



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Melioidosis: ¿una enfermedad esporádica o emergente en Colombia?



Melioidosis: A sporadic or an emerging disease in Colombia?

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Guzmán-Gómez et al.¹, donde reportan un caso importado desde Colombia hacia España de melioidosis, en el cual se realizó el diagnóstico por cultivo y secuenciación de genes de *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*) en un hombre de 28 años que dos semanas antes había regresado de un viaje de un mes de duración a la selva colombiana. En virtud de ello, quisiéramos discutir y complementar algunos aspectos que

destacan en torno a la epidemiología de la melioidosis en Colombia así como su impacto en la salud pública y en la medicina del viajero.

Melioidosis es una enfermedad de origen bacteriano con manifestaciones clínicas diversas, fluctuando desde su presentación asintomática hasta sepsis y falla multiorgánica, siendo la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, el principal diagnóstico diferencial de la misma^{2,3}. Melioidosis es endémica en Asia, el norte de Australia, Tailandia, Singapur, Malasia, Burma y Vietnam. En Tailandia la incidencia es de 4,4/100.000 y causa un 19% de los casos de neumonía adquirida en la comunidad. En el norte de Australia es la causa más común de neumonía bacteriémica⁴. En países como China, Brunei y Cambodia hay múltiples reportes de casos y un número considerable de casos exportados, por lo cual se les consideran países posiblemente endémicos. En Latinoamérica, en

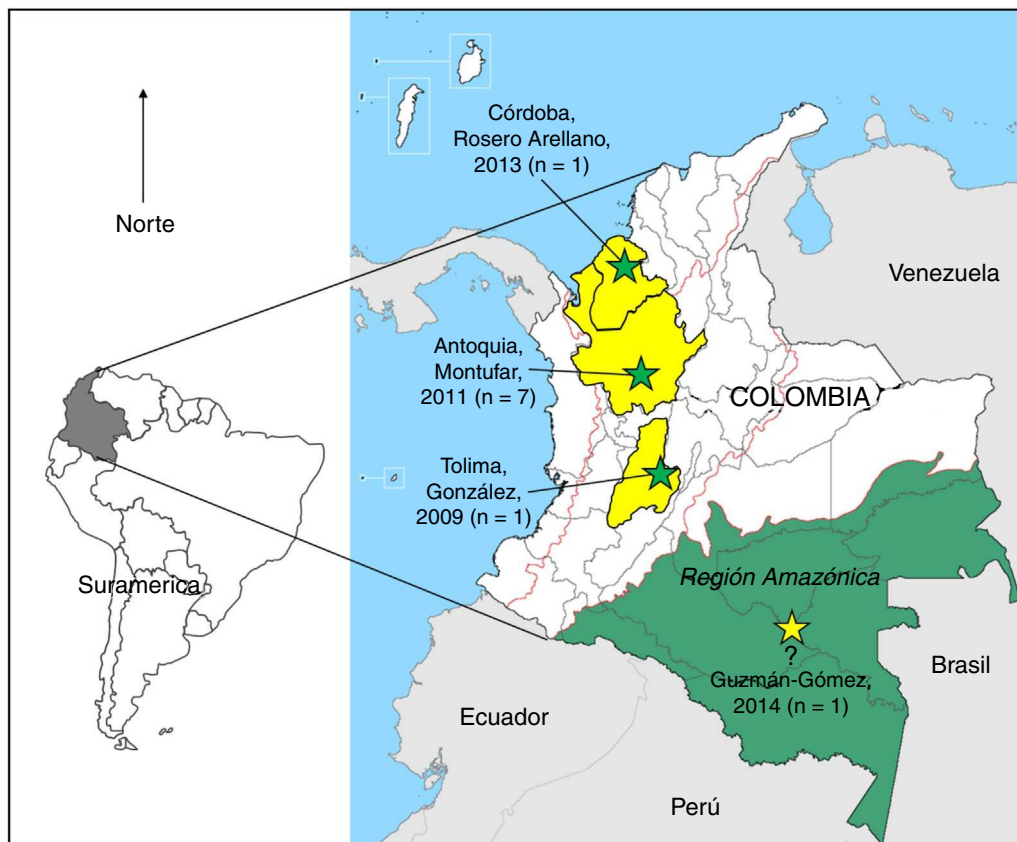


Figura 1. Distribución geográfica (departamentos) de los casos reportados de melioidosis originarios en Colombia, 2009–2014.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.06.003>

Ecuador, Brasil, Panamá, El Salvador, Venezuela y Colombia se han reportado casos esporádicos^{3,5}. Es de gran importancia considerar que los estudios indican que la mayor parte de las exposiciones a *B. pseudomallei* no generan una infección activa. Está en estudio la teoría de que los expuestos generan un foco bacteriano latente y quedan en riesgo de desarrollar una fase activa. En concordancia se han reportado casos de personas que desarrollaron la enfermedad muchos años después de la exposición^{2,3}.

En el caso recientemente reportado¹, es interesante que provenga de Colombia, dado que como mencionan los autores solamente se refirieron casos esporádicos en dicho país citados verbalmente, lo cual lleva a revisar un poco más en profundidad acerca de la epidemiología de la melioidosis en nuestro país. Hasta septiembre de 2014, después de una exhaustiva búsqueda en diferentes bases de datos, se han reportado 10 casos en Colombia, con aislamiento de *B. pseudomallei*, 7 de los cuales corresponden a un estudio realizado en Antioquia (fig. 1) en 2011, de los cuales 4 presentaron formas bacteriémicas con shock y compromiso pulmonar y dos de ellos fallecieron. En este reporte de casos también hay formas no bacteriémicas con compromiso osteoarticular, tracto genitourinario y compromiso abdominal. Todos ellos con comorbilidades importantes y residentes en áreas húmedas y cálidas⁶. En 2009 se reportó en un soldado de 22 años de Tolimaida, Tolima (fig. 1), que cursó con neumonía multilobar, artritis de codo derecho y osteomielitis de tibia ipsilateral, con crecimiento de *B. pseudomallei* en los cultivos del drenaje de la colección y en los hemocultivos⁷. En 2013 se notificó el caso de un agricultor de 36 años de Córdoba (fig. 1), con neumonía crónica con cultivo de *B. pseudomallei*⁸. Con el caso de Guzmán-Gómez et al.¹ se totalizan 10 casos originarios en Colombia.

Frente al caso en cuestión y lo reportado hasta el momento es difícil considerar que Colombia se clasifique como país endémico de melioidosis. Sin embargo es importante revisar con cuidado los casos reportados hasta el momento de forma exhaustiva, no identificados por Guzmán-Gómez et al.¹, dado que solo revisaron PubMed. Más aún la poca especificidad del origen del caso «selva en Colombia», lo cual podría corresponderse en realidad con la región Amazónica del país (fig. 1), 41% del territorio nacional incluyendo los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada. Concordamos en que Colombia es un país con gran riqueza selvática la cual se encuentra distribuida en diversos pisos térmicos, y que *B. pseudomallei* se presenta con mayor frecuencia en zonas húmedas, especialmente en regiones de lluvias monzonales y con la exposición al agua y lodo particularmente de campos de cultivos de arroz inundados, por lo cual, dicha región, de donde previamente no se han reportado casos sería compatible con la ecología de la melioidosis, pero la especificación del municipio y/o departamento de exposición es de gran relevancia para ser más preciso en un futuro e identificar zonas de riesgo. Esto por ejemplo puede ayudar a priorizar estudios de muestreos ambientales que busquen aislar *B. pseudomallei* en dichas zonas, así como estudios seroepidemiológicos⁹.

Este artículo nos permitió generar una discusión acerca de la epidemiología de la melioidosis en Colombia, puesto que al asumirse una mínima presentación de la misma en el territorio nacional

puede haber sido subestimada, lo cual a su vez hace evidente la necesidad de implementar las herramientas diagnósticas específicas que permitan un adecuado diagnóstico de la enfermedad y aumentar el nivel de conocimiento por parte del personal de salud, más aún tener en cuenta los recientes criterios clínicos para definir la melioidosis¹⁰.

Para concluir, ante la revisión se abre paso la inquietud de si es Colombia un país con casos esporádicos de melioidosis o si esta es una enfermedad emergente o más aún una enfermedad endémica. Para ello es necesario implementar medidas que aporten a un diagnóstico acertado de dicha entidad teniéndola en cuenta como diagnóstico diferencial ante la presentación de sintomatología típica y llevar a cabo los adecuados procesos diagnósticos en los que es necesario incluir aislamiento y serotipificación para confirmar su presencia y tomar las medidas necesarias en beneficio de la salud pública, la infectología y de la medicina del viajero.

Bibliografía

1. Guzmán-Gómez L, Agudo Bilbao M, Peiro-Callizo E, Salas C. Melioidosis importada desde Colombia a España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;**33**:214–6.
2. Limmathurotsakul D, Peacock SJ. Melioidosis: a clinical overview. *Br Med Bull.* 2011;**9**:125–39.
3. Cheng AC, Currie BJ. Melioidosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *Clin Microbiol Rev.* 2005;**18**:383–416.
4. Suputtamongkol Y1, Chaowagul W, Chetchotisakd P, Lertpatanasuwun N, Intaranongpai S, Ruchtrakool T, et al. Risk factors for melioidosis and bacteremic melioidosis. *Clin Infect Dis.* 1999;**29**:408–13.
5. Inglis TJ, Rolim DB, Sousa Ade Q. Melioidosis in the Americas. *Am J Trop Med Hyg.* 2006;**75**:947–54.
6. Montufar F, Ochoa Acosta J, Ortega H, Franco L. Melioidosis in Colombia. An emerging disease. *Chest.* 2011;**140**(4.MeetingAbstracts):753A.
7. González G, Mantilla WA, Rada R. Neumonía y osteomielitis por *Burkholderia pseudomallei*, reporte de un caso clínico. *Rev Med.* 2009;**17**:146–9.
8. Rosero Arellano CH, Gómez G, Gutiérrez Sanjuán OI. Tos y disnea de seis años de evolución en un adulto joven con melioidosis pulmonar crónica. *Medicina & Laboratorio.* 2013;**19**:1–8.
9. Peacock SJ, Cheng AC, Currie BJ, Dance DA. The use of positive serological tests as evidence of exposure to *Burkholderia pseudomallei*. *Am J Trop Med Hyg.* 2011 Jun;**84**:1021–2.
10. Cheng AC, Currie BJ, Dance DA, Funnell SG, Limmathurotsakul D, Simpson AJ, et al. Clinical definitions of melioidosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;**88**:411–3.

Katherinn Melissa Nasner-Posso^a,
Stefania Cruz-Calderón^a, Alfonso J. Rodríguez-Morales^{a,*}
y Franco E. Montufar-Andrade^b

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

^b Sección de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Antioquia, Colombia

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.013>