

172

ASPECTOS CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS DE LA PARACOCCIDIOIDOMICOSIS EN SANTANDER (1954-1989).

Villar L., Gómez A., Olarte E., Rincón M., Bárcenas C. Silva F.
Grupo de Micología Médica. Universidad Industrial de Santander.

Para establecer las características clínico-epidemiológicas de la Paracoccidioidomycosis en esta región del país, se adelantó un estudio retrospectivo de aquellos casos diagnosticados en el Departamento de Santander durante el periodo 1954-1989. Con tal propósito fueron consultados los archivos de la sección de Micología Médica de la UIS, Hospital Universitario Ramón González-Valencia y de miembros de nuestro grupo. De un total de 177 casos encontrados, 95% ocurrieron en individuos de sexo masculino, predominantemente agricultores entre la tercera y quinta década de la vida que provienen de áreas boscosas y húmedas del Departamento. En la mayoría, la enfermedad tuvo una evolución menor a los doce meses y se presentó con tos, disnea, pérdida de peso y aparición de úlceras en mucosa oral. El examen directo con KOH de lesiones y/o esputo fue positivo en el 91% de los casos, siendo los restantes diagnosticados por otros métodos; 5% de los enfermos presentaron simultáneamente TBC pulmonar. A pesar de la terapia instaurada 7% de los pacientes fallecieron, 13% recayeron y en el 70% se desconoce su evolución.

Los anteriores hallazgos indican que la Paracoccidioidomycosis es endémica en la región de Santander y requiere atención y seguimiento por los servicios de salud del área.

CELULARIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) EN LA PARACOCCIDIOMICOSIS (PCM) PULMONAR MURINA
Restrepo, Susana; Tobón, Angela María; Salazar, María Elena y Restrepo, Angela. Corporación para Investigaciones Biológicas, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Para determinar la respuesta celular en la PCM pulmonar murina, se infectaron con conidias viables del *Paracoccidioides brasiliensis* (Pb) y por vía nasal, ratones BALB/c adultos; se estudiaron, además, animales no infectados. A partir de la primera semana post-infección y hasta la 16ava, se practicó el LBA a grupos de animales y se estudió la celularidad del mismo. Los resultados aparecen en la Tabla.

Tipo de célula	Ratones normales	Porcentaje de células de LBA según sem. de observación				
		1	4	8	12	16
Polimorfo nucleares neutrofilos	0.25	4.7	72.0	3.9	1.2	6.3
Linfoцитos	0.77	8.3	6.0	14.9	12.0	9.7
Macrófagos	98.8	86.8	21.0	81.0	86.9	83.4
Células gigantes	0.0	0.06	0.02	0.1	0.1	0.2

Las levaduras de Pb fueron identificadas en cada LBA pero su número varió, incrementándose de acuerdo a la evolución de la infección. El 75% de las levaduras observadas estaban fagocitadas por macrófagos y el 20%, por células gigantes. Los resultados indican que en la PCM los varios tipos de macrófagos así como los linfocitos, interactúan por etapas en un intento por dominar el germen, el que, sin embargo, escapa a la acción fagocítica de tales células. Se establece entonces la enfermedad crónica.

TRATAMIENTO DE PARACOCCIDIOMICOSIS CON ITRACONAZOL.
Naranjo M.S., Trujillo M., Múnera M.I., Restrepo P., Gómez I., Franco L., Restrepo A. Corporación para Investigaciones Biológicas, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Entre 1983 y 1989 se trataron 52 pacientes con paracoccidioidomycosis activa, comprobada por el laboratorio, con un nuevo derivado imidazólico para uso oral, el Itraconazol (ITZ); 49 pacientes exhibían la forma crónica del adulto y los restantes, la juvenil. En 48 casos, el ITZ se suministró en dosis diarias de 100 mg.; en los pacientes restantes se dieron 200 mg. al día dada su gravedad. El promedio de duración de la terapia fue de 6 meses (rango 3-24 meses); en 8 casos, la terapia duró únicamente 3 meses. Clínicamente las lesiones de piel y mucosas sanaron en el primer mes; la sintomatología pulmonar disminuyó en algunos aspectos pero, en la tercera parte de los pacientes, la tos y la expectoración permanecieron sin cambio hasta el final de la terapia. En las radiografías de tórax los infiltrados disminuyeron del 67% al comienzo del tratamiento al 13% al final del mismo; la fibrosis se hizo más aparente al final de la terapia. En el 76% de los casos las pruebas de diagnóstico directas (microscopía y cultivo) se negativizaron desde el primer mes de terapia; las pruebas serológicas mostraron una disminución significativa de los títulos en el 73% de los casos al terminar la terapia. La evaluación por sistema de puntajes mostró que en un 91% de los enfermos ocurrió mejoría notoria; en un paciente hubo resolución completa de la sintomatología pre-terapia. Cabe resaltar el hecho de que ninguno de los enfermos empeoró durante el período de estudio. Veintiseis de los 52 casos fueron seguidos por un mínimo de 12 meses después de terminado el tratamiento, sin que se hubiesen informado recaídas; tampoco se presentó mortalidad en el grupo estudiado. Los datos anteriores confirman la eficacia del ITZ en el tratamiento de la paracoccidioidomycosis.

ACTIVIDAD DE LAS CELULAS FAGOCITICAS SOBRE LAS CONIDIAS DE PARACOCCIDIOMYCES BRASILIENSIS (Pb).
Cano, L.E.; Salazar, M.E.; Restrepo, A.
* Corporación para Investigaciones Biológicas, (CIB), Hosp. Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Estudios previos demostraron que las conidias producidas por el micelio del Pb, son fagocitadas por las células encargadas de la defensa. En este trabajo se estudió la capacidad fagocítica y lítica de los polimorfos nucleares neutrófilos peritoneales (PMNp) y de los macrófagos alveolares (MA) obtenidos de ratones BALB/c. Los PMNp fueron inducidos por inyección IP de glicógeno mientras que los MA residentes fueron obtenidos por lavado broncoalveolar (LBA). Ambos tipos de células fueron activadas con sobrenadantes de cultivos de linfocitos esplénicos de animales normales (LN) o inactivados con el hongo (LI). Células y conidias fueron co-cultivadas para determinar lisis (10:1) y fagocitosis (1:4). La fagocitosis por PMNp fue dependiente del tiempo de incubación y de su activación por LI (Tabla).

Co-cultivo (horas)	Porcentaje de fagocitosis: células tratadas con			
	Linfoquina PMNp	Normal MA	Linfoquina PMNp	Inmune MA
1	32.0	28.2	36	27.7
3	39.5	36.1	68.6	41.03
P	NS	<0.01	<0.005	<0.0005

En cuanto a la lisis, ambos tipos de células demostraron que tal proceso era dependiente de previa activación con LI. Los PMNp-LN, redujeron la viabilidad de las conidias solo en 3.76, mientras que los PMNp-LI lo hicieron en 48.13%. Los MA no activados ocasionaron una reducción de 28.3 y los activados de 73.3%. Esto indica que la fagocitosis de la conidia no necesariamente se acompaña de muerte. Tal muerte se obtiene solo si los fagocitos han sido previamente activados con linfoquinas provenientes de animales sensibilizados con Pb.

INCREMENTO DE LA CRIPTOCOSIS EN ASOCIACION CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
Arango, Myrtha; de Bedout, Catalina y Restrepo, Angela. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

La criptococosis es una micosis sistémica, oportunista, producida por una levadura capsulada, *Cryptococcus neoformans* (Cn). Hasta 1981 esta micosis se asociaba principalmente con leucemias, linfomas, lupus y trastornos de orden inmune; desde entonces, sin embargo, la frecuencia de la entidad ha venido en aumento paralelamente con la aparición del SIDA. En Colombia hasta 1987 se habían publicado 97 casos; mientras la experiencia en el laboratorio de Micología de la CIB indica un aumento paulatino de casos. Durante el período de 1981-1990 se estudiaron muestras procedentes de 782 pacientes en los cuales se consideró la criptococosis como una posibilidad diagnóstica. En 24 (31%) de tales casos la micosis fue comprobada por observación y/o aislamiento del Cn, así como por la reactividad de la prueba de latex para antígeno capsular del Cn. En otros 13 casos no se realizaron estudios micológicos pero sí la prueba de latex, la cual fue también positiva. Los 37 pacientes anteriores representan un promedio de 4 casos anuales. En nuestro laboratorio comenzamos a observar pacientes con SIDA y micosis sistémicas en 1987 y por ello dividiremos en dos el período de observación (1981-1986; 1987-1990). En el primer período se diagnosticaron 15 casos (2.5 casos/año), la mayoría en mujeres (68%) y en pacientes que habían tenido tratamientos inmunosupresores. En el segundo período se observaron 22 pacientes (6.5 casos/año), invirtiéndose la relación por sexo y observándose mayor número de casos en hombres (72.7%) que en mujeres (27.3%). Además, el 68% de tales pacientes eran HIV-positivos, grupo IV. Lo anterior revela un marcado incremento de la criptococosis, así como una mayor asociación con casos de SIDA.

177

TRATAMIENTO DE NEUROCISTICERCOSIS CON ALBENDAZOL

Botero D., Uribe C.S., Sánchez J.L., Velásquez G., Alzate T. y Ocampo N.E.
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín.

El objetivo de la presente investigación es conocer la eficacia del antihelmíntico albendazol en 20 casos de neurocisticercosis quística intraparenquimatosa no complicada. La experiencia previa con praziquantel en la misma institución reveló curación entre 60 y 70% de los casos. Los resultados de otros estudios con albendazol son similares a los obtenidos con praziquantel, con la ventaja de que el primero tiene un costo 20 veces menor que el segundo.

Se han seleccionado pacientes mayores de 8 años con sintomatología neurológica compatible con neurocisticercosis, quistes intraparenquimatosos que no tomen el medio de contraste en la escanografía y presencia de anticuerpos contra cisticercos, en sangre o en LCR, por el método ELISA, se excluyen casos complicados o con enfermedades graves concomitantes. El tratamiento consiste en una dosis diaria de albendazol de 15 mg/kg, dividido en dos subdosis, durante 8 días. De preferencia el paciente debe estar hospitalizado, al menos los 4 primeros días. No se usan esteroides de rutina, sino cuando los efectos colaterales lo hagan necesario. Los pacientes son seguidos diariamente por 8 días, cada semana por 1 mes y cada mes durante un año. La escanografía de control se realiza a los 6 meses.

La evaluación preliminar de 9 casos terminados mostró que el número de quistes permaneció igual en 4, se eliminaron totalmente en 3 y disminuyeron en 2. Esto representa una desaparición de quistes de 45%. En 5 pacientes no curados se obtuvo una disminución del 19,3% en tamaño de los quistes. En un caso con quistes muy pequeños no fue posible medirlos. Durante el tratamiento fue necesario usar esteroides en 2 pacientes debido a efectos colaterales.

179

SEROTIPIFICACION DE CEPAS COLOMBIANAS DE CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS AISLADAS DE PACIENTES

Ordóñez Nelly, Castañeda Elizabeth
Grupo de Microbiología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá

El *Cryptococcus neoformans* agente etiológico de la criptococosis se clasifica en 4 serotipos (A, B, C y D) y dos variedades: *Cryptococcus neoformans* var. *neoformans* y *Cryptococcus neoformans* var. *gattii*. Esta clasificación tiene gran importancia desde el punto de vista epidemiológico. Debido a que en Colombia se desconocía la distribución de los serotipos de *C. neoformans*, decidimos estudiar 80 cepas aisladas de pacientes durante los años de 1977 a 1989.

La confirmación de la especie se hizo mediante las pruebas de crecimiento a 37°C, asimilación de carbohidratos, presencia de las enzimas ureasa y fenoloxidas y ausencia de la nitrito reductasa.

La serotipificación se realizó en el medio de canavanina glicina, azul de bromotimol sódico (CGB) y mediante las pruebas de aglutinación empleando antisueros tipo específico, producidos en conejos.

La distribución de los serotipos obtenida con la prueba de aglutinación empleando antisueros específicos fue: 90% (72/80) serotipo A, 1,25% (1/80) serotipo D, 7,5% (6/80) serotipo B y 1,25% (1/80) serotipo C. El 91% de los aislamientos (73/80) fueron *C. neoformans* var. *neoformans* (serotipos A y D) y 9% (7/80) correspondieron a *C. neoformans* var. *gattii* (serotipos B y C). El 100% de los aislamientos de los pacientes HIV (+) (18 pacientes) fueron *C. neoformans* var. *neoformans* serotipo A. Los resultados muestran que en Colombia están presentes los serotipos A, B, C y D de *C. neoformans* siendo el *C. neoformans* var. *neoformans* serotipo A, el más frecuentemente encontrado.

La distribución de serotipos de *C. neoformans* en el medio ambiente y su relación con los aislamientos clínicos es objeto de estudio en nuestro laboratorio.

178

DESCRIPCION DE UN FOCO DE TRIPANOSOMIASIS AMERICANA EN EL MUNICIPIO DE GALERAS, SUCRE, COLOMBIA.

Echavarría Elas *, Moreno Jaime **, Ospina Sigifredo *.

* Microbiología y Parasitología, UPB, CIB, Medellín.

** Laboratorio Chagas, Depto. Biología, U. de A. Medellín.

El diagnóstico anatomopatológico en un paciente y clínico, serológico y microbiológico en otro de Enfermedad de Chagas, ambos procedentes de un área rural del Municipio de Galerías, Sucre, motivó la realización de un estudio de campo en dicha zona con el fin de establecer la realidad del problema.

A través de la búsqueda activa de triatomíneos se encontraron 3 ejemplares muertos de *Eratyrus cuspidatus* en una de las viviendas; varios ejemplares de *Rhodnius pallescens* en 6 de 7 palmeras *Scheelea butyracea* (palmas de vino) utilizadas para techar viviendas, encontrándose varios de ellos infectados para *Trypanosoma cruzi* al examinar sus materias fecales. Se capturaron y estudiaron 2 zarigüeyas, *Didelphis marsupialis*, las cuales por diferentes métodos fueron positivas para *T. cruzi*. No se encontraron por los estudios realizados más casos humanos.

Se demuestran en el estudio un foco activo de transmisión silvestre de *T. cruzi* con infección accidental para el hombre e inminente domicialización del vector.

180

LEISHMANIASIS EN COLOMBIA. IDENTIFICACION DEL PARASITO Y SU DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

Corredor A., Palaú M.T., Hernández C.A., Cáceres E., Díaz A., Gualdrón L.E., Peláez D., Duque S., Montilla M. y Nicholls R.S.
Grupo de Parasitología, Instituto Nacional de Salud.

Informamos 527 aislamientos de *Leishmania*, obtenidos a partir de casos de pacientes con leishmaniasis tegumentaria y visceral, que han sido atendidos en consulta externa o en desplazamientos a zonas rurales de diferentes regiones del país.

A cada paciente se le elabora una historia clínica completa y se le hace los siguientes exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico: en leishmaniasis tegumentaria: prueba de Montenegro, inmunofluorescencia indirecta (IFI), biopsia de úlcera activa para histopatología y macerado de la misma para el aislamiento del parásito en medio de cultivo NNN e inoculación a hámster. En caso de leishmaniasis visceral, se practica IFI y aspirado de médula ósea para cultivo. Una vez que se obtiene una población de *Leishmanias* de 10^6 - 10^8 parásitos/ml, se preparan los extractos con actividad enzimática para llevar a cabo la identificación del parásito por medio de electroforesis en acetato de celulosa. El análisis de 20 sistemas enzimáticos permite obtener una amplia información del parásito bajo estudio, aunque el uso de 6 sistemas, permite en la mayoría de los casos, una certera identificación. Esta técnica permite conocer el agente etiológico específico en cada uno de los casos informados. Los resultados obtenidos indican que en Colombia existen, por lo menos, 6 especies diferentes de *Leishmania* como agentes causales de enfermedad en humanos (L.b.b., L.b.p., L.b.g., L.m.a., L.m.m. y L.c.), encontrándose geográficamente distribuidas en gran parte del territorio nacional, coincidiendo con los patrones de distribución observados para los mamíferos silvestres, reservorios naturales, y los mosquitos vectores. Las especies de *Leishmania* que son agentes de la leishmaniasis tegumentaria circulan en bosque húmedo tropical mientras que *L. chagasi* lo hace en bosque seco tropical.

ESTUDIO COMPARATIVO DE 20 CASOS DE LEISHMANIASIS MUCOCUTANEA. Corredor A., Palaú M.T., Hernández C.A., Díaz A., Cáceres E., Gualdrón L.E.

Grupo de Parasitología, Instituto Nacional de Salud.

Se informa los hallazgos de un estudio de 20 pacientes con diagnóstico de leishmaniasis tegumentaria, quienes presentaban compromisos de mucosas. Estos pacientes fueron analizados y se les comparó entre sí y con casos de leishmaniasis cutánea simple, provenientes de las mismas zonas geográficas y cuyo agente etiológico es la misma especie de *Leishmania*. Teniendo presente los resultados de los hallazgos clínicos de los pacientes, de estudios enzimáticos del parásito, y la distribución geográfica de la *Leishmania*, se trata de establecer la existencia de parámetros similares, que puedan ayudar a explicar las diferencias en las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

PRESENTACION DE UN CASO DE LEISHMANIASIS CUTANEA PRODUCIDA POR LEISHMANIA CHAGASI L.c.

Corredor A., Hernández C.A., Palaú M.T., Díaz A., Cáceres E., Nicholls R.S. y Gualdrón L.E.

Grupo de Parasitología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá.

Se presenta un caso de leishmaniasis cutánea diagnosticado en una niña de 6 años de edad, quien consultó por primera vez el 18 de mayo de 1988. La paciente provenía del municipio de Jordán, departamento de Santander, zona de bosque seco tropical, apta para la transmisión de *L. chagasi*.

La paciente presentaba 11 lesiones ulceradas con costra, en la cara posterior del antebrazo derecho y 1 en mejilla derecha, con una evolución de 7 meses; no había recibido ningún tratamiento, ni había presentado compromiso de su estado general que hiciera sospechar leishmaniasis visceral, no se halló hepatoesplenomegalia. Se le hizo diagnóstico de leishmaniasis cutánea con base en los siguientes exámenes: prueba de Montenegro, positiva (5x5mm); inmunofluorescencia indirecta (IFI) título 1:8; frotis directo negativo; histopatología compatible con leishmaniasis; se hizo aislamiento del parásito por macerado de biopsia de lesión de antebrazo en medio de cultivo NNN e inoculación a hámster, y la identificación por medio de electroforesis en acetato de celulosa, análisis de 10 sistemas enzimáticos, y anticuerpos monoclonales. A la paciente se le inició tratamiento con estibogluconato de sodio (pentostam) a una dosis de 20 mg/kg/día durante 20 días; la paciente no regresó a cita de control.

Veinte meses después, el 2 de febrero de 1990, la paciente consultó con 2 lesiones nuevas, 1 en codo derecho y 1 en cara posterior de muñeca izquierda, de 3 meses de evolución. Se le practicaron nuevos exámenes: Montenegro positivo (5x5 mm); IFI positivo 1:16; frotis directo negativo; histopatología sin mayores cambios en relación con la biopsia anterior; los intentos de aislamiento fueron negativos a partir del macerado de la nueva biopsia. Se reinició tratamiento con pentostam a la misma dosis, hasta completarse 180 ml y observarse remisión completa de las lesiones. La paciente no regresó al último control.

EVALUACION DE LA EFICACIA DEL QUINGHAOSU EN PACIENTES CON MALARIA POR P. FALCIPARUM.

Nicholls R.S., Guerra M.P., Acosta I. y Corredor A.

Grupo de Parasitología, Instituto Nacional de Salud.

El quinghaosu (Artemether-Kunming Pharmaceutical Factory-República Popular de China), es un nuevo antimalárico cuyo principio activo es el 12-B-metil dihidroquinghaosu derivado de la planta *Artemisia annua*.

El presente estudio tuvo por objeto evaluar la eficacia de este medicamento en pacientes con malaria no complicada por *P. falciparum* con una parasitemia mínima de 1000 parásitos por mm³. La droga fue aplicada según el esquema recomendado por el fabricante: una primera dosis de 160 mg y cuatro dosis adicionales de 80 mg por vía intramuscular cada 24 horas. Se hizo seguimiento diario de los pacientes durante mínimo la primera semana para evaluar el comportamiento de la parasitemia y la aparición de posibles efectos colaterales.

Fueron tratados 8 adultos, de sexo masculino, con una edad promedio de 33 años (21-56), una parasitemia inicial promedio de 10800 parásitos/mm³ (2700-48150), (0.07-1.07%-X: 0.26%).

En cinco (5) de los pacientes la parasitemia se negativizó durante las primeras 24 horas siguientes a la primera dosis, permaneciendo negativa durante todo el tiempo de seguimiento. En el paciente con la parasitemia inicial más alta (48150/mm³-1.07%) se presentó una reducción del 99% en las primeras 24 horas y la negativización ocurrió a las 72 horas. En 2 pacientes hubo una reducción de la parasitemia en un 70% durante las primeras 24 horas y la negativización ocurrió a las 48 horas. Uno de los pacientes había sido tratado previamente con cloroquina presentando una resistencia Tipo I con recrudescencia temprana. Dos (2) de los pacientes presentaron gametocitemia detectable hasta máximo 6 días después de la negativización de la parasitemia asexual. Ninguno de los pacientes refirió efecto colateral alguno, local y/o sistémico, atribuible a la medicación, salvo leve dolor local en el sitio de aplicación, que cedió espontáneamente en tres casos. Los resultados de este estudio demuestran que el quinghaosu presenta una buena actividad antimalárica, con reducción de la parasitemia en más de un 90% en las primeras 24 horas y prácticamente ningún efecto colateral de importancia clínica. Sugieren también que puede ser útil en el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* resistente a cloroquina.

SAPERCONAZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPOROTRICOSIS LINFOCUTANEA

Franco, Liliana Gómez, Iván y Restrepo, Angela. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Trece pacientes con diagnóstico de esporotricosis (cutánea fija o linfangítica) comprobada por cultivo, fueron tratados con saperconazol, un nuevo antimicótico triazolico que es activo por vía oral. La droga se administró a razón de 100 mg/día por períodos que oscilaron entre 60 y 180 días (promedio 106 días). Se obtuvo curación clínica y micológica en todos los pacientes. En un 77% de ellos, los cultivos se negativizaron a los 30 días de terapia; a los 90 días de tratamiento, la totalidad de los cultivos eran ya negativos. En cuanto a la resolución clínica, ella se obtuvo a los 60 días de terapia en 46.2% de los pacientes; 38.5% requirió 90 días y los restantes (15.3%) necesitaron más de este tiempo. Durante la terapia no se presentaron efectos colaterales adversos, ni se anotó toxicidad hepática o hematológica. En 10 de los 13 pacientes estudiados se llevó a cabo evaluación post-tratamiento (promedio 180 días), sin que se observaran recaídas. En comparación con otro derivado imidazolico, el itraconazol, que requiere en promedio 130 días de terapia y una dosis de 13 gms, el saperconazol acorta el periodo de terapia a 105 días y reduce la dosis a 10 gms. Ambos compuestos son bien tolerados, por lo que se dispone ahora de dos alternativas valiosas para la clásica terapia con yoduros.

185

OSTEOMIELITIS DISEMINADA POR *CHRYSOSPORIUM* Sp.
Echavarría, Esteban; Cano, Luz E., y Angela Restrepo
Clínica Cardiovascular Santa María y Corporación para
Investigaciones Biológicas, Medellín.

Las micosis causadas por hongos saprofitos, de tipo oportunista, son ahora más frecuentes que en el pasado. Los mohos del género *Chrysosporium* (*Haplosporangium*), son hongos dimórficos habitantes del suelo, que causan raramente afección en el humano. Se presenta el caso de un paciente con SIDA quien consultara por dolor e incapacidad funcional de la mano derecha, la que, a los rayos X, reveló imagen quística con levantamiento del periostio. El material de la lesión obtenido durante cirugía exploradora, reveló células ovales de pared gruesa, compatibles con un hongo que no era identificable microscópicamente. Los cultivos permitieron el aislamiento de *Chrysosporium* sp., el que se caracterizó por crecimientos miceliales (temperatura ambiente) y levaduriformes (37°C). Una posterior gamagrafía ósea del paciente demostró compromiso sistémico, con múltiples focos hipercaptantes del trazador. Se procesaron otras muestras patológicas del paciente (esputos, médula ósea), de los que también se aisló el hongo. El paciente fue tratado con anfotericina B y a pesar de su inmunosupresión y leucopenia, presentó excelente respuesta clínica y radiológica.

187

ETIOLOGIA DE LA URETRITIS MASCULINA
Vargas Clara Inés, Martínez Jorge
Grupo de Microbiología. Instituto Nacional de Salud,
Profamilia. Bogotá

La uretritis masculina o inflamación de la uretra acompañada de disuria y secreción ha sido designada como gonococcia cuando es causada por *Neisseria gonorrhoeae* y no gonococcia o inespecífica, siendo en este caso la *Chlamydia trachomatis* el germen aislado más frecuentemente. Al ser estos dos microorganismos los principales causantes de uretritis, quisimos conocer la frecuencia con que se presentan en pacientes sintomáticos; para ésto estudiamos 100 hombres que acudieron a la Clínica del Hombre de Profamilia o al Instituto Nacional de Salud con sintomatología característica y de edades comprendidas entre los 17 y 63 años. De los pacientes se obtuvieron muestras uretrales para el diagnóstico de *N. gonorrhoeae* por cultivo sobre Thayer Martin y de *C. trachomatis* por cultivo en células McCoy y la técnica de ELISA. También se realizó un extendido y se coloró con Gram para ver la presencia de diplococos intracelulares y la reacción leucocitaria. El 58% de estos pacientes tenían antecedentes de uretritis, 76% presentaban disuria, 72% decían tener secreción uretral y 47% tenían realmente secreción demostrable en el momento de la toma de la muestra. La *N. gonorrhoeae* fue aislada en el 13% de los pacientes, en todos ellos se determinó en el extendido una reacción leucocitaria mayor de 10 PMN x CM y en 12 (92%) la presencia de diplococos intracelulares. Al 27% de los pacientes se les diagnosticó *C. trachomatis*, 11 fueron positivos por las dos técnicas, 15 por ELISA y 1 por cultivo. La disuria y una secreción escasa fueron los síntomas asociados con esta infección, la reacción leucocitaria determinada en el extendido fue variable. A un solo paciente se le encontraron los dos microorganismos. Con estos datos podemos concluir que la uretritis no gonococcia o inespecífica es la más frecuente, en muchas ocasiones la disuria es su único síntoma, y alrededor del 30% de ellas son causadas por *C. trachomatis*.

186

AISLAMIENTO DE MYCOPLASMA HUMANI Y UREAPLASMA UREALYTICUM DE CULTIVOS VAGINALES
Galindo Betty
Grupo de Microbiología. Instituto Nacional de Salud. Bogotá

A pesar de que los Mycoplasmas colonizan la vagina de la mujer en un alto porcentaje sin causar sintomatología, están descritos como uno de los agentes principales de enfermedades de transmisión sexual, asociados también a casos de infertilidad, abortos y en general provocando patología a nivel urogenital. El presente estudio fue realizado con la finalidad de estandarizar los diferentes procedimientos de toma, transporte y procesamiento de las muestras para el cultivo y lograr de esta manera, por primera vez en nuestro medio, conocer la frecuencia de aislamientos de *Mycoplasma hominis* y de *Ureaplasma urealyticum* de muestras vaginales de pacientes sintomáticas. Se estudiaron 92 mujeres jóvenes sexualmente activas, de las cuales se obtuvo una muestra vaginal con escobillón, el cual se introdujo en un medio de transporte (Caldo PFL0 con antibióticos) el que se mantuvo a -70°C hasta el momento de su procesamiento. Este se realizó inoculando los medios selectivos líquidos y sólidos e incubándolos a 37°C en atmósfera sérica y de 5% de CO₂ hasta por 5 días. La identificación final de los microorganismos se realizó con base en la morfología de las colonias en el medio sólido. El *M. hominis* fue aislado en 19 pacientes (21%) y el *U. urealyticum* en 41 (45%). En 11 (12%) de éstas pacientes se aislaron los dos microorganismos. Nuestros resultados señalan que logramos estandarizar los procedimientos para el aislamiento de los Mycoplasmas en nuestro laboratorio. El significado etiológico de estos hallazgos será objeto de posteriores estudios.

188

INFECCION CERVICAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN MUJERES JOVENES
Vargas Clara Inés, Estrada Rossana, Castañeda Elizabeth
Grupo de Microbiología. Instituto Nacional de Salud. Bogotá

La infección por *Chlamydia trachomatis* ha sido reconocida en el mundo como la principal enfermedad de transmisión sexual. Para conocer la prevalencia de esta infección en mujeres jóvenes estudiamos un grupo de 230 pacientes sintomáticas con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años. Se investigaron también como factores predisponentes de infección la edad, la actividad sexual y la contracepción. Las muestras cervicales fueron inoculadas por triplicado sobre células McCoy, cultivadas en placas de 96 cavidades y luego fueron coloreadas con yodo para observar las inclusiones. La infección por *C. trachomatis* fue encontrada en 49 de 230 pacientes (21%). No se encontró correlación de mayor porcentaje en las pacientes de menor edad (< 23 , 23%; > 23 , 19%, riesgo relativo de infección (RR) = (1.2). Tampoco hubo relación con la edad de inicio de las relaciones sexuales (< 19 , 20%; > 19 , 23%; RR = 0.86); número de años de relaciones (< 4 , 21%; > 4 , 22%; RR = 0.9) ni con el número de compañeros sexuales (> 2 , 13%; < 2 , 24%; RR = 0.54). Sin embargo, las mujeres que planificaban con dispositivos intrauterinos o métodos de barrera tenían menor porcentaje de infección (18%) que las que usaban anticonceptivos orales (45%; RR = 2.5), o las que no planificaban (29%; RR = 1.6). Nuestros datos señalan la importancia de un adecuado diagnóstico de la infección por *C. trachomatis* y la selección del método de planificación en la prevención de la enfermedad.

MÉTODOS SEROLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO.

Pérez J., Suárez A., Martínez L., Salej J.
 Servicio de Medicina Interna, Dpto. Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.
 Los métodos usuales para el diagnóstico del absceso hepático amebiano (AHA) han sido tradicionalmente clínicos e imagenológicos. Por ser el AHA una patología frecuente en el HOSMIL, y que en muchas ocasiones debe ser diferenciado del absceso hepático piógeno, se decidió establecer la utilidad diagnóstica de métodos serológicos como la inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la técnica de Elisa, las cuales se basan en la detección de anticuerpos antiameba en el suero. Se tomó como control, para el presente estudio, una población sana de 51 soldados sin historia previa de enfermedad hepática amebiana. Los resultados obtenidos de estos controles sanos son similares a los previstos por las casas comerciales en la estandarización de ambas técnicas serológicas, así con la técnica de IFI se consideraron positivas diluciones por encima de 1:100, y con Elisa valores por encima de 50EU/ml. Dentro de los controles sanos de obtuvieron 5 muestras interpretadas como débil positivas por IFI (menor o igual 1:50 dil) y con el método de Elisa, oscilaron las mismas muestras, en valores entre 54.5 y 84EU/ml; estas corresponden a soldados con historia no clara de enfermedad diarrea Amebiana reciente. En 8 pacientes con diagnóstico de AHA establecido por estudio clínico, imagenológico (Ecografía, Gamagrafía) y microbiológico, se obtuvieron títulos con IFI comprendidos entre 1:200 a 1:3.200, al igual que con técnica de Elisa cuyos títulos oscilaron entre 62.4 a 169.6. Es importante destacar que ambos métodos mostraron sensibilidad semejante. Se considera que la utilidad de estos métodos serológicos como ayuda en el diagnóstico diferencial y/o confirmativo de AHA es significativa.

ABSCESSO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO: PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Varela E., Hurtado M., Fassler S.
 Servicio de Gastroenterología, Hospital de la Samaritana, Departamento de Medicina Interna, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital de San José.
 La Entamoeba histolytica protozooario de amplia distribución mundial, no está ausente en nuestros climas. Observamos dos casos de absceso hepático amebiano (AHA) recidivante como un comportamiento poco frecuente de la enfermedad. Esto nos llevó a revisar las historias clínicas de los últimos 3 años con diagnóstico de Absceso Hepático (AH). Se revisó su comportamiento clínico, de laboratorio, ecográfico y serológico; diferenciando entre amebiano y piógeno. El estudio serológico se realizó por el método de ELISA usando peroxidasa, se consideró positiva la muestra cuando la densidad óptica (DO) fue $> x \cdot 2ds$. Se analizaron 19 casos, 16 (84.2%) fueron amebianos y 3 (15.8%) piógenos. De los 16 amebianos 2 recidivaron (12.5%). La edad promedio en los amebianos fue de 39.3 años y de 55 años en piógenos. De los amebianos el 93.7% (15/16) eran hombres. Los síntomas predominantes fueron: dolor abdominal 93.8%, fiebre 87.5% y escalofrío 68.8%, en los amebianos; en los piógenos fueron más frecuentes el dolor abdominal y el vómito (3/3). El tiempo de evolución de síntomas, en los amebianos, fue de 4 a 120 días y más del 50% habían consultado antes de los primeros 15 días de síntomas; el piógeno tuvo un rango de 20 a 240 días con una media de 116 días. Tenían anemia (8/15) 53.3%, el 27% tenía leucocitosis mayor de 20.000 y el 73.3% con granulocitosis en los amebianos. Todos los pacientes tenían comprobación ecográfica. Todos los pacientes amebianos tenían un nivel de ELISA mayor o igual a 2 y en todos los piógenos las DO fueron negativas. Los piógenos recibieron tratamiento tricongugado de antibióticos y el 75% (12/16) de los amebianos recibió solo metronidazol con buena respuesta. Se llama la atención sobre el comportamiento recidivante en dos de nuestros pacientes. Se encontró una mayor proporción de casos en hombres y una baja proporción de casos piógenos. Las manifestaciones clínicas y ecográficas no permiten con certeza la diferenciación entre amebiano y piógeno; y se resalta la ayuda diagnóstica de la serología por el método de ELISA.