

La capacidad de los no médicos para ejercer la Microbiología Clínica

Sr. Director. La capacidad de los no médicos para ejercer especialidades como la microbiología ya ha suscitado debates en países como EE.UU. El comentario editorial del doctor E. J. Perea¹ mencionaba esta polémica y concluía que la ocupación de determinadas plazas no debe basarse en la licenciatura realizada sino en la educación y formación recibida y en la experiencia personal.

En relación con la carta publicada² por la Sociedad de Residentes y Especialistas en Microbiología en paro, quisiéramos solamente aclarar la afirmación que hacen sus autores sobre que una sentencia del Tribunal Supremo (no citada directamente en el texto) niega a los Licenciados y Doctores en Ciencias Biológicas la capacidad de ocupar plazas en los laboratorios de microbiología.

La descripción de la sentencia³ en la mencionada carta no es correcta y deseamos ponerlo en conocimiento de toda la comunidad de microbiólogos y lectores de esta revista. En dicha sentencia el Tribunal Supremo no se pronuncia respecto a la posibilidad de que los licenciados en Biología puedan ocupar plazas en los laboratorios de Microbiología sino que, únicamente, desestima un recurso a una convocatoria de plazas por defecto de forma.

Nuestra intención no es polemizar ni generar debates entre los diferentes profesionales que se dedican a esta especialidad. Estamos de acuerdo con el doctor E. J. Perea, volviendo a citar su comentario editorial, que la convivencia entre médicos, farmacéuticos y biólogos en los laboratorios ha sido y es armónica. Sin embargo, nos hemos visto obligados a aclarar este punto, ya que sin duda erosiona al colectivo profesional que representamos.

Jordi Serra^a, Agustín Peraña y
Entique Pinilla^b.

Colegio Oficial de Biólogos. ^aCataluña.
^bEuskadi.

Bibliografía

1. Perea EJ. La microbiología clínica: ¿una especialidad en crisis? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 445-448.
2. Falgueras T, Andonegui Navarro M, García Gil E, Moreno Vehí G, Osset Hadanosa J, Navarro Aguirre M, et al. Comentario al editorial "La microbiología clínica: ¿una especialidad en crisis?" *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 45.
3. Sentencia de la Sala Tercera, de la sección novena del Tribunal Supremo de fecha 8 de febrero de 1990. (R.1138)

Bacteriemia por *Clostridium septicum* paraneoplásica

Sr. Director. Las infecciones por *Clostridium* spp. se asocian con relativa frecuencia a enfermedades malignas¹. Esto es aún más cierto en el caso de la infección producida por *Clostridium septicum*¹⁻⁵. Presentamos una paciente con una bacteriemia por *C. septicum*, en la que con posterioridad se demostró la existencia de un carcinoma indiferenciado retroperitoneal con una carcinomatosis peritoneal.

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés que ingresa en nuestro servicio por un cuadro de 2 meses de evolución de astenia, hiporexia y pérdida de 8 kg de peso, acompañado en los 4 días previos a su ingreso de fiebre de hasta 40°C con escalofríos. El resto de la anamnesis fue anodina. La exploración física reveló una tensión arterial de 130/70 mmHg, una temperatura de 38,9°C y un empastamineto en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Los datos analíticos más destacables fueron: hematíes 4,1x10¹²/l, hemoglobina 10,2 g/l, hematocrito 30,4%, volumen corpuscular medio 92 fl, y lácticodehidrogenasa sérica 879 U/l. La radiografía de tórax y el sedimento urinario no mostraron alteraciones. En los hemocultivos se aisló *C. septicum* sensible entre otros antibióticos a imipenem. Una ecografía abdominal y una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste oral e intravenoso objetivaron una masa retroperitoneal de 8 x 10 cm de diámetro, sin otros hallazgos patológicos. Un ecocardiograma transtorácico fue normal. La paciente recibió tratamiento con imipenem con desaparición de la fiebre y negativización de los hemocultivos a las 72 horas. Se completaron 14 días de tratamiento con imipenem con evolución inicialmente favorable.

Se realizó una punción-aspiración con aguja fina con control de TC que no fue diagnóstica. Una laparotomía diagnóstica objetivó una gran masa retroperitoneal y lesiones múltiples peritoneales sugestivas de carcinomatosis. Las biopsias de la masa retroperitoneal y de las lesiones peritoneales fueron diagnósticas de carcinoma indiferenciado de células grandes. Diez días después de la laparotomía la situación clínica de la paciente se deterioró progresivamente, desarrollando una sepsis con hemocultivos negativos y un fracaso multiorgánico. La paciente falleció a los 16 días de la laparotomía.

La infección por *C. septicum* puede causar los siguientes síndromes clínicos: bacteriemia, enterocolitis neutropénica, abscesos, celulitis, y mionecro-

sis con gangrena gaseosa¹⁻⁵. Las infecciones por *C. septicum* son relativamente raras y se asocian frecuentemente con la presencia de neoplasias malignas u otras formas de inmunodepresión¹⁻⁵. Aproximadamente un 1% del total de infecciones por *Clostridium* spp. son causadas por *C. septicum*³. Entre un 50% y un 80%, según las series, de los pacientes con infección por *C. septicum* presentan una neoplasia maligna¹⁻⁵. Aproximadamente la mitad de las neoplasias asociadas a infección por este microorganismo son hematológicas (leucemias y linfomas), y entre los tumores sólidos el carcinoma de colon es el más frecuente¹⁻⁵. La asociación de bacteriemia por *C. septicum* y carcinoma indiferenciado retroperitoneal es excepcional¹⁻⁵. En ocasiones, el diagnóstico de la neoplasia es posterior al hallazgo de la infección por *C. septicum*¹⁻⁵, como en nuestro caso.

Las infecciones por este microorganismo suelen tener un curso fulminante si no se instaura tratamiento precozmente. La mortalidad de la bacteriemia por *C. septicum* en una serie reciente fue del 33%, aproximándose al 100% en los pacientes que no recibieron antibioterapia adecuada en las primeras 24 horas⁵. La infección por *C. septicum* puede comportarse como una infección oportunista, pero no parece estar relacionada con un único defecto de la inmunidad celular o humoral⁵. La presencia de una bacteriemia por *C. septicum* obliga a una búsqueda exhaustiva de una neoplasia oculta, y en una gran mayoría de los casos constituye un síndrome paraneoplásico, como ilustra el caso que describimos.

José María Calvo,

Pedro Bureo y Manuel Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Bibliografía

1. Tanabe KK, Jones WG, Barie PS. Clostridial sepsis and malignant disease. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 423-428.
2. Koransky JR, Stargel MD, Dowell VR. *Clostridium septicum* bacteremia. Its clinical significance. *Am J Med* 1979; 66: 63-66.
3. Kornbluth AA, Danzing JB, Bernstein LH. *Clostridium septicum* infection and associated malignancy. Reprot of 2 cases and review of the literature. *Medicine* 1989; 68: 30-37.
4. Larson CM, Bubrick MP, Jacobs DM, West MA. Malignancy, mortality, and medicosurgical management of *Clostridium septicum* infection. *Surgery* 1995; 118: 592-597.
5. Pelletier JP, Plumley JA, Rouse EA, Cina SJ. The role of *Clostridium septicum* in paraneoplastic sepsis. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 353-356.