

prospectivo para determinar la validez de la detección de diferencial de tiempo (DDT) en el diagnóstico de ITS/CVC en pacientes pediátricos, inmunocomprometidos con CVC tunelizados, utilizando como criterio estándar de diagnóstico el cultivo cuantitativo diferencial. Como objetivo secundario se incluye determinar si el punto de corte de 120 minutos es igualmente válido independientemente del medio de cultivo utilizado.

El trabajo se llevó a cabo en el St. Jude Children's Research Hospital (hospital oncológico pediátrico con 1800 ingresos/año) desde junio del 2001 hasta septiembre del 2002. Durante el primer día de sospecha de bacteriemia, se obtuvo muestras de hemocultivo central y periférica en volumen ajustado según peso del paciente, para hemocultivo cuantitativo diferencial y hemocultivos automatizados. Las categorías de mayor peso, fueron inoculados en paralelo en 2 medios de cultivo diferentes (para aerobios y para micobacterias). Los criterios de inclusión para el análisis fueron: aquellos pacientes en que, habiéndose obtenido muestras pareadas, tuvieron al menos uno de los hemocultivos cuantitativos positivo y ambos frascos de hemocultivo del mismo medio positivos.

Durante el periodo estudiado, hubo 269 episodios

con sospecha de bacteriemia, de los cuales 33 (12%) cumplieron con los criterios de inclusión y fueron analizados. El análisis demuestra en pacientes pediátricos inmunosuprimidos con CVC tunelizado, que la DDT permite diferenciar en forma confiable entre ITS/CVC y aquellas no asociadas a CVC, siendo al menos tan válido como el cultivo cuantitativo diferencial. El punto de corte difiere según el medio utilizado (120 minutos para medio aerobio y 150 minutos para el medio de micobacterias), por lo que el medio utilizado debe ser un factor a considerar al momento de validar e interpretar valores de DDT. Los autores plantean además otros puntos a considerar al momento de interpretar los resultados de DDT, que resultan interesantes y de utilidad en la práctica clínica (hemocultivos pareados deben haber sido sembrados en medios idénticos y en volúmenes comparables; en catéter de multilumen, debe obtenerse muestra de cada lumen y considerar el primero en hacerse positivo para el cálculo de DDT). Por último, cabe destacar que esta metodología aún no ha sido validada frente a pacientes que al momento de obtenerse las muestras, estén recibiendo algún antimicrobiano.

*Beatrice Hervé E.*

Exotoxina pirogénica A estreptocócica y síndrome de Kawasaki.

#### **Possible relationship between streptococcal pyrogenic exotoxin A and Kawasaki syndrome in patients older than six months of age.**

Nomura Y, Masuda K, Yoshinaga M et al. *Pediatr Infect Dis J*, 2003; 22: 794-8.

Con etiología desconocida, la enfermedad de Kawasaki (EK) representa uno de los modelos en que se ha postulado su relación con superantígenos, con algunos reportes que incluye a estudios de estos autores y que aportan bases para esta teoría. Este estudio investiga los títulos de anticuerpos en pacientes mayores de 6 meses con EK. Se incluyó a 81 pacientes ingresados desde 1994 a 2000, (51 varones) con promedio de edad de 2,3 años (6 meses a 8,2 años), que cumplieran con los criterios de EK y recibieron inmunoglobulina endovenosa como terapia. Las muestras de suero se tomaron antes de la infusión de inmunoglobulina y con  $5 \pm 1,6$  días desde el inicio de la fiebre. El grupo control de 77 niños mayores de 6 meses presentaban como diagnóstico de ingreso infecciones respiratorias, intestinales o urinarias y tenían promedio de edad de 2,4 años. Se excluyó pacientes con infecciones estreptocócicas y estafilocócicas. A todos se les evaluó anticuerpos IgG contra cuatro tipos de superantígenos: toxina estreptocócica A (SPEA) y C (SPEC), toxina estafilocócica (TSST-1) y enterotoxina B estafilocócica (SEB). Se consideró título alto a aquel con una media mayor de 2 DS respecto de los controles en cada subgrupo.

Se encontró correlación positiva significativa en ambos grupos entre edad y títulos de anticuerpos para SPEC y SEB, y la distribución de títulos de anticuerpos para ambas toxinas fue similar en controles y pacientes con EK. Los títulos para SPEA fueron diferentes entre los grupos, existiendo mayor frecuencia de títulos altos en los pacientes con EK. Respecto de TSST-1, hubo mayores títulos altos en pacientes controles mayores de 2 años, lo que no se repitió en el valor medio al ser pareados por grupos de edad. Además, hubo una significativa mayor media de títulos contra SPEA en mayores de un año al parear con sus respectivos subgrupos controles. Los títulos de anticuerpos contra SPEA mostraron una correlación significativa positiva con el número de días de enfermedad.

**Comentario.** Se demuestra entonces una media significativamente más elevada de títulos contra SPEA en fase aguda de pacientes con EK, lo que además se correlaciona con los días de enfermedad y que podría sugerir entonces que la exposición a SPEA ocurre antes del inicio de la enfermedad. Aunque existen reportes previos que han evaluado los niveles de anticuerpos contra algunas de estas toxinas en EK, este reporte incluye un mayor número de pacientes. Hubo 4 pacientes controles también con títulos altos contra SPEA que no desarrollaron EK, por lo que persiste la hipótesis de la existencia de algún factor adicional necesario para el desarrollo de ella y mantiene la interrogante respecto de la participación de múltiples agentes quizás con una vía final común.

*Luis Delpiano M.*