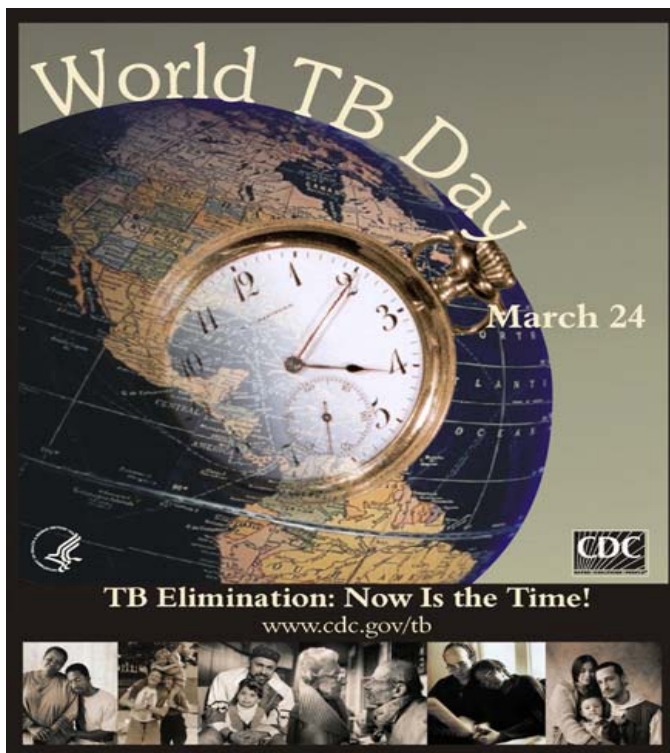


S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Boletín Electrónico
editado por la Comisión de Emergentes de la
Sociedad Argentina de Infectología



IV CONGRESO SADI 2004

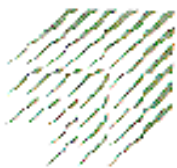
www.sadi.org.ar

Año 2. Número 13 MARZO 2004

Calendario de Congresos.....	2
Noticias Breves.....	4
Artículo publicado: Comentario.....	9
Artículo Destacado: TBC.....	10
Haga su diagnóstico.....	13

Comité de Redacción:
Dr. Marcelo Blumenfeld
Dr. Javier Desse
Dr. Jorge Gentile
Dra. Claudia Checa Cabot





S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Congresos:

IV CONGRESO ARGENTINO. SADI 2004.
MAR DEL PLATA 7 - 9 MAYO

SIMPOSIO INTERNACIONAL "ENFERMEDADES VIRALES EMERGENTES
Y ESTRATEGIAS DE EVASIÓN INMUNE"

UNIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE MICROBIOLOGÍA,
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MICROBIOLOGÍA, SOCIEDAD
ARGENTINA DE VIROLOGÍA.
BUENOS AIRES, 16 DE ABRIL DE 2004

Mayo 01 al 04

14th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases
Prague, Czech Republic

Mayo 02 al 07

ICAR 2004: 17th International Conference on Antiviral Research
Tucson, AZ, United States

Mayo 05 al 06

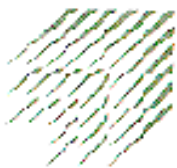
Syndromic Surveillance Forum
Washington, DC, United States

Mayo 09 al 13

4th International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases (ISPPD-4)
Helsinki, Finland

Mayo 10 y 11

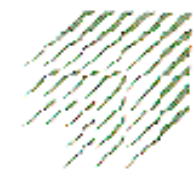
14th Annual Clinical Care of the Patient with HIV Infection
Baltimore, MD, United States



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Mayo 14 y 15
HIV Management 2004: The New York Course
New York, NY, United States

Mayo 26 al 28
22 Annual Meeting of the European Society for Pediatric Infectious Diseases - ESPID
Tampere, Finland



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Noticias Breves

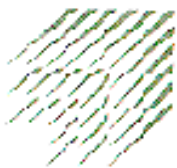
Fracaso Terapéutico con Azitromicina en el tratamiento de la Sífilis.

El Departamento de salud Pública de San Francisco (SFPHD, siglas en inglés) está investigando algunos casos de falla clínica en pacientes con sífilis tratados con azitromicina. Se recomienda restringir la indicación de azitromicina para el tratamiento de la sífilis primaria o en periodo de incubación, hasta tanto se esclarezcan los riesgos y mecanismos de falla.

La sífilis se ha incrementado en EEUU desde el año 2000, particularmente en San Francisco que en el 2002 tuvo una de las tasas más altas de sífilis primaria y secundaria. Para facilitar el tratamiento de la sífilis temprana, algunos programas de control de enfermedades administraron el régimen de dosis única vía oral con azitromicina a los pacientes con sífilis primaria y sus contactos. La eficacia del mismo fue documentada en algunos estudios pequeños en sífilis primaria o en incubación en pacientes no HIV, considerando más conveniente la dosis oral que la administración intramuscular de penicilina benzatinica recomendada por el CDC.

En abril de 2003 se alerta al SFDPH de la falla al tratamiento con azitromicina en sífilis primaria de un paciente y la información sobre otros 7 posibles casos, desde septiembre de 2002 a julio de 2003. La edad media de los pacientes era de 34 años (23 - 39 años), 7 eran blancos y 1 asiático-americano, todos de sexo masculino y homosexuales. cinco fueron HIV positivos y la media de contactos sexuales los 90 días previos al contacto fue 3 (2 a 100).

La falla al tratamiento fue bien documentada en 3 pacientes con úlceras (2 de pene y 1 oral). Luego del tratamiento con azitromicina uno de los pacientes con úlcera de pene presentaba microscopia de campo oscuro positiva 5 días posteriores al tratamiento, el otro paciente con úlcera peneana fue positivo durante las 5 semanas siguientes al tratamiento y la úlcera oral empeoró durante los 18 días subsiguientes. Otros 5 pacientes, contactos de sífilis temprana, que fueron asintomáticos y seronegativos recibieron 1 gramo de azitromicina vía oral y seroconvirtieron o evolucionaron a sífilis. Uno de ellos consultó 11 días posteriores al tratamiento con ulcera de pene, los otros 4 pacientes también consultaron por síntomas (rash en 2 casos y úlcera de pene en 1) o seroconversión (reaginas rápidas en plasma: 1:128) 6 - 12 semanas



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

posteriores al tratamiento. Todos los pacientes fueron tratados luego con penicilina benzatinica o doxiciclina y respondieron clínica y serológicamente.

El SFDPH y otros centros colaboradores continúan investigando el mecanismo molecular que confiere resistencia a la azitromicina, ya que está descripta la resistencia del *Treponema pallidum* a la eritromicina. Hasta conocer el mecanismo de falla el CDC recomienda la penicilina como tratamiento de elección para la sífilis, sin embargo se debe considerar la dosis de 2 gramos de Azitromicina en alérgicos a la Penicilina que puedan realizar un seguimiento cercano y no sean HIV positivos

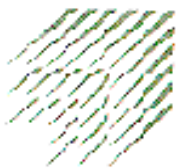
Fuente: MMWR, Marzo 12 de 2004, Vol. 53, No:9

Efectos de los nuevos puntos de corte para S.pneumoniae

En enero de 2003 el Comité Nacional de estandarización de Laboratorios Clínicos (NCCLS, siglas en inglés) finalizó los nuevos puntos de corte de susceptibilidad para *Streptococcus pneumoniae* para Cefotaxime y Ceftriaxone. Los puntos de corte anteriores se basaron en la concentración de estos antibióticos en LCR y los niveles en los que existe falla de tratamiento por elevación de la concentración inhibitoria mínima (CIM). Los nuevos cortes difieren cuando el aislamiento del *S.pneumoniae* proviene de una meningitis que cuando causa un síndrome no meníngeo. Para analizar el efecto de estos nuevos cortes en el informe de no-susceptibilidad de *S. pneumoniae*, el CDC evaluó los datos de CIM para Cefotaxime del Grupo Activo de Vigilancia Bacteriana (ABCs, en inglés) del Programa de Infecciones Emergentes desde 1998 a 2001. En ese artículo se resumen los resultados del análisis, que indican que luego de la aplicación de los nuevos cortes de susceptibilidad, el número de aislados definidos como no susceptibles a Cefotaxime disminuyó 52,1% - 61,2% por año.

Los informes de resultados de laboratorio deben incluir la interpretación usando los nuevos puntos de corte para meningitis y síndromes no meníngeos para todos los aislamientos que no provengan de LCR.

Durante 1998-2001 los ABCs de ocho estados (California, Connecticut, Georgia, Maryland, Minnesota, New York, Oregon y Tennessee) llevaron a cabo un seguimiento de las enfermedades invasivas por *S pneumoniae*. El rango de la población estudiada fue de aproximadamente 17,4 millones en 1998 a 18,6 en 2001. Se definía como caso de enfermedad neumocócica



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

invasiva al aislamiento de *S. pneumoniae* de cualquier sitio normalmente estéril en un residente en el área de seguimiento. Los test de sensibilidad se llevaron a cabo en laboratorios de referencia usando los métodos del NCCLS. Se consideraban no susceptibles si tenían criterios de Sensibilidad Intermedia o Resistente por CIM.

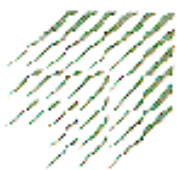
Los primeros puntos de corte (CIM) para Cefotaxime y Ceftriaxone eran: **Sensible** \leq a 0,5, **Intermedio** 1 y **Resistente** \geq a 2 mcg/ml para todos los *S.pneumoniae* (todos los focos). Con los Nuevos cortes, cuando el aislamiento sea de LCR u otro sitio pero se sospeche meningitis mantiene los valores viejos, pero en aislamientos en síndromes no meníngeos los valores son: **S: \leq 1, I: 2 y R: \geq a 4 mcg/ml** respectivamente.

Durante 1998 - 2001 el numero de neumococos aislados anualmente estaban en un rango de aproximadamente 3.128 a 3.961. El 95,6% de los aislados fueron responsables de síndromes clínicos no meníngeos como neumonía bacteriémica. El porcentaje de los aislados causantes de meningitis fue de 4,4% en 1998 a 5,5% en 2000.

De los aislados responsables de Síndrome no meníngeo el rango de no susceptibles a Penicilina fue de 24,3% en 1998 a 26,55 en 2000, siendo este número consistentemente mas elevado en los causantes de meningitis. Aplicando los primeros puntos de corte para Cefotaxime o Ceftriaxone en los aislamientos de *S.* no meníngeos, fueron no susceptibles 13,8% en 1998 y 16,7% en 2000. Siendo considerablemente superior entre los causantes de meningitis.

Cuando se aplican los nuevos puntos de corte los porcentajes de no susceptibles causantes de enfermedad invasiva no meníngea disminuyen un 5,6% a 7,4%, sin embargo los no susceptibles causantes de meningitis permanecen sin cambio por lo tanto la no-susceptibilidad a Cefotaxima en todos los aislados osciló entre el 6.4 y el 8.1 % lo cual da una disminución anual del 52.1 al 61.2 % en las tasas de no-susceptibilidad.

Fuente: MMWR, Febrero 2004 / 53(07);152-154



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

*Notificación de casos confirmados de enfermedades emergentes
27 de Febrero a 26 de Marzo de 2004 Fuente: Epinoticias -
Ministerio de Salud R.A.*

<i>Diagnóstico</i>	<i>Fecha Inicio</i>	<i>Iniciales nombre</i>	<i>Edad años</i>	<i>Sexo</i>	<i>Municipio</i>	<i>Provincia</i>
Hantavirus	S/D	BR	32	M	Neuquen	Neuquen
Hantavirus	9/03/04	OJ	47	M	Gobernador Gregores	Santa Cruz
Hantavirus	29/02/04	AA	35	F	Florencio Varela	Bs. As.
Hantavirus	S/D	AL	S/D	M	Río Pico	Chubut
Hantavirus	S/D	QVD	S/D	S/D	Glew	Bs. As.
Hantavirus	15/03/04	RJC	41	M	Olavarría	Bs. As.

Notificación de brotes

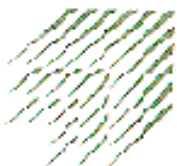
<i>Diagnóstico</i>	<i>Fecha del parte</i>	<i>Casos acumulados</i>	<i>Municipio</i>	<i>Provincia</i>
Dengue	1/03/04	12	Ledesma	Jujuy
Dengue	1/03/04	2	San Pedro	Jujuy
Dengue	1/03/04	1	Santa Bárbara	Jujuy

Jujuy: Dengue

Autoridades Sanitarias de la provincia de Jujuy en el informe emitido el 15 de marzo de 2004 (SE11) notifican un total de 34 casos acumulados de dengue en el año 2004, 25 de ellos autóctonos. Todos fueron confirmados por el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino (INEVH).

Los casos están relacionados al intenso movimiento de personas, por razones fundamentalmente laborales (trabajadores golondrinas) entre zonas de brote del norte de la provincia de Salta y localidades de producción agropecuaria de la Provincia de Jujuy, la localización geográfica de los casos corresponde a localidades situadas sobre la ruta Nacional N° 34.

En todos los casos se procedió a efectuar bloqueo químico inmediato, educación, destrucción de criaderos y eliminación de larvas.



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Notificaciones de Casos de Dengue año 2004, Provincia de Jujuy.

Casos Importados.			Casos Autóctonos.		
Localidad	Nº	Serotipo	Localidad	Nº	Serotipo
Chilicán.	1	(DEN 3)	Libertador.	1	(DEN 3)
Monterrico.	1		San Pedro.	2	
El Tallar	1		Yuto.	22	
S. S. de Jujuy	1				
San Pedro.	2				
Libertador.	3				

Fuente: Área Epidemiología. Ministerio de Bienestar Social de Jujuy. 09-03-04

Actualización sobre la influenza aviar

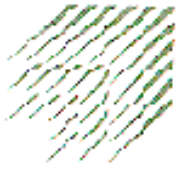
Desde inicios de diciembre de 2003, ocho países y territorios de la región asiática (Camboya, China, Indonesia, Japón, Laos PDR, República de Corea, Tailandia y Vietnam) han confirmado la existencia de brotes de influenza aviar, subtipo H5N1 en diferentes especies de aves a la Organización Mundial de Salud Animal (OIE).

Desde principios de febrero de 2004, no se han notificado brotes en países adicionales; y algunos países como Vietnam y China no han vuelto a notificar nuevos brotes desde mediados de febrero. Dos países de esta Región han confirmado la ocurrencia de casos por el virus aviar subtipo H5N1 en humanos (Tailandia y Vietnam), con un total de 34 casos en humanos y 23 muertes. El número de casos en humanos no ha variado respecto a la última actualización (18 de marzo).

Se estima que más de 100 millones de aves han muerto o han sido sacrificadas en Asia siguiendo las medidas contempladas por la OIE para la eliminación de la enfermedad. Dos países han utilizado la vacunación como medida adicional para el control de la enfermedad (Indonesia y China). Además en Pakistán, se han combinado las medidas de eliminación y vacunación para el control del actual brote producido por el virus de la influenza aviar, subtipo H7N3.

Otros países de diferentes regiones del mundo han detectado brotes de influenza aviar en aves por subtipos distintos al que circula en Asia. Canadá y Estados Unidos han intensificado la vigilancia en aves y han adoptado medidas de eliminación masiva de aves si se confirmaba alguna cepa de alta patogenicidad.

Fuente: Boletín EER, OPS



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Trypanosoma cruzi en personas sin evidencias serológicas de enfermedad

Oscar A Salomone y colaboradores (Hospital Privado Centro Médico Córdoba) *Emerg. Infect. Dis.* 2003;9:1558 - 61

Si bien la etapa crónica de la enfermedad de Chagas se caracteriza por hallazgos serológicos y baja parasitemia, el desarrollo de PCR ha permitido la detección de *T. cruzi* en un mayor número de pacientes con enfermedad crónica. (21% a 100%)

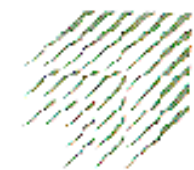
Los autores determinaron la prevalencia y las características clínicas de personas con serología negativa y ADN de *T. cruzi* detectado por PCR en una población de alto riesgo para tripanosomiasis americana.

Se estudiaron 194 pacientes, 110 de zona urbana y 84 de zona rural, con PCR para ADN nuclear de *T. cruzi* y 3 pruebas serológicas. IFI; IHA; ELISA. 41%. (80) de los pacientes, no cumplían criterios serológicos de Chagas y 34 (17%) tenían parasitemia por PCR. De los pacientes seronegativos, 12 (15%) tenían PCR positiva (3 de ellos con clínica compatible con miocardiopatía chagásica)

Estos hallazgos podrían explicarse por infección reciente no reconocida aún por el sistema inmune, o infección crónica con respuesta humoral inexistente o no detectable por metodología convencional.

En suma, los autores hallan una prevalencia de 15% de DNA de *T. cruzi* en una población seronegativa de área endémica.

Estos hallazgos llevan a replantear las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad crónica basados en la serología así como el manejo de los bancos de sangre.



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Artículo destacado

TUBERCULOSIS: Reporte OMS

Las tasas de tuberculosis farmacorresistente son diez veces mayores en Europa Oriental y Asia Central que en el resto del mundo

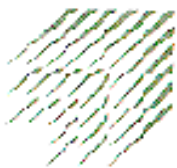
16 DE MARZO DE 2004 GINEBRA – Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de esta enfermedad infecciosa mortal, en algunas zonas de Europa Oriental y Asia Central los pacientes con tuberculosis (TB) tienen una probabilidad 10 veces mayor de presentar TB multirresistente (TB-MR) que en el resto del mundo. Otras zonas muy afectadas son China, Ecuador, Israel y Sudáfrica.

Nuevos datos hechos públicos hoy confirman la concentración geográfica de la TB farmacorresistente en la Comunidad de Estados Independientes. Seis de las diez zonas más afectadas en todo el mundo son Estonia, Kazajstán, Letonia, Lituania, algunas regiones de la Federación Rusa y Uzbekistán, donde la farmacorresistencia en nuevos casos de TB alcanza el 14%.

«La farmacorresistencia de la TB constituye un problema urgente de salud pública para los países de la antigua Unión Soviética», ha dicho el Dr. Mario Raviglione, Director del Departamento de la OMS Alto a la Tuberculosis. «Si se quiere vencer la TB-MR, todos los países deberían apoyar la rápida ampliación de la lucha contra la TB. La farmacorresistencia no será detenida por el control de pasaportes, pero sí por la inversión en la prevención mundial de la TB.»

Los principales expertos de la OMS en enfermedades infecciosas calculan que cada año hay 300 000 nuevos casos de TB-MR en todo el mundo. También hay nuevos datos que prueban que las cepas farmacorresistentes se están haciendo más resistentes y no responden a los tratamientos actuales. En la actualidad, el 79% de los casos de TB-MR son causados por cepas resistentes al menos a tres de los cuatro fármacos principales utilizados para curar la TB.

La TB-MR es la TB resistente a dos de los principales medicamentos utilizados en su tratamiento: la isoniazida y la rifampicina. Si no se usan los medicamentos adecuados, la TB-



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

MR es incurable, y en la mayoría de los casos mortal. Aunque la curación de la TB «normal» es barata y eficaz - un tratamiento de seis meses de duración cuesta US\$ 10, el tratamiento de la TB farmacorresistente es cien veces más caro, y tampoco garantiza la curación. En ausencia de una vacuna eficaz, todo el mundo es vulnerable a la infección; basta respirar una gotícula portadora de una cepa virulenta farmacorresistente.

En Europa Oriental y Asia Central, la mayor prevalencia de TB-MR coincide con uno de los crecimientos más rápidos de las tasas de infección por VIH. Recientemente, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo informó que en la región hay más de 1,5 millones de personas infectadas por el virus, en comparación con sólo 30 000 en 1995. Las personas cuyo sistema inmunitario está debilitado por el VIH son mucho más propensas a contraer todas las formas de TB.

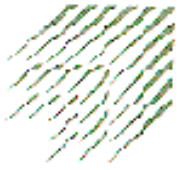
«Cuando el sistema inmunitario está debilitado, la TB-MR tiene una oportunidad perfecta para propagarse rápidamente y causar la muerte», ha dicho el Dr. Jack Chow, Subdirector General de la OMS para VIH/SIDA, TB y Malaria. «Como prioridad para prevenir la propagación de todas las formas de TB, necesitamos más inversiones en recursos, programas y profesionales sanitarios.»

Asimismo, encuestas recientes realizadas en China, donde la infección por VIH también está en aumento, han identificado zonas en las que la TB-MR es preocupante. En dos provincias se constató que aproximadamente uno de cada diez nuevos pacientes tenían TB-MR. Los autores del informe temen que puedan existir niveles igualmente elevados de resistencia en otras zonas, dado que en el estudio sólo estaban representadas seis de las 23 provincias del país.

Desde que se realizó el último estudio, hace cuatro años, se han alcanzado algunos éxitos, especialmente en Cuba, los Estados Unidos de América y Hong Kong. En esos países las tasas han disminuido, gracias al mantenimiento de estrategias firmes de lucha contra la TB.

Según el informe, «la estrategia más eficaz para evitar la aparición de la farmacorresistencia consiste en la aplicación de la estrategia DOTS». DOTS es la estrategia terapéutica aceptada internacionalmente, destinada a asegurar que los pacientes toman la medicación según lo prescrito, y ha demostrado ser eficaz para evitar la farmacorresistencia.

El informe también señala que las estrategias de control de la TB utilizadas en Europa Oriental y en la Federación de Rusia han empezado a mejorar recientemente con la introducción de la estrategia DOTS. En las zonas más afectadas se están introduciendo programas innovadores «DOTS Plus» para diagnosticar y tratar eficazmente la TB farmacorresistente. El acceso de los pacientes a los fármacos eficaces frente a la TB-MR es fundamental para el éxito de la estrategia DOTS Plus. El costo de estos medicamentos ha disminuido de forma espectacular gracias a iniciativas respaldadas por la OMS, como el



S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

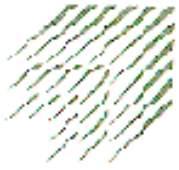
Comité Luz Verde, que trata de captar el pleno apoyo de las empresas farmacéuticas a la lucha por la erradicación de la TB farmacorresistente.

La investigación y desarrollo de nuevos fármacos antituberculosos es otra necesidad urgente, para que se pueda acortar la duración del tratamiento y tratar las cepas farmacorresistentes. Después de un estancamiento de 40 años en el desarrollo de fármacos antituberculosos, las inversiones en investigación y desarrollo son fundamentales para ampliar las opciones terapéuticas y vencer las cepas resistentes. La Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis, una entidad asociada con la OMS, está creando una cartera de proyectos de nuevos fármacos prometedores, y uniendo a los investigadores públicos y privados en la búsqueda de una cura más rápida.

La publicación *«Resistencia a los fármacos antituberculosos - tercer informe mundial»* presenta datos basados en el examen de 67 657 pacientes con TB, provenientes de 77 países y regiones.

«Cuanto más investigamos, más casos de TB-MR encontramos», ha dicho el principal autor del informe, el Dr. Mohamed Aziz. «En lo que constituye el mayor proyecto de vigilancia de la farmacorresistencia de este tipo, se ha encontrado TB-MR en todas las regiones y en prácticamente todos los países investigados. No obstante, se desconoce la verdadera magnitud del problema, que podría ser todavía mayor en zonas no estudiadas, lo cual destaca la necesidad de una ampliación total de la vigilancia de la farmacorresistencia.»

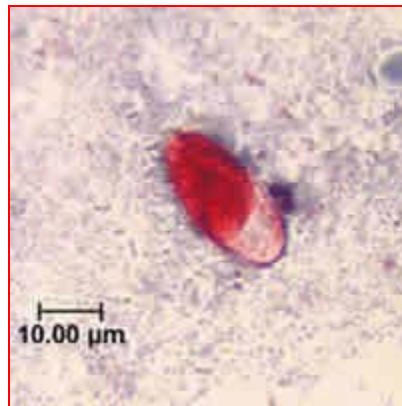
Fuente: OMS. Marzo 2004



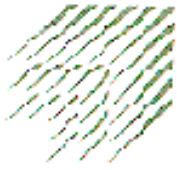
S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

H aga su diagnóstico

Paciente de sexo masculino de 28 años de edad HIV positivo que consulta por presentar diarrea crónica. Al examen físico deshidratado, y desnutrido, dolora abdominal difuso y ruidos hidroaéreos aumentados. Se realiza coproparasitológico y biopsia intestinal con el siguiente resultado. ([haga clic aquí](#)).



ZN modificado



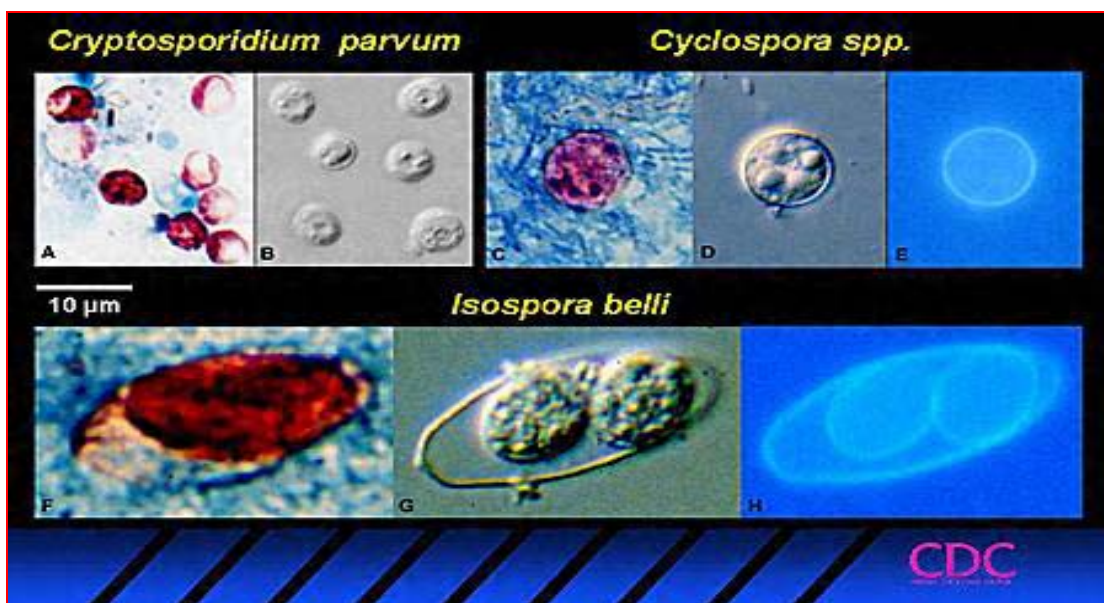
S.A.D.I.
SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA

Respuesta “Haga su diagnóstico”

La *Isoospora belli* es un coccidio descrito por primera vez en el año 1915. Recientemente atrajo su atención la relación existente con paciente inmunocomprometidos como el caso presentado quien presenta Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El mismo debe ser tenido en cuenta frente a un paciente con diarrea crónica. La ruta de transmisión parecería ser la fecal-oral. En una serie de 55421 muestras de materia fecal analizada en el país andino, se observó una prevalencia del 0.8%

En la biopsia intestinal se observa atrofia vellositaria e infiltrado inflamatorio eosinofílico en la lámina propia. Se utilizan métodos como el ziehl-neelsen modificado, para su diagnóstico en el laboratorio.

Mansons Tropical Diseases. Saunders. 20 th. edition



Cuadro comparativo con *C. parvum*

