Novedades en fiebre tifoidea.

Typhoid fever. Parry C M, Tinh Hien T, Dougan G, White N J, Farrar J J. N Engl J Med 2002; 347: 1770-82.

En este interesante artículo se analiza la microbiología de esta enfermedad, donde es notable la detallada información acerca del genoma de este patógeno bacteriano; la patogénesis de la infección; actualizada información sobre resistencia a antimicrobianos, destacando fundamentalmente la descripción de resistencia a cloranfenicol en distintos lugares del globo, con reportes de brotes en México, India, Vietnam, Tailandia, Corea y Perú. Interesantemente esta resistencia se asocia a la presencia de un plásmido de alto peso molecular; más aún, en forma progresiva se describe la resistencia a otros agentes de primera línea. Por otra parte, se describen esporádicos aislamientos de *Salmonella enterica* serotipo Typhi y *S. enterica* serotipo Paratyphi A resistentes a ceftriaxona, también de brotes de fiebre tifoidea producidas por cepas con susceptibilidad disminuida a quinolonas y resistentes a ácido nalidíxico. Una proposición de los autores es cambiar los puntos de corte para definir susceptibilidad a quinolonas en aquellos aislamientos de *S. enterica* serotipo Typhi resistentes a ácido nalidíxico. Más discutible aún es el planteamiento de considerar este tipo de cepas como resistentes a quinolonas.

En relación con las características clínicas de la enfermedad y pronóstico, los autores destacan la variabilidad de los hallazgos fundamentalmente por el tipo de población estudiada y la ubicación geográfica de éstas.

Es importante destacar algunos conceptos, por el impacto que pudiera tener la revisión de este artículo en médicos no especialistas y principalmente por la experiencia existente en nuestro país sobre esta enfermedad, en el análisis del tratamiento. Se señala que las quinolonas son los agentes más efectivos para el tratamiento de la fiebre tifoidea; sin embargo, no hay grandes series controladas que permitan categóricamente sustentar este planteamiento. Más

bien hay estudios con un número reducido de pacientes, en general no hay diferencias estadísticamente significativas entre quinolonas y cloranfenicol respecto a la respuesta clínica y bacteriológica. Si se han evidenciado algunas diferencias, ha sido respecto a la portación residual post tratamiento y recaídas. Además se consideran de igual forma cloranfenicol con otros fármacos de segunda línea: cotrimoxazol y amoxicilina, señalándose que con su uso la caída de la curva febril ocurre entre el quinto y séptimo día, situación en general inusual con el uso de cloranfenicol en nuestro medio. Más aún se señala que el tratamiento debe mantenerse por dos a tres semanas con un régimen de dosificación cada 6 horas. En la amplia experiencia nacional la dosificación habitual es cada 8 horas y en general por dos semanas y no requiere como señalan los autores, la toma de 250 cápsulas de cloranfenicol para el tratamiento de una fiebre entérica, sino que en un tratamiento estándar se usarían un número significativamente menor de comprimidos y en general con una adecuada tolerancia.

Finalmente en el artículo se plantea la utilidad de la vacunación masiva para el control de esta enfermedad en lugares de elevada prevalencia de la enfermedad y en que el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico es improbable.

LECTURAS RECOMENDADAS

- 1.- KRALJEVIC R, PERRONI J, PEARSON E et al. Cloromicetina y tifoidea: experiencia sobre 500 casos. Rev Méd Chile 1952; 80: 521-32.
- 2.- ARNOLD K, HONG CH-S, NELWAN R. Randomized comparative study of fleroxacin and chloramphenicol in typhoid fever. Am J Med 1993 (suppl 3): 195-200.
- 3.- JIMÉNEZ L, LAVAL E, VÁSQUEZ G et al. Tratamiento de la fiebre tifoidea y paratífus con ciprofloxacina. Experiencia de 25 enfermos. Rev Chil Infect 1989; 6: 19-21.

Sergio Mella M.