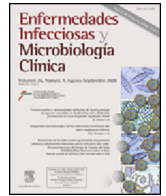




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Estimaciones de la incidencia de la actinomicosis en Colombia



Estimates of the incidence of actinomycosis in Colombia

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Blanco-Sánchez et al.¹, en el que presentan el caso de un escolar con fiebre, inflamación parotídea, otorrea y fístula retroauricular, en el cual, finalmente, el diagnóstico etiológico termina siendo actinomicosis. En tal sentido, concordamos con el hecho de que no es habitual considerar la actinomicosis en el diagnóstico diferencial de las infecciones cervicofaciales en casos pediátricos, y quisiéramos aprovechar la oportunidad de mostrar un análisis que hemos realizado sobre el comportamiento de la enfermedad en Colombia, así como algunos comentarios sobre su incidencia en América Latina.

La actinomicosis es una infección crónica, rara, supurativa y muy progresiva², sobre la cual existen pocos estudios en Colombia y América Latina. En el caso de Colombia solo existen 3 publicaciones en revistas indexadas en Medline (un reporte de caso y 2 originales de antes de 1970)^{3,4}, sin embargo, entre 2009 y 2013 se han reportado un promedio de casi 400 casos anuales en el país.

Actualmente, el Ministerio de Salud de Colombia, a través de su sistema de información SISPRO-Cubo de Datos, permite acceder al llamado Registro Individual de Prestación de Servicios, a partir del cual se puede extraer información revisada y consolidada de los diagnósticos confirmados registrados, de acuerdo a los códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), incluidos allí los casos de actinomicosis (A42.0 a A42.9), en el período 2009-2013. Usando poblaciones oficiales de referencia por años, departamentos, género y grupos de edad, estimamos las tasas de incidencia generales y específicas en Colombia.

Durante el mencionado período se encontraron 1.964 casos reportados (4,2 casos/100.000 hab; rango: 0,6-10,2 en los departamentos), de los cuales el 19,4% correspondieron, como en el caso de Blanco-Sánchez et al., a menores de 10 años de edad, para una tasa ajustada por edad de 44,4 casos/1.000.000 hab (tabla 1). Al analizar los casos reportados en el país, el 10,5% correspondió con formas cervicofaciales (35,27% de las formas especificadas, pues en

el 70,26% la forma no fue informada), siendo la más frecuente de las reportadas, seguida por la abdominal (10,2%) y la pulmonar (7,7%) (tabla 1), llegando a ser reportada hasta en más del 30% de las formas en algunos departamentos (p. ej., Boyacá y Santander) (tabla 1). En cuanto a grupos de edad, encontramos que los menores de 10 años fue donde se encontró la tasa más alta para la forma cervicofacial, 9,09 casos/1.000.000 hab (tabla 1). Esto concuerda con lo presentado por Blanco-Sánchez et al., sin embargo, si reflexionamos, posiblemente estos casos no sean tan excepcionales en la práctica, pero ciertamente sí infrecuentemente publicados. En la literatura se ha reportado que los varones tienen un riesgo 3 veces mayor de tener la infección que las mujeres, para todas las formas excepto la pélvica. Sin embargo, en nuestro análisis se observó lo contrario, se encontró una razón mujer:varón de 1,4:1, llegando a ser 2,0:1 en la actinomicosis abdominal. Solo se encontró incrementada la razón varón:mujer para la forma septicémica, siendo 1,8:1. En estos pacientes además la edad fue factor de importancia, pues la razón de tasas mostró que los sujetos de 80 años y más tuvieron una incidencia 2,3 veces mayor que los de 10 a 19,9 años. De igual manera destaca que para la forma pulmonar la razón de tasa indica que la incidencia fue 9,4 veces mayor en el grupo de 70 a 79,9 años en comparación con el grupo de 10 a 19,9 años.

En América Latina, existe un limitado número de estudios publicados en bases de datos como Medline (<10)⁵⁻¹⁰, quizá siendo un estudio de Cuba sobre actinomicosis urogenital⁸, el de mayor representatividad. Este evaluó en 2004, un total de 29.182 biopsias, de las cuales el 0,1% (31 casos), correspondieron a actinomicosis, 23 casos con infección en útero y 8 en anexos. Uno de los aspectos relacionados puede estar en el hecho de que existe una baja sospecha clínica, y que el diagnóstico microbiológico es difícil, y en muchas ocasiones existe desconocimiento incluso de las muestras clínicas que son apropiadas para hacer el diagnóstico.

A la fecha, no hemos encontrado un estudio similar al que aprovechamos en hacer, a partir de la discusión del caso de Blanco-Sánchez et al., en el cual estimamos la incidencia de la actinomicosis en Colombia. Tal y como afirman, concordamos en que es muy importante considerar la actinomicosis en procesos supurativos crónicos recurrentes cervicofaciales, especialmente en niños y, además, creemos que es importante fomentar la investigación en infecciones causadas por esta y otras bacterias anaerobias.

Tabla 1
Incidencia de actinomicosis y sus formas por departamentos y grupos de edad, Colombia, 2009–2013

Departamento	Años						Distribución en porcentaje por formas de actinomicosis del total ^a				Tasa de incidencia (casos/100.000 habs)
	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Pulmonar	Abdominal	Cervicofacial	Septicémica	
Atlántico	53	46	53	82	7	240	9,9	13,5	4,1	5,3	10,2
Santander	27	15	78	53	13	185	0,4	5,8	34,0	0,0	9,2
Arauca	10	8	1	2	0	21	8,2	5,3	7,1	0,0	8,4
Tolima	7	13	42	27	23	112	0,0	21,7	8,7	5,4	8,0
Bogotá, D.C,	62	93	91	85	46	375	20,5	9,1	9,1	0,0	5,0
Norte de Santander	12	20	21	8	0	61	3,0	15,2	3,0	0,0	4,7
Bolívar	15	22	34	19	2	91	6,3	0,0	12,5	0,0	4,5
Valle del Cauca	26	55	51	29	16	177	14,0	10,0	4,0	0,0	4,0
Nariño	7	18	16	15	6	62	6,3	25,0	6,3	0,0	3,7
Cauca	2	7	24	10	6	49	3,7	25,9	3,7	3,7	3,7
Caquetá	2	10	3	1	0	16	5,3	22,4	7,9	2,6	3,5
Boyacá	6	11	9	12	6	44	0,0	0,0	66,7	0,0	3,5
Huila	8	11	5	9	4	37	7,9	5,3	15,8	7,9	3,4
Cesar	12	7	9	1	3	32	3,8	11,5	11,5	0,0	3,3
Caldas	1	6	8	14	3	32	16,0	8,0	16,0	4,0	3,3
La Guajira	2	2	9	10	3	26	33,3	22,2	0,0	3,7	3,1
Meta	4	6	10	2	5	27	8,1	16,1	11,3	0,0	3,0
Cundinamarca	10	10	19	19	16	74	27,4	3,2	4,8	0,0	2,9
Quindío	1	6	3	6	0	16	12,5	18,8	6,3	0,0	2,9
Antioquia	33	24	33	49	29	166	9,5	19,0	9,5	0,0	2,7
Casanare	2	3	1	2	0	8	4,8	10,1	9,0	0,0	2,4
Risaralda	1	4	7	2	7	21	25,0	0,0	0,0	12,5	2,3
Magdalena	1	2	13	5	4	25	8,9	12,5	5,4	1,8	2,1
Putumayo	0	0	1	3	2	6	5,1	5,1	7,3	1,1	1,8
Córdoba	3	8	4	9	3	26	4,8	0,0	0,0	0,0	1,6
San Andrés	0	1	0	0	0	1	25,0	12,5	0,0	0,0	1,4
Sucre	3	5	0	0	0	8	16,7	33,3	0,0	0,0	1,0
Chocó	3	0	0	0	0	3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Colombia ^b	313	413	545	474	204	1.941	7,7	10,2	10,5	1,4	4,2

Grupos de edad (años)	Años						Tasa de incidencia de formas de actinomicosis				Tasa de incidencia (casos/1.000.000 habs)	
	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Por grupos de edad (casos/1.000.000 habs)					
0-9	71	82	93	96	39	381	2,21		4,66	9,09	0,70	44,4
10-19	41	58	89	71	32	291	1,25		3,76	2,62	0,11	33,1
20-29	49	60	56	72	32	269	2,05		3,47	1,93	0,26	34,5
30-39	44	60	78	66	22	270	2,38		4,92	4,61	0,48	42,9
40-49	43	59	90	52	26	270	3,34		5,09	3,69	0,18	47,4
50-59	27	54	59	58	18	216	5,39		3,75	3,51	1,64	50,6
60-69	25	30	44	34	19	152	10,12		5,84	6,22	1,56	59,1
70-79	10	19	34	22	11	96	11,72		6,89	4,14	0,69	66,2
80 o más	4	10	18	8	7	47	9,80		14,69	6,53	4,90	76,7

^a El resto corresponde otras formas (A42.8) y formas no especificadas (A42.9).^b En 23 casos no se identificó el departamento donde fue reportado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Blanco-Sánchez AI, Echevarría AM, Alonso-Quintela P, García-Perea A. Escolar con fiebre, inflamación parotídea, otorrea y fistula retroauricular. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2017;35:54–5.
- Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, et al. Actinomycosis: Etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist.* 2014;7:183–97.
- Peña CE. Deep mycotic infections in Colombia. A clinicopathologic study of 162 cases. *Am J Clin Pathol.* 1967;47:505–20.
- Urbina S, Ruiz H, Parejas S. Pelvic actinomycosis infection: Report of two cases occurred in the Hospital of San José. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2006;2006:69020.
- Torres GS. Análisis de la presencia de actinomycosis pélvica en mujeres de una comunidad rural en Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67:232–6.
- Acevedo F, Baudrand R, Letelier LM, Gaete P. Actinomycosis: A great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. *Int J Infect Dis.* 2008;12:358–62.
- Munive L, Ramos W, Mendiola R, Paire E, Mendiola G, Chávez G. Actinomycosis de pared abdominal: reporte de dos casos en un hospital general de la ciudad de Lima. *Rev Peru Epidemiol.* 2009;13:1–5.
- Suárez HM, Estrada EE, Espada VE. Prevalencia de actinomycosis uterina y anejos en el período 1996–2002, Provincia de Ciego de Ávila, Cuba. *Bol Micol.* 2004;19:19–21.
- Mingrone H, Perrone R, la Rosa S, Schtirbu R, Lutzky L. Bronquiales primarias actinomycosis y cuerpo extraño. *Medicina (B Aires).* 1995;55:337–40.
- Bittencourt JA, Andreis EL, Lima EL, Dorn DE, Muller V. Actinomycosis simulating malignant large bowel obstruction. *Braz J Infect Dis.* 2004;8:186–9.

Jaime A. Cardona-Ospina^a, Daniela Franco-Herrera^a, Virgilio E. Failoc-Rojas^{a,b} y Alfonso J. Rodríguez-Morales^{a,*}

^a Grupo y Semillero de Investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

^b Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, Lambayeque, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arodriguezm@utp.edu.co (A.J. Rodríguez-Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.07.007>

0213-005X/

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.