

Farmacocinética/farmacodinámica de la formulación de amoxicilina/ácido clavulánico 1.000/62,5 mg en odontoestomatología

Sr. Editor: En el artículo que lleva por título “Análisis farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) de la antibterapia en odontoestomatología”¹ publicado recientemente, se incluye la evaluación de la eficacia de diferentes regímenes posológicos de amoxicilina/ácido clavulánico. Debido a que este estudio se realizó antes de la comercialización de la nueva formulación de comprimidos de liberación prolongada de amoxicilina/ácido clavulánico (1.000/62,5 mg), esta no se incluyó en el análisis.

Cada comprimido de esta nueva formulación contiene 562,5 mg de amoxicilina (trihidrato), 437,5 mg de amoxicilina (sal de sodio) y 62,5 mg de ácido clavulánico (sal de potasio) y la posología recomendada es de 2 comprimidos 2 veces al día (2.000/125 mg/ 12 h).

Kaye et al² presentaron los perfiles medios de concentración plasmática-tiempo para amoxicilina tras la administración de dicha formulación a 31 mujeres y 24 hombres sanos. Con esos datos hemos calculado el tiempo durante el que las concentraciones plasmáticas se mantienen por encima de la concentración inhibitoria mínima (tsupraCIM) frente a los patógenos más frecuentemente aislados en infecciones odontógenas siguiendo la metodología anteriormente descrita¹. Los resultados se muestran en la tabla 1 junto con los valores del tsupraCIM para otras dosificaciones de amoxicilina/ácido clavulánico incluidas en el estudio previo¹. Los regímenes eficaces, con los que se obtienen valores de tsupraCIM superiores al 40% del intervalo de dosificación, se presentan sombreados.

Como se observa en la tabla, la administración de comprimidos de liberación prolongada de amoxicilina/ácido clavulánico siguiendo las pautas indicadas (2 comprimidos cada 12 h) garantiza concentraciones plasmáticas por encima de la CIM de estreptococos del grupo *viridans*, *Peptostreptococcus*, *P. intermedia*, *P. gingivalis* y *F. nucleatum* durante más del 60% del intervalo

de dosificación, con lo que se puede concluir que es un régimen adecuado para tratar este tipo de infecciones.

Arantxazu Isla^a, Andrés Canut^b, Alicia Rodríguez Gascón^a y José Luis Pedraz^a

^aLaboratorio de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz. España. ^bSección de Microbiología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. España.

Bibliografía

- Isla A, Canut A, Rodríguez-Gascón A, Labora A, Ardanza-Trevijano B, Solinís MA, et al. Análisis farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) de la antibterapia en odontoestomatología. Enferm Infect Microbiol Clin. 2005;23:116-21.
- Kaye CM, Allen A, Perry S, McDonagh M, Davy M, Storm K, et al. The clinical pharmacokinetics of a new pharmacokinetically enhanced formulation of amoxicillin/clavulanate. Clin Ther. 2001;23:578-84.

Endocarditis infecciosa por *Ochrobactrum anthropi*

Sr. Editor: He leído con interés el caso recientemente publicado titulado “Endocarditis infecciosa por *Ochrobactrum anthropi* en paciente inmunocompetente”¹ y quisiera hacer algunas consideraciones al respecto. En mi opinión, el interés del caso reside exclusivamente en la rareza del microorganismo aislado como agente causal de endocarditis, por lo que creo que deberían exponerse y resaltarse los principales hechos del diagnóstico microbiológico que permitieron llegar a tal identificación. Sin embargo, nada se explica acerca de los medios de cultivo utilizados, ni siquiera se menciona el sistema de hemocultivos empleado, y resulta llamativo el hecho de que los autores afirman que el microorganismo tardó 14 días en ser aislado en dos hemocultivos y 8 días en el “tejido perivalvular”, sin más detalles. Tal lentitud de crecimiento es, cuando menos, sorprendente en un bacilo gramnegativo que suele crecer sin dificultad en medios convencionales². Actualmente es práctica habitual en los servicios de microbiología el uso de sistemas de hemocultivos de control del crecimiento, con períodos habituales de incubación

de 5 a 7 días, por lo que los autores deberían explicar cómo se procesaron los hemocultivos y si fueron sometidos a un protocolo o práctica inusual. Tam poco se menciona en el trabajo ningún aspecto que sirva de orientación a la identificación del microorganismo, ni se describen las características coloniales, ni las principales pruebas bioquímicas o metabólicas que sirvieron para caracterizar la especie. Es conocida la dificultad y el bajo poder de discriminación de los sistemas automatizados comerciales al uso para la identificación de bacilos gramnegativos no fermentadores poco frecuentes en muestras clínicas²; sin embargo, no figura en el trabajo el porcentaje de acierto alcanzado con el sistema empleado ni se explica si hubo necesidad de métodos o pruebas adicionales y confirmatorias, lo cual suele ser práctica habitual obligada con este tipo de microorganismos de difícil clasificación.

Considero también insuficientes los aspectos relativos a las pruebas de antibiograma, donde los autores se limitan a exponer que se empleó “la microdilución” sin ofrecer más detalles, como si se utilizó algún sistema comercial, automatizado o no.

Sin querer restar mérito al trabajo iconográfico, desde mi punto de vista y ante la rareza del microorganismo aislado, creo que hubieran sido más ilustrativas unas imágenes del crecimiento *in vitro* y/o una tabla con las principales características de éste. Quizás el hecho sorprendente de que no aparezca ningún microbiólogo entre los firmantes del artículo explique cómo han podido pasarse por alto aspectos tan importantes en un diagnóstico microbiológico de certeza.

Victoria Ortiz de la Tabla Ducasse
Sección de Microbiología Clínica. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España.

Bibliografía

- Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Domínguez-Melcón FJ, Gómez-Limón IM. Endocarditis infecciosa por *Ochrobactrum anthropi* en paciente inmunocompetente. Enf Infect Microbiol Clin. 2005;23:111-2.
- Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Yolken RH. Manual of clinical microbiology. 8th ed. Washington: ASM Press; 2003.

TABLA 1. Valores de tsupraCIM de amoxicilina tras la administración de amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral

	500 mg/8 h	875 mg/8 h	1.000 mg/8 h	500 mg/12 h	875 mg/12 h	1.000 mg/12 h	Formulación de liberación prolongada
Estreptococos del grupo <i>viridans</i>	60,3	70,7	73,1	40,1	47,0	48,7	76,9
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	85,8	95,9	98,3	57,1	63,9	65,5	98,2
<i>Prevotella intermedia</i>	47,0	58,7	60,3	31,3	38,4	40,1	63,4
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	47,0	58,7	60,3	31,3	38,4	40,1	63,4
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	47,0	58,7	60,3	31,3	38,4	40,1	63,4

■ TsupraCIM > 40%.