



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

Extensively drug-resistant tuberculosis. La salida del callejón: «tuberculosis ultrarresistente»



Extensively drug-resistant tuberculosis. The way out from the alley: «Tuberculosis ultrarresistente»

Sr. Director:

No siempre es fácil, ni afortunado, trasladar a nuestro idioma los términos médicos anglosajones. Además es fundamental que, también en español, las siglas articulen un acrónimo feliz. No en balde el siglo xx ha sido considerado «el siglo de las siglas», de lo que con sorna se quejaba Dámaso Alonso en su poema *La invasión de las siglas*.

En los años setenta se describieron los primeros casos de tuberculosis producida por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que mostraban resistencia *in vitro* a algunos de los fármacos antituberculosos de primera línea. Estas enfermedades quedaron recogidas bajo el nombre *Drug-resistant tuberculosis* (DR TB)¹. Sin embargo en las publicaciones españolas se optó por el término más simple: tuberculosis resistente (TBR). La explicación es que el genio de nuestro idioma tiende a la economía de medios; si se elimina todo lo superfluo, lo que queda es lo valioso².

A mediados de los noventa se produjeron en varios países, incluyendo el nuestro, brotes epidémicos de tuberculosis producidas por cepas que mostraban resistencia a los 2 fármacos nucleares, rifampicina (RF) e isoniácida (INH)^{3,4}. Estos nuevos casos fueron denominados *Multidrug-resistant tuberculosis* (MDR TB). Su traducción no planteó grandes dificultades; nuestra lengua daba cabida a una traducción eufónica y casi literal, así se acuñó el término tuberculosis multi-resistente (TBMR).

En el año 2006 se identificaron nuevas cepas que mostraban una mayor capacidad de resistencia, pues no solo cumplían los criterios de multirresistencia (RF + INH), sino que además la presentaban frente a quinolonas, a los tuberculostáticos inyectables amikacina, kanamicina o capreomicina) o a ambos. De esta manera quedó descrita la *Extensively resistant tuberculosis*⁵. En marzo de aquel año se publicó un artículo que usaba como

acrónimo «XDR TB» en lugar del más lógico «EDR TB»⁶. Parece que los autores quisieron darle un toque de sensualidad a su riguroso trabajo⁷. En las publicaciones anglosajonas este acrónimo triunfó y se impuso rápidamente. El apócope del prefijo, tanto gráfica como fonéticamente, resultaba atractivo y permitía juegos de palabras⁸. La aclimatación de este nuevo término y de su acrónimo a nuestro idioma ya no era tan sencilla y natural como en los casos anteriores. Las traducciones literales: «Tuberculosis ampliamente resistente», «Considerablemente resistente» o «Extensamente resistente», tenían poco atractivo. La inclusión de adverbios terminados en *mente*, tan genuinamente románicos y, por tanto, tan alejados de las actuales nomenclaturas científicas, resultaba claramente disonante; más aún teniendo en cuenta que el paso siguiente iba a ser la construcción de un acrónimo. Habría que buscar otras opciones.

Hemos barajado y descartado diversas nomenclaturas. Por atractiva que resultara desechamos «Tuberculosis resistente no ... lo siguiente» pues intuimos que este tipo de expresión es solo un modismo efímero y su acrónimo es imposible. Igualmente hemos desechado los sufijos superlativos «Tuberculosis resistentísima», en aras de la coherencia morfológica y de la brevedad; tengamos también en cuenta las posibles evoluciones vulgares «TB resistentisma», tan comunes en la lengua oral, pero tan alejadas de la norma y el rigor científico.

Los anteriores descartes nos llevaban a un callejón sin salida. La única vía de escape posible resultaba ser la utilización de un prefijo sobre el adjetivo «resistente». ¿Cuáles eran, entonces, las posibles opciones? ... extra ..., súper ..., mega ... Todos tenían sus pegs, hagamos un repaso: «Extra» resultaba demasiado obvio; «Súper» pecaba de cierta afectación, y «Mega» era atractivo, pero su acrónimo se prestaba a anfibología con TB M(multi)R ... Así las cosas, la incógnita se iba despejando y la mejor salida del callejón aparecía ante nuestros ya cansados ojos ... «ultra».

¿Cómo resistirnos al impecable y muy eufónico término de «tuberculosis ultrarresistente» y a su feliz acrónimo «TB UR»?

Bibliografía

1. Steiner M, Chaves A, Lyons HA, Steiner P, Portugaleza C. Primary drug-resistant tuberculosis. Report of an outbreak. N Engl J Med. 1970;283:1353-8.

2. Grijelmo A. El genio del idioma es tacaño. En: El Genio del Idioma. Capítulo X. Madrid: Taurus Pensamiento; 2004. p. 157-173.
3. Goble M, Iseman MD, Madsen LA, Waite D, Ackerson L, Horsburgh CR. Treatment of 171 patients with pulmonary tuberculosis resistant to isoniazid and rifampin. *N Engl J Med*. 1993;328:527-32.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Multidrug-resistant tuberculosis outbreak on an HIV ward-Madrid, Spain, 1991-1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Re*. 1996;45:330-3.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Notice to readers. Revised definition of extensively drug-resistant tuberculosis. *MMWR Morb Mortal Wkly Re*. 2006;55:1176.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Emergence of *Mycobacterium tuberculosis* with extensive resistance to second-line drugs-worldwide, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Re*. 2006;55:301-5.

7. The tuberculosis X factor. *Lancet Infect Dis*. 2006;6:679.
8. Reichman LB. Unsexy tuberculosis. *Lancet*. 2009;373:28.

J. Peña Arce^a y J.M. Peña^{b,*}

^a *Departamento de Filología Española I: Lengua Española y Teoría de la Literatura y Literatura Comparada, Facultad de Filología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*

^b *Departamento de Medicina, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: josemaria.penna@uam.es, jmpena.hulp@salud.madrid.org (J.M. Peña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.06.003>

Investigación en sarcopenia: importancia de la metodología



Sarcopenia research: Relevance of methodology

Sr. Director:

El diagnóstico de sarcopenia se define como un déficit de masa muscular asociado a una alteración funcional (pérdida de fuerza muscular o rendimiento físico)¹⁻². En el artículo de Rubio-Maicas et al. recientemente publicado en REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA³ sobre la prevalencia de sarcopenia en una población de pacientes ingresados en una unidad de media y larga estancia, llama la atención la elevada tasa de prevalencia observada, que a nuestro juicio pudiera estar relacionada con la metodología utilizada.

La sarcopenia está relacionada con el proceso de envejecimiento y, por tanto, referida implícitamente a pacientes ancianos, por lo que resulta discutible aplicar los criterios diagnósticos propuestos en pacientes más jóvenes. Además se debe efectuar diagnóstico diferencial con otras causas de pérdida de masa muscular, tales como la malnutrición y la caquexia. Rubio-Maicas et al. incluyeron en su estudio a pacientes con un amplio margen de edad (un 10% de ellos menores de 65 años), muchos en tratamiento paliativo (un 18% con cáncer), y en situación subaguda, circunstancias caracterizadas por una elevada incidencia de malnutrición o desnutrición (índice de masa corporal medio de 21,23 kg/m²).

Para medir la masa muscular se utilizó la bioimpedancia sin especificar la fórmula utilizada para realizar el cálculo. Con frecuencia, los fabricantes de estos dispositivos facilitan el correspondiente *software* para realizar los cálculos oportunos, pero no suelen dar indicaciones del tipo de fórmulas utilizadas. Para evitar errores de interpretación es imprescindible la utilización de fórmulas validadas^{1,4}. Por otra parte, los autores emplearon unos valores de referencia de poblaciones no autóctonas, cuando en base a las

importantes diferencias raciales y/o geográficas la recomendación aceptada es utilizar valores de referencia locales^{4,5}. Finalmente, no se indica claramente, si los puntos de corte empleados fueron de 1 o 2 desviaciones estándar respecto a la población de referencia.

Todos estos aspectos constituyen cuestiones metodológicas que podrían resultar en una sobreestimación de la prevalencia de sarcopenia en la población estudiada. Estudios como el que nos ocupa son necesarios para conocer el alcance real de la sarcopenia en nuestro medio y diseñar las estrategias necesarias para paliarla. Sin embargo, es importante aplicar correctamente la metodología para poder comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios.

Bibliografía

1. Cessari M, Fielding RA, Pahor M, Goodpaster B, Hellerstein M, van Kan GA, et al., International Working Group on Sarcopenia. Biomarkers of sarcopenia in clinical trials-recommendations from the International Working Group on Sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2012;3:181-90.
2. Cruz-Jentoft A, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al., European Working Group on Sarcopenia in Older people. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on sarcopenia in older people. *Age Ageing*. 2010;39:412-23.
3. Rubio-Maicas C, Duarte-Alfonso E, Beseler-Soto MR, Moreno-Muñoz I, Moral-Moral P, Merino Torres JR. Prevalencia de sarcopenia en una unidad de media y larga estancia. *Rev Clin Esp*. 2014.
4. Deurenberg P, Deurenberg-Yap M, Schouten FJ. Validity of total and segmental impedance measurements for prediction of body composition across ethnic population groups. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56:214-20.
5. Masanes F, Culla A, Navarro-González M, Navarro-Lopez M, Sacanella E, Torres B, López-Soto A. Prevalence of sarcopenia in healthy community-dwelling elderly in an urban area of Barcelona (Spain). *J Nutr Health Aging*. 2012;16:184-7.

F. Masanés Torán^{a,b,*}, A. Lopez-Soto^{a,b}, F. Formiga^{a,c} y A. Cruz Jentoft^{a,d}