sección de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia, España

^c Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doc.jimeno@hotmail.com (A. Jimeno).

doi:10.1016/j.eimc.2012.01.017

Diagnostic yield of instant liquid biphasic Granada medium for group B streptococcus detection in pregnant women

Rendimiento diagnóstico del medio líquido bifásico instantáneo Granada para la detección de estreptococos del grupo B en mujeres gestantes

Dear Editor,

Group B streptococcus (GBS) neonatal sepsis prevention is based in the intrapartum antibiotic treatment of colonised women.¹ It is recommended to carry out microbiological colonisation studies between 35 and 37 weeks of gestation for GBS detection. These studies involve the inoculation from rectum and vaginal swabs on to enriched, selective and/or pigment-producing media, according to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).² The selective and differential Granada agar medium has been recommended by several authors in the screening of GBS, with good results.^{3–5} Over the last few years, different models of this medium have been marketed with the purpose of improving some parameters, such as the detection time, ease of operation, and storage and preservation conditions. Liquid biphasic and instant liquid biphasic Granada media are examples of this variation.

The aim of this study was to evaluate the diagnostic effectiveness of instant liquid biphasic Granada medium (Biphasic Granada™ culture broth, bioMérieux® Spain S.A.) and compare it with the standard medium for GBS detection.

Two vagino-rectal samples were collected from each patient between 35 and 37 weeks of gestation and placed into Amies transport medium before processing. A total of 502 patients were included in this study. Swabs were dipped in parallel, both into Todd-Hewitt broth with nalidixic acid (15 µl/ml) and gentamicin (8 µg/ml) (Biomedics, Spain) (standard method) and into instant biphasic Granada medium, swirled briefly, broken and left in the tubes. They were incubated at 37 °C. Instant biphasic Granada tubes were inspected at 24 h and 48 h. The appearance of orange-pigmented colonies in this medium was indicative of the presence of GBS. After 24 h of incubation, Todd-Hewitt broths were subcultured onto blood agar plates, which were examined at 24 h and 48 h of incubation at 37 °C in a 5% CO₂ atmosphere. Beta-haemolytic colonies were identified as GBS using the automatic system, Vitek2 (bioMérieux® Spain S.A.).

Group B streptococci were identified after 24 h of incubation, in 52 of 502 pregnant women (10.35%) using the standard method, and in 42 cases (8.36%) by instant biphasic Granada media. A sensitivity of 81%, compared to the standard method, was observed using this last procedure. All the GBS detected by Granada media were confirmed using the reference method with 100% specificity. Avidity values of diagnostic tests are shown in Table 1.

The most widely used enrichment medium for detection of GBS is Todd-Hewitt broth in the presence of antibiotics. Moreover, this culture broth has been recommended by CDCs.^{2,6,7} The highest sensitivity for GBS screening is obtained using an enrichment