

a nuestros resultados y a que algunos aspectos de la fase preanalítica, que influyen marcadamente en la sensibilidad de estas pruebas⁶, no fueron protocolarizados (momento de la toma de la muestra o ciertas condiciones de su procesamiento). Sin obviar lo comentado, hemos de decir, que nuestra institución es un centro exclusivamente pediátrico lo cual puede explicar, al menos en parte, la sensibilidad obtenida. La población pediátrica al igual que la adulta presenta un pico de excreción viral durante los tres primeros días de la enfermedad, pero sus niveles absolutos de carga viral son mayores. Recientemente, en el XIV Congreso de la SEIMC 2010 se han presentado algunos trabajos similares al nuestro, con tamaños muestrales superiores y sensibilidades también del 66 y 70% en población pediátrica, superiores a la de adultos^{7,8}. Sin embargo, es difícil explicar el elevado valor de sensibilidad en el grupo de pacientes oncológicos. Gianella et al, describen en el congreso comentado anteriormente, que casi un tercio de los pacientes hospitalizados con la nueva variante presentan una excreción viral prolongada, más frecuentemente en pacientes inmunodeprimidos⁹ aunque no hemos hallado en la literatura referencias acerca de que su estado inmune favorezca cargas virales superiores frente a pacientes inmunocompetentes en igual fase clínica de infección gripal. Esta circunstancia junto con el hecho de que la población oncológica en estudio no era homogénea en cuanto al grado de inmunosupresión pudo sobreestimar la sensibilidad de la prueba. En cualquier caso la sensibilidad del test evaluado no permite interpretar un resultado negativo como ausencia de infección por la nueva variante en concordancia con otros estudios^{4,6}, siendo necesario considerar la administración de terapia empírica a la luz de una fuerte sospecha clínica de gripe, severidad de la sintomatología o enfermedad subyacente del paciente. Los porcentajes de falsos positivos son elevados, lo cual no sólo disminuye la especificidad, sino que genera VPP bajos. Con independencia de posibles errores en la lectura del test por el personal facultativo, deben considerarse los patrones locales de circulación de virus Influenza por tipo y subtipo que explicasen una cocirculación de varios subtipos en el período de estudio y un posible efecto competitivo que justifique los falsos positivos obtenidos. Además, sería necesario realizar cultivo viral para detectar la posible implicación de otros virus respiratorios que, especialmente en la población pediátrica, mimetizan una sintomatología similar¹⁰, exponiendo a los pacientes de no hacerse así a una terapia antiviral o medidas de prevención/aislamiento innecesarias hasta el conocimiento de un resultado definitivo por una técnica confirmatoria.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection-Mexico, March-April 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58:463-6.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: novel influenza A (H1N1) virus infections-worldwide, May 6, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58:453-8.
- World Health Organization. CDC protocol of real-time RT-PCR for swine influenza A (H1N1). Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/realtimeptcr/en/index.html>.
- Ginocchio CC, Zhang F, Manji R, Arora S, Bornfreund M, Falk L, et al. Evaluation of multiple test methods for the detection of the novel 2009 influenza A (H1N1) during the New York City outbreak. J Clin Virol. 2009;45:191-5.
- Reina J, Ferrés F, Marinescu C. Evaluación de un método antigénico rápido en el diagnóstico de gripe A (H1N1) pandémica en la población infantil. An Pediatr (Barc). 2010;72:357-72.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for the detection of novel influenza A virus using rapid influenza diagnostic test. Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/rapidtesting.html>.
- Viedma Moreno E, Acosta Barriga J, Rodríguez Otero J, Figueira MD. Utilidad del test rápido de detección antigénica BD Directigen EZ Flu A + B para el diagnóstico del virus Influenza A pandémico H1N1 2009 [Abstrac]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:43.
- García Bermejo I, García Hierro P, Martín Díaz A, Figueira D, González Torralba A. Evaluación de una prueba rápida para el diagnóstico presuntivo de la gripe pandémica 2009 por el virus AN (H1N1) [Abstrac]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:40.
- Gianella M, Padilla B, Catalán P, López Roa P, García Viedma D, Alonso M, et al. Persistencia de virus Influenza A (H1N1). A pandémico en pacientes hospitalizados [Abstrac]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:47.
- Buñuel Álvarez JC, González de Dios J, en nombre del Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (GT-PBE). Evidencias de la pandemia por virus influenza A (H1N1) [Editorial]. An Pediatr (Barc). 2009;71:379-82.

M. José González-Abad^{a,*}, Marciano Sánchez-Bayle^b,
Belén Hernández^a y Julia Cano^b

^a Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Sección de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjglezabad@yahoo.es (M.J. González-Abad).

doi:10.1016/j.eimc.2010.07.014

Prevalencia de *Candida dubliniensis* en un hospital terciario de Madrid

Prevalence of *Candida dubliniensis* in a tertiary hospital in Madrid

Sr. Editor:

El género *Candida* puede causar infecciones oportunistas en el ser humano¹, aunque sólo algunas especies son patógenas. En el año 1995 se relacionó *Candida dubliniensis* (*C. dubliniensis*) con candidiasis orales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)² y, en ocasiones, aparecían resistencias a fluconazol³; sin embargo, la ausencia de coinfección por VIH, coincide con el incremento de aislamientos de *C. dubliniensis* procedentes de muestras de pacientes no infectados por VIH⁴. Existen pocos estudios acerca de la prevalencia de *C. dubliniensis* en España⁵, si bien, se reconoce como un constituyente minoritario de la microbiota oral humana. Representa un 7% de las candidemias⁶ y

se aísla en todo tipo de muestras clínicas, destacando la cavidad oral o la mucosa vaginal. Debido a su parecido fenotípico con *Candida albicans* (*C. albicans*) en medios cromógenos se han desarrollado sistemas más precisos de identificación, como la aglutinación con partículas de látex Bichro-Dubli® (Fumouze Diagnostics, Levallois-Perret, Francia), que permite diferenciar ambas especies de manera sencilla y ágil⁷.

Los objetivos de este estudio son determinar, prospectivamente, la prevalencia de *C. dubliniensis* entre las especies *a priori* identificadas como *C. albicans* en muestras clínicas procesadas en un hospital terciario de Madrid y valorar las diferencias con *C. albicans* en la sensibilidad *in vitro* a los antifúngicos más empleados.

Se analizaron las muestras remitidas, durante los meses de octubre a diciembre de 2009, al Servicio de Microbiología del Hospital Universitario La Paz, para cultivo de hongos. Se seleccionaron 129 cultivos consecutivos, procedentes de 100 pacientes, como aislamientos presuntivos de *C. albicans/C. dubliniensis* debido a la tonalidad verdosa de sus colonias en agar CHROMagar *Candida* (Tec-Laim S.A., España). De cada aislamiento se analizaron 3-5 colo-

nias mediante aglutinación con látex Bichro-Dubli®. A todos los aislamientos identificados como *C. dubliniensis*, así como a los 2 de *C. albicans* clínicamente significativos (procedentes de hemocultivo y bilis) se les realizó estudio de sensibilidad frente a anfotericina B, anidulafungina, micafungina, caspofungina, posaconazol, voriconazol, itraconazol, fluconazol y 5-fluorocitosina, mediante el sistema Sensititre Yeast One® 09 (Trek Diagnostic Systems, UK). *C. dubliniensis* se identificó en 4 muestras respiratorias, procedentes de pacientes adultos derivados de diversas áreas hospitalarias y sin coinfección por VIH. Dichos aislamientos fueron sensibles a todos los antifúngicos analizados según criterios del *Clinical and Laboratory Standard Institute* (CLSI), presentando un rango de concentraciones mínimas inhibitorias frente a fluconazol de 0,125-1,0 µg/mL. Entre las cepas estudiadas de *C. albicans* no se encontró una mayor tasa de resistencia a fluconazol, a diferencia de lo descrito por otros autores⁸; tampoco se hallaron diferencias de sensibilidad con otros aislamientos clínicos previos de *C. dubliniensis* no incluidos en el estudio (datos no publicados). La prevalencia observada de los aislamientos identificados previamente como *C. albicans* fue del 3% (IC 0,95-7,97), inferior a lo observado por otros autores, que hallaron una prevalencia de *C. dubliniensis* en candidemias del 7%. Sin embargo, en nuestra serie, no se pudo identificar ningún aislamiento en hemocultivo, todos provinieron de vías respiratorias y su papel fue probablemente más como colonizador que como verdadero patógeno.

La prevalencia de *C. dubliniensis* en España no es muy elevada y los aislamientos no mostraron diferencias de sensibilidad frente a los antifúngicos habituales en comparación con *C. albicans*. No obstante, se requieren más estudios para obtener conclusiones en este punto, dado el bajo número de especímenes analizados.

Agradecimientos

A Mercedes Durán y Rocío Hernando por su colaboración y apoyo en la realización del estudio.

Bibliografía

1. Marie I, Hachulla E, Chérin P, Hellot MF, Herson S, Levesque H, et al. Opportunistic infections in polymyositis and dermatomyositis. *Arthritis Rheum*. 2005;53:155-65.
2. Sullivan DJ, Werterneng TJ, Haynes KA, Bennett DE, Coleman DC. *Candida dubliniensis* spp. nov.: phenotypic and molecular characterization of a novel species associated with oral candidosis in HIV-infected individuals. *Microbiology*. 1995;141:1507-21.
3. Moran GP, Sullivan DJ, Henman MC, McCreary CE, Harrington BJ, Shanley DB, et al. Antifungal drug susceptibilities of oral *Candida dubliniensis* isolates from human immunodeficiency virus(HIV)-infected and non-HIV-infected subjects and generation of stable fluconazole-resistant derivatives *in vitro*. *Antimicrob Agents Chemother*. 1997;41:617-23.
4. Sullivan D, Haynes K, Bille J, Boerlin P, Rodero L, Lloyd S, et al. Widespread geographic distribution of oral *Candida dubliniensis* strains in human immunodeficiency virus-infected individuals. *J Clin Microbiol*. 1997;35:960-4.
5. Ceballos A, Gaitán LA, Ruesga MA, Ceballos L, Quindós G. Prevalencia de lesiones orales por *Candida* en una población con sida sometida a terapia antirretroviral altamente activa. *Rev Iberoam Micol*. 1998;15:141-5.
6. Jabra-Rizk MA, Johnson JK, Forrest G, Mankes K, Meiller TF, Venezia RA. Prevalence of *Candida dubliniensis* fungemia at a large teaching hospital. *Clin Infect Dis*. 2005;41:1064-7.
7. Sahand IH, Ortiz R, Pemán J, Moragues MD, Quindós G, Pontón G. Identificación rápida de *Candida dubliniensis* mediante la prueba de Bichro-Dubli®. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:576-8.
8. Marcos-Arias C, López J, Sahand IH, Eguía A, De-Juan A, Madariaga L, et al. Isolation of *Candida dubliniensis* in denture stomatitis. *Arch Oral Biol*. 2009;54:127-31.

Cristina García-González*, Ana María Mehlis y Julio García-Rodríguez

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisigg@hotmail.com (C. García-González).

doi:10.1016/j.eimc.2010.07.010

¿Yo con sífilis y tú con sida?

Me with syphilis and you with aids?

Sr. Editor:

La sífilis, al compartir con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) una de las principales vías de transmisión, ha estado desde los inicios de la epidemia, íntimamente ligada a su evolución siendo la co-infección de ambas un hecho bien conocido^{1,2}. Al igual que otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), su frecuencia disminuyó en las épocas en las que el VIH tenía una elevada mortalidad ya que, a falta de una terapia eficaz, se disponía de la prevención como única arma terapéutica. Desde que el tratamiento anti-retroviral (TAR) ha conseguido el control inmunoviroológico de la infección por VIH, estamos asistiendo a un preocupante rebrote de esta vieja enfermedad^{3,4}. Recientemente González López et al⁵ han publicado una serie de 347 pacientes con sífilis activa, atendidos durante un período de 5 años (69 casos por año), de los que el 49% se conocían portadores del VIH antes de desarrollar la sífilis.

Revisando los datos de las serologías luéticas positivas en nuestro hospital (*Rapid Plasma Reagin* [RPR], *Fluorescent Treponemal Antibody* [FTA] y anticuerpos IgG anti-*treponema pallidum*), observamos que sólo durante el año transcurrido entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009 se diagnosticaron 68 episodios de sífilis, siendo 61 de ellos en pacientes con infección por VIH. Cuarenta y siete conocían ya que eran portadores del VIH, con una

media de 6,5 años de infección, y en 14 el diagnóstico se realizó de forma simultánea. La edad media \pm desviación estándar fue 41 ± 10 años (r : 21-74) y 62 (91%) eran varones. De ellos, 55 (81%) habían adquirido ambas infecciones mediante relaciones homosexuales. Treinta y ocho (56%) eran españoles y el resto inmigrantes, fundamentalmente de Latinoamérica (22, 32%) y Guinea Ecuatorial (4, 6%). En cuanto a las manifestaciones clínicas, se diagnosticó sífilis primaria en tres pacientes (4,4%) en los que se evidenció el chancro de inoculación, sífilis secundaria en 30 (44,1%) que consultaron por manifestaciones clínicas y serológicas compatibles (fundamentalmente fiebre y exantema) y sífilis latente de duración indeterminada en 34 (50%). Sólo se diagnosticó neurosífilis en un paciente que presentaba fiebre, cefalea y alteraciones del nivel de conciencia con pleocitosis, hiperproteínoorraquia y RPR positivo en líquido cefalorraquídeo.

Lo primero que llama la atención al analizar los datos, es el alto número de casos en los que existía co-infección por el VIH (61 pacientes). Este dato, sin embargo, no traduce la realidad epidemiológica de la sífilis porque en nuestras consultas se atiende mayoritariamente a población con VIH y la búsqueda de la sífilis se hace de forma activa cada vez que un paciente nuevo acude para realizar seguimiento. Por otro lado, el 77% de los coinfectados se sabían ya portadores del VIH y a pesar de ello, mantuvieron relaciones sexuales sin preservativo, de tal forma que ellos adquirieron sífilis y la pareja sexual pudo ponerse en riesgo de adquirir el VIH. Es bien conocido que en determinados círculos se practica el *serosorting* (escoger parejas sexuales que tengan el mismo