



Sr. Editor: Tal como comentan Fernández Moyano et al, los organismos expertos en la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob (nvECJ), el Spongiform Encephalopathy Advisory Committee y el Committee on the Safety of Medicines han establecido las recomendaciones para la elaboración de las suspensiones del test Kveim-Siltzbach (KS), a saber, que el bazo provenga de donantes de países libres de encefalopatía espongiforme bovina (EEB), que el material haya sido convenientemente purificado de acuerdo con el proceso establecido y que no se detecte por técnicas inmunocitoquímicas la presencia de la proteína priónica antes de su uso. Igualmente recomiendan la retirada del material remanente que no haya cumplido los criterios mencionados. Sin embargo, los autores cuestionan la seguridad de dichas medidas debido a la lista probablemente no cerrada de países afectados y a las dificultades tanto de purificación del material sin alterar las propiedades antigénicas de la prueba de KS como a las de detección del prion. De hecho, los autores indican de forma implícita que respecto a la transmisión de esta enfermedad no existe el riesgo cero, tal como ocurre en la cadena alimentaria a pesar de los controles actuales. En mi opinión, la respuesta a dichas consideraciones está en la propia existencia de unas recomendaciones efectuadas por los organismos expertos en la materia. Como consecuencia de ellas, actualmente se han suspendido las pruebas de KS en el Reino Unido, dado que los dos bazos utilizados se habían obtenido en los últimos 12 años, sin que hasta ahora ni los donantes ni los pacientes sometidos a la prueba hayan desarrollado la nvECJ. Sin embargo, en los EE.UU. se sigue utilizando la prueba de KS, dado que, al menos hasta ahora, es un país libre de EEB. Creo que ir más allá de la normativa oficial sería entrar en el terreno especulativo, con la posibilidad de crear falsas alarmas sociales, tal como de hecho ha ocurrido en el campo de la alimentación, y de desperdiciar una prueba cuyo uso diagnóstico ha sido y es extremadamente útil, especialmente por las consecuencias terapéuticas que se derivan en casos de sarcoidosis graves y de diagnóstico difícil.

A este respecto creo conveniente hacer algunas puntualizaciones. Es incorrecta la afirmación de los autores de que la sensibilidad de la prueba de KS en la sarcoidosis crónica es muy escasa. Según algunos estudios, la sensibilidad fue del 34 al 44% en los casos de estadio radiológico III y del 26 al 50% en los casos de sarcoidosis extratorácica aislada^{1,2}. En nuestra serie, la sensibilidad fue del 62% en los casos de estadio radiológico III y del 57% en la sarcoidosis extratorácica³; porcentajes nada despreciables teniendo en cuenta las dificultades diagnósticas de estas formas clínicas. La American Thoracic Society, la European Thoracic Society y la World Association on Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders siguen aconsejando el uso de la prueba de KS, obtenida por los procedimientos recomendados, especialmente en casos con dificultad diagnóstica⁴. Recientemente, la prueba de KS ha sido extensamente usada en un estudio multicéntrico sobre epidemiología y etiología de la sarcoidosis realizado en hospitales de los EE.UU., cuyos principales resultados todavía no han sido publicados⁵.

Además, la prueba de KS ha sido muy útil en la investigación de la etiopatogenia de la enfermedad⁶. Desde los años setenta hasta 1996 nuestro centro ha cooperado con el Royal Brompton Hospital de Londres en la validación de nuevas suspensiones de KS (con un total de 102 pruebas practicadas) y desde 1997 hasta la actualidad recibimos periódicamente y de forma desinteresada suspensiones del Mount Sinai Medical Center de Nueva York (24 pruebas practicadas), los dos centros de referencia más importantes de sarcoidosis en todo el mundo y principales productores de las suspensiones de KS. Dadas las comprensibles limitaciones en su disponibilidad, intentamos limitar su empleo a los casos de diagnóstico difícil, en especial ante una sospecha de neurosarcoidosis⁷ o de otras formas de sarcoidosis extratorácica, y de cuya confirmación diagnóstica se deriven unas consecuencias terapéuticas importantes para el paciente⁸. Finalmente, es apropiado remarcar una vez más que no se ha descrito la transmisión de ningún tipo de enfermedad ni de reacciones adversas durante los más de 40 años de utilización en miles de pacientes de la prueba de KS⁹. Según estas consideraciones, y en un momento en el que por los controles que se efectúan se minimiza al máximo cualquier riesgo, considero infundado cuestionar el uso de la prueba de KS cuando ésta se ha obtenido siguiendo los procedimientos recomendados.

Juan Mañá

Servicio de Medicina Interna. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

1. Siltzbach LE. The Kveim test in sarcoidosis. *JAMA* 1961; 178: 136-142.
2. Munro CS, Mitchell DH. The Kveim response: still usefull, still a puzzle. *Thorax* 1987; 42: 321-331.
3. Mañá J, Pujol R, Salazar A, Morera J, Fité E, Badrinas F. La prueba de Kveim-Siltzbach en la sarcoidosis. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 645-647.
4. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, Du Bois R et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1999; 16: 149-173/*Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 736-755.
5. Judson M, Moller D, Newman L, Rossman M, Teirstein A. A case control etiologic study of sarcoidosis (ACCESS). *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1999; 16 (Supl 1): 7.
6. Teirstein AS. Kveim antigen: what does it tell us about causation of sarcoidosis? *Semin Respir Infect* 1998; 13: 206-211.
7. Zajicek JP, Scolding NJ, Foster O, Rovaris M, Evanson J, Moseley IF et al. Central nervous system sarcoidosis -diagnosis and management. *Q J Med* 1999; 92: 103-117.
8. Mañá J. Sarcoidosis. *Med Clin (Barc)* 2001; 106: 307-311.
9. Du Bois R, Geddes DM, Mitchell DN. Moratorium on Kveim tests. *Lancet* 1993; 342: 173.



Detección de eosinófilos en procesos alérgicos mediante la tinción de Hansel

Sr. Editor: En el reciente artículo de Redondo Granado et al¹, se menciona la utilidad de la detección de eosinófilos en el raspado de la superficie conjuntival para el diagnóstico de la conjuntivitis alérgica, tras teñir la muestra «con Giemsa o cualquier otro colorante común». Hasta hace poco tiempo, en los estudios citoló-

gicos para detectar eosinófilos se han utilizado las tinciones de Giemsa o de Wright o las modificaciones panópticas de May-Grünwald-Giemsa o de Wright-Giemsa². Sin embargo, en 1986 la aplicación del método de tinción de Hansel –previamente empleado en secreciones bronquiales– al estudio de eosinófilos en orina demostró tener una sensibilidad cinco veces superior a la tinción de Wright³. Esta superioridad, comprobada al estudiar la eosinofilia en el diagnóstico de la nefritis intersticial⁴, ha hecho que la tinción de Hansel sea adoptada por la mayoría de los autores como método más idóneo para la detección y cuantificación de eosinófilos en procesos alérgicos, tanto en orina y secreciones nasales y conjuntivales como en lavados bronquiales y alveolares y esputos.

En el diagnóstico de la conjuntivitis alérgica, donde la presencia de un solo eosinófilo es significativa y en ocasiones resulta difícil su detección, debido a la menor presencia de eosinófilos en capas superficiales respecto a las más profundas de la conjuntiva⁵, es importante utilizar un método de tinción que posea la mayor sensibilidad posible, como puede ser el de Hansel respecto a los basados en las tinciones de Giemsa o de Wright. Su empleo permitiría incluso revisar la frecuencia de detección de eosinófilos en extensiones conjuntivales, que Redondo Granado et al señalan entre el 20 y el 80% basándose en el estudio publicado por Abelson et al⁶ en 1983, antes de la introducción del método de Hansel.

Aunque Hansel⁷ publicó en 1953 su método y se recomienda en numerosas publicaciones, actualmente su metodología es poco conocida, limitándose los autores casi siempre a citar el reactivo comercializado por una firma estadounidense. Esto puede comprobarse también en publicaciones españolas sobre procesos alérgicos, así como en alguna página web americana referida a la detección de eosinófilos en orina. Indudablemente el desconocimiento de su metodología es la causa de su escasa utilización. Para evitar este inconveniente, intentamos divulgar hace unos años esta tinción sencilla, de escaso coste e indudable utilidad clínica, publicando una revisión detallada en la *Revista de Diagnóstico Biológico*⁸ que ponemos a disposición de quienes puedan necesitarla.

Fernando López Azorín

Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.

1. Redondo Granado MJ, Del Olmo Tornero A, Hererras Cantalapiedra JM. Alergia conjuntival: formas clínicas. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 350-354.
2. Meltzer EO. Evaluating rhinitis: clinical, rhinomanometric and cytologic assessment. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 82: 900-908.
3. Nolan CR III, Anger MS, Kelleher SP. Eosinophilia –a new method of detection and definition of the clinical spectrum. *N Engl J Med* 1986; 315: 1516-1519.
4. Corwin HL, Bray RA, Haden MH. La detección e interpretación de urine eosinophils. *Arch Pathol Lab Med* 1989; 113: 1256-1258.
5. Friedlaender MH. Management of ocular allergy. *Ann Allergy Asth Immunol* 1995; 75: 212-222.
6. Abelson MB, Madiwale N, Weston JH. Conjunctival eosinophils in allergic ocular disease. *Arch Ophthalmol* 1983; 101: 555-556.
7. Hansel FK, editor. *Clinical allergy*. San Luis: CV Mosby Co., 1953.
8. López F, Quiles F, Jiménez B, Llorca I. Tinción de Hansel para eosinófilos. *Rev Diagn Biol* 1997; 46: 41-44.