

Resúmenes de enfermedades infecciosas

Actinomicosis

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Los tres tipos anatómicos principales de la enfermedad son la cervicofacial, la torácica y la abdominal. Las lesiones cervicofaciales son las más frecuentes y surgen después de extracción de alguna pieza dental, cirugía de la boca o traumatismos de la cara, o se relacionan con caries dental. El dolor y la induración localizados evolucionan hasta parecer lesiones nodulares “leñosas”, que pueden complicarse por fístulas húmedas generalmente situadas en el ángulo del maxilar inferior o en la región submandibular. La infección se propaga por invasión directa de tejidos vecinos; también puede contribuir a la forma obstructiva y crónica de amigdalitis. La variante torácica muy a menudo es consecuencia de broncoaspiración de secreciones bucofaríngeas y rara vez ocurre después de alguna solución de continuidad del esófago que es consecuencia de operaciones o traumatismos no penetrantes, o puede ser extensión de la infección cervicofacial. El trastorno se manifiesta por neumonía que puede ser complicada por abscesos, empiema, y en raras ocasiones fístulas pleurodérmicas. A veces se considera erróneamente que las masas focales o multifocales son cánceres. La actinomicosis abdominal por lo regular es atribuible a traumatismos penetrantes o perforación intestinal. Los sitios más comunes de ataque son el apéndice vermiforme y el ciego, y sus síntomas son similares a los de la apendicitis. Las masas de crecimiento rápido pueden remedar neoplasias abdominales o retroperitoneales. Con el tiempo pueden formarse abscesos intraabdominales y fístulas húmedas peritoneodérmicas. La enfermedad crónica localizada suele formar trayectos fistulosos por los que mana material purulento. Otros sitios de actinomicosis incluyen infección pélvica que se ha vinculado con el empleo de dispositivos intrauterinos, y abscesos encefálicos.

CAUSAS: El agente etiológico más común es *Actinomyces israelii*, y él y otras cinco especies del microorganismo, son bacilos ramificados, filamentosos, anaerobios, grampositivos de proliferación lenta que pueden ser parte de la flora normal de boca, vías gastrointestinales o vagina.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: Las especies de *Actinomyces* están distribuidas en todo el mundo. La infección es rara en lactantes y niños. Los microorganismos son parte de la flora endógena de las vías gastrointestinales. Las especies de dicho germen son patógenos oportunistas y la enfermedad surge después de traumatismos penetrantes (incluidas mordeduras de seres humanos) y no penetrantes.

El **periodo de incubación** varía de días a años.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: El diagnóstico lo sugiere la demostración microscópica de bacilos grampositivos, ramificados y con “cuentas” en el material purulento o en muestras de tejido. Cabe recurrir a la tinción para gérmenes acidorresistentes, y así diferenciar las especies de *Actinomyces* (que no son acidorresistentes) de las de *Nocardia*, cuya positividad a dicha tinción es variable. Los “gránulos de azufre” en el material de drenaje o las loculaciones de material purulento por lo regular son amarillas y se pueden identificar en forma microscópica o a simple vista y sugieren el diagnóstico cuando se les reconoce. La tinción de Gram de los gránulos de azufre indica un retículo denso de

filamentos; los extremos de los filamentos individuales pueden sobresalir de la periferia del gránulo con “clavas” hialinas de disposición radial o sin ellas. Se cuenta con tinciones de inmunofluorescencia para identificar especies de *Actinomyces*. Es importante obtener las muestras, transportarlas y cultivarlas en un entorno anaerobio en medios semiselectivos.

TRATAMIENTO: El tratamiento inicial incluirá la penicilina G o la ampicilina intravenosas durante cuatro a seis semanas, seguida de altas dosis de penicilina por vía oral (incluso 2 g/día para adultos), o se pueden usar amoxicilina, eritromicina, clindamicina, doxiciclina o tetraciclina en un lapso total de seis a 12 meses. No conviene usar las tetraciclinas en niños menores de ocho años. A veces se necesita el drenaje quirúrgico como complemento del manejo médico.

AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: Se recomienda practicar las precauciones estándar. No hay transmisión de una persona a otra.

MEDIDAS PREVENTIVAS: Incluyen higiene apropiada de la boca, cuidados regulares de la dentadura y limpieza cuidadosa de heridas, incluidas las mordidas de personas para así evitar la infección.

Adenovirus, infecciones

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: El sitio más común de ataque de adenovirus es la porción superior de las vías respiratorias. El cuadro incluye síntomas propios del resfriado común, faringitis, amigdalitis, otitis media y fiebre faringoconjuntival. A veces surgen infecciones diseminadas que pueden ser letales, neumonitis grave, meningitis y encefalitis, particularmente en lactantes de corta edad y hospedadores inmunodeficientes. Los adenovirus son causa poco frecuente de conjuntivitis hemorrágica aguda, un síndrome similar a la tos ferina, croup (traqueobronquitis aguda), bronquiolitis y cistitis hemorrágica. Unos cuantos serotipos del adenovirus originan gastroenteritis.

CAUSAS: Los adenovirus son virus de DNA sin cubierta y con doble filamento; cuando menos 51 serotipos diferentes, divididos en seis especies (A a F) causan infecciones en seres humanos. Algunos serotipos originan más a menudo síndromes específicos; por ejemplo, los adenovirus de tipos 3, 4, 7 y 21 se acompañan de enfermedad aguda de vías respiratorias, particularmente en reclutas recientes no vacunados; los tipos 8, 18 y 37 se vinculan con la aparición de queratoconjuntivitis epidémica y los tipos 40, 41, y en menor magnitud 31, se acompañan de gastroenteritis.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: La infección puede aparecer en cualquier edad en lactantes y niños. Los adenovirus que originan infecciones de vías respiratorias generalmente son transmitidos por secreciones de vías respiratorias mediante contacto directo de una persona a otra, aerosoles y objetos inanimados, y en estos últimos, es factible la transmisión porque los virus son estables en el entorno. No se han definido con exactitud otras vías de transmisión, y pueden variar con la edad, el tipo de infección y factores ambientales y de otro tipo. El microorganismo puede penetrar por las conjuntivas. Los brotes de fiebre faringoconjuntival vinculada con los adenovirus en las comunidades se han atribuido a exposición al agua de piscinas contaminadas y objetos como toallas compartidas. La transmisión nosocomial de las infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales por adenovirus pueden ser consecuencia de exposición a profesionales asistenciales infectados y equipo contaminado. La queratoconjuntivitis epidémica a menudo se ha relacionado con la transmisión nosocomial en consultorios de oftalmólogos. Las cepas entéricas de adenovirus se transmiten por la vía fecal-oral. La incidencia de enfermedad de vías respiratorias inducida por adenovirus aumenta un poco a finales de invierno, en la