

Granulomatosis con poliangeítis

He leído con atención el interesante trabajo de la Dra. Paolini y col. publicado en esta Revista¹.

Me llamó la atención que los autores continúan denominando granulomatosis de Wegener a la granulomatosis con poliangeítis, a pesar de que ese epónimo fue abandonado a partir del 2011². En esta Revista revisamos en extenso el tema durante el año 2009, brindando los argumentos necesarios^{3, 4}. Reafirmando lo previo, en el año 2012 se realizó una nueva conferencia consenso internacional en Chapel Hill, la previa había sido en 1994, donde se revisó la nomenclatura de las vasculitis y se adoptó la recomendación del *American College of Rheumatology*, de la *American Society of Nephrology* y de *European League Against Rheumatism* de reemplazar "granulomatosis de Wegener" por "granulomatosis con poliangeítis (Wegener's)"^{2, 5}.

El uso de epónimos en medicina es discutido, tanto entre los médicos como entre los especialistas del lenguaje⁶.

En las relaciones que se establecen entre las palabras y su significado se describen distintos fenómenos semánticos, tales como la polisemia: epónimos que tienen más de un significado (ej: enfermedad de Paget -osteítis deformante- y enfermedad de Paget de la mama); la homonimia: epónimos que, teniendo distinto significado, se escriben o pronuncian igual (ej: método de Abbot referido tanto a un método de coloración como a un método de tratamiento de la escoliosis, siendo dos autores diferentes) y la sinonimia: epónimos que nombran una misma realidad y, por lo tanto, expresan un mismo significado (enfermedad de Basedow o enfermedad de Parry)⁶.

Existe una tendencia en la actualidad a eliminar los nombres propios y limitarse a describir la enfermedad o lo que un signo representa patológicamente; así, en vez de signo de Babinski, decir únicamente reflejo plantar anormal con determinadas características. Más aún, se ha llegado a hacer un llamado a editores de revistas médicas de abstenerse de usar epónimos en los artículos que publican⁷.

A pesar de lo dicho previamente, creo que los epónimos se deben preservar en la medicina. La tradición y el uso han impuesto su empleo y demostrado su utilidad en la práctica clínica cotidiana. Además de facilitar la comunicación entre pares, constituye un justo homenaje a la sagacidad clínica y capacidad de observación de sus descubridores y el ser recordado en los libros de texto diariamente en todo el mundo al hablar de una enfermedad, signo o síndrome, es un honor que la medicina

debería resguardar para las eminentes personalidades científica³.

Me parece que en el simple enunciado de un epónimo existe un vacío intelectual, si no lo vinculamos al conocimiento de la biografía de su autor, su nacionalidad, su especialidad, las circunstancias de su vida y de la medicina de su época. El conocer la biografía y el entorno histórico de los descubridores o descriptores de signos, síndromes y enfermedades constituye una lección de la historia de la medicina que nos permite comprender mejor la evolución, el pasado, presente y futuro de la medicina universal.

A pesar de mi preferencia por los epónimos, creo que definitivamente a la enfermedad de Wegener se la debería denominar granulomatosis con poliangeítis^{3, 4}.

Pablo Young

Servicio de Clínica Médica,
Hospital Británico de Buenos Aires
e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

1. Paolini MV, Ruffino JP, Fernández Romero DS. Vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos, clínica y tratamiento. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 119-26.
2. Falk RJ, Gross WL, Guillevin L, et al. For the American College of Rheumatology, the American Society of Nephrology, and the European League Against Rheumatism. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's): an alternative name for Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 863-4
3. Young P, Finn BC, Bruetman JE. ¿Se debería seguir llamando enfermedad de Wegener? *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 291-2.
4. Young P, Finn BC, Bruetman JE. ¿Se debería seguir llamando enfermedad de Wegener? (En respuesta) *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 689-90.
5. Jennette, JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 1-11.
6. Alcaraz Ariza MA. Los epónimos en medicina. *Ibérica* 2002; 4: 55-73.
7. Woywodt A, Matteson E. Should eponyms be abandoned? *BMJ* 2007; 35: 424.

Más sobre el término granulomatosis de Wegener

Agradecemos el interés del Dr. Young en nuestro trabajo¹. Conocemos que el término granulomatosis de Wegener para esta enfermedad viene siendo cuestionado desde hace varios años y que su uso ha comenzado a abandonarse y ser reemplazado por el de "granulomatosis con poliangeítis (Wegener's)" luego de la propuesta del *American College of Rheumatology*, de la *American Society of Nephrology*, y de *European League Against*

Rheumatism en 2011² donde se propone incluir entre paréntesis el término (Wegener's) por varios años para facilitar la adopción gradual del nuevo término, evitar confusiones en la literatura médica y facilitar las búsquedas electrónicas. Lo mismo sucede con el síndrome de Churg-Strauss, también mencionado en nuestro trabajo, al que se recomienda denominar granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Churg-Strauss). No es sino hasta 2012 que esta propuesta es tratada nuevamente en el contexto de la Revisión de Nomenclatura de Vasculitis de la Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill y es de destacar que se publica en 2013³. Son numerosas las citas bibliográficas que en el periodo de tiempo antes mencionado siguen denominando a estas enfermedades con su epónimo. Creemos que de realizarse, tal como lo expresa el *American College of Rheumatology* el cambio será gradual y que llevará algunos años.

Nuestro trabajo fue enviado a la revista *Medicina (B Aires)* y aceptado para su publicación entre julio y septiembre del año 2012, meses previos a la publicación de la recomendación, y tiene como objetivo identificar las características clínicas de pacientes con vasculitis asociadas a ANCA. No consideramos concerniente a los autores la discusión del uso de epónimos en medicina.

María Virginia Paolini, Juan Pablo Ruffino,
Diego S. Fernández Romero

Unidad Inmunología, Hospital General de Agudos
Dr. Carlos G. Durand, Buenos Aires
e-mail: virpaolini@gmail.com

1. Paolini MV, Ruffino JP, Fernández Romero DS. Vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos, clínica y tratamiento. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 119-26.
2. Falk RJ, Gross WL, Guillevin L, et al. For the American College of Rheumatology, the American Society of Nephrology, and the European League Against Rheumatism. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's): an alternative name for Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 863-4
3. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 1-11.

Gnathostomiasis después de un viaje

El reciente informe sobre la dermatosis de origen alimentario después de viajar resulta de interés¹. Orduna et al destacan "la tríada de paniculitis migratoria, eosinofilia y consumir pescado crudo durante el viaje" como una pista para el diagnóstico de gnathostomiasis. De hecho, la erupción migratoria es una presentación importante de gnathostomiasis. Sin embargo, puede ser la presentación de otras parasitosis, como larva migrans, debida a parásitos intestinales de los animales². Centrarse en la

historia del consumo de pescado crudo, puede ser una pista. Sin embargo, no todos los tipos de peces albergan larvas de gnathostoma, si bien la mayoría de los casos de gnathostomiasis pueden tener antecedentes de ingesta de pescado crudo³. De hecho, una buena herramienta para el diagnóstico es la prueba inmunológica. Sin embargo, el inmunodiagnóstico, que puede estar disponible en países endémicos como Tailandia⁴, podría no estar disponible en los países no endémicos, como donde ocurrió este caso en un viajero.

Beuy Joob¹, Viroj Wiwanitkit²

¹Medical Academic Center, Bangkok, Thailand, ²Hainan Medical University, China, Faculty of Medicine, University of Nis, Serbia
e-mail: beuyjoob@hotmail.com

1. Orduna TA, Lloveras SC, Echazarreta SE, Garro SL, González GD, Falcone CC. Dermatitis de origen alimentario al regreso de un viaje: gnathostomiasis. *Medicina (B Aires)*. 2013; 73: 558-61.
2. Vanhaecke C, Perignon A, Monsel G, Regnier S, Paris L, Caumes E. Etiologies of creeping eruption: 78 cases. *Br J Dermatol* 2013 Sep 30. doi: 10.1111/bjd.12637. [Epub ahead of print]
3. Parola P, Caumes E. Gnathostomiasis. *Med Trop (Mars)* 2005; 65:9-12.
4. Chaicumpa W. Immunological studies on some bacterial and parasitic diseases in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1992; 23: 606-20.

Acerca de un probable caso de gnathostomiasis

En relación a la carta enviada por los Dres. Beuy Joob y Viroj Wiwanitkit¹, coincidimos, y está mencionado en nuestro trabajo² que las lesiones de tipo larva *migrans* o trayectos serpiginosos acompañados de eritema deben involucrar el diagnóstico diferencial con la enfermedad causada por larvas de parásitos intestinales de animales, como *Ancylostoma caninum*, *A. braziliense*, etc. Lo que se destaca en el caso presentado es que la expresión clínica fue de placas inflamatorias migrantes, cambiantes en su topografía y con *restitutio ad integrum* de la piel después de desaparecer las mismas. Esta presentación clínica denominada por algunos autores "forma inflamatoria" difiere de la "forma serpiginosa" de gnathostomiasis, por lo cual no se consideró en el paciente la etiología relacionada con larvas de ancilostomas de animales³.

El cuadro clínico, la epidemiología y el diagnóstico histopatológico de paniculitis eosinofílica orientaron el diagnóstico de una probable gnathostomiasis.

Disponer de un método serológico de diagnóstico hubiese sido un elemento importante para confirmar la etiología presuntiva, pero en nuestro país no disponemos

del mismo por la infrecuencia de presentación de pacientes con esta afección.

Tomás A. Orduna, Susana C. Lloveras, Sofía E. Echazarreta, Santiago L. Garro, Gustavo D. González, Claudia C. Falcone

Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina
e-mail: torduna@intramed.net

1. Beuy Joob, Viroj Wiwanitkit. Gnathostomiasis después de un viaje. *Medicina (B Aires)* 2014; 74: 263.
2. Orduna TA, Lloveras SC, Echazarreta SE, Garro SL, González GD, Falcone CC. Dermatitis de origen alimentario al regreso de un viaje: gnathostomiasis. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 558-61.
3. Camacho L. Gnathostomiasis, el caso de México. *Epidemiología en breve*, Año 1 No. 4 Julio de 2012. Dirección General Adjunta de Epidemiología, SS, México.

¿Hay gnathostomiasis en Colombia? Reflexiones a partir de un posible caso importado a la Argentina

Hemos leído con interés el artículo de Orduna y col.¹, sobre un caso importado de gnathostomiasis diagnosticado en Buenos Aires, Argentina, que tenía como antecedente haber realizado 20 días atrás un viaje a "varias ciudades de la costa caribeña de Colombia". Al respecto quisiéramos hacer algunas consideraciones y complementar, especialmente desde la perspectiva epidemiológica, de salud pública y de medicina del viajero las implicaciones de dicho reporte.

Concordamos en que el diagnóstico de esta zoonosis parasitaria transmitida por alimentos incluye la tríada de la eosinofilia, lesiones migratorias y una clara exposición en zonas de riesgo. Dicho riesgo de exposición incluye el vivir o viajar a zona endémica y consumo de alimentos que potencialmente contengan las formas larvianas del parásito (incluido pescado crudo)². Sin embargo, es de hacer notar que clínicamente los principales diagnósticos diferenciales incluyen a la angiostrongiliasis, la trichinosis y el síndrome de larva migrans cutánea². En ese sentido lo que más nos llama la atención del caso reportado en Buenos Aires es que el paciente haya probablemente adquirido la infección en Colombia.

La gnathostomiasis no se considera endémica en Colombia, formalmente hablando. En América Latina se consideran endémicos México, Ecuador y Perú². Aun cuando, ciertamente, en otros países de la región como Brasil y Argentina se han reportado algunos casos previamente^{3,4}. En Colombia solo se ha informado previamente un caso en el cual se diagnosticó la enfermedad en un agricultor de Antioquía (departamento del noroeste con costas en el mar Caribe) que había hecho un paseo en río en el municipio de Unguía (departamento de Chocó), que tiene costas en el golfo de Urabá (mar Caribe) y es

fronterizo con la Comarca Emberá-Wounaan y la Provincia de Darién de Panamá⁵. Aparte de ello no hay otros reportes en la literatura sobre estudios o casos adicionales de gnathostomiasis en Colombia. Tanto en el caso diagnosticado en Colombia⁵, como en el recientemente diagnosticado en la Argentina, procedente de nuestro país¹, el diagnóstico es solo presuntivo o probable, pero no confirmado. En ninguno de los dos se aisló e identificó la larva a partir de muestras de las lesiones (lo cual es difícil, impráctico y no se suele emplear), ni se realizaron técnicas serológicas como la ELISA o el inmunoblot para detectar la banda específica de 24-kDa^{1,2}. Debe mencionarse además, que ya se está trabajando en el desarrollo de nuevos antígenos recombinantes con el uso de técnicas de biología molecular⁶, que ayudarán a mejorar su diagnóstico etiológico.

Por todo ello nos surge la inquietud sobre la posible transmisión de *Gnathostoma spp.* en Colombia. ¿Podríamos decir que existe, o más aún, que es endémico en Colombia? Con la excepción de los estados de Tamaulipas (fronterizo con EE.UU.), Veracruz y Tabasco, de México, y los casos informados de Colombia^{1,5}, no existen otras áreas en el mar Caribe donde se hayan reportado casos de gnathostomiasis. Sin embargo, por su importancia epidemiológica, e incluso por la posibilidad de hacer estudios serológicos, hubiese sido de gran importancia precisar las zonas del Caribe colombiano donde estuvo el paciente diagnosticado en la Argentina. Los departamentos de Colombia con costa o en el mar Caribe incluyen: Antioquía, Atlántico, Bolívar, César, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, y Sucre. En esta región se incluyen ciudades de gran atractivo turístico no solo nacional, sino también internacional, como Barranquilla, Cartagena de Indias y Santa Marta, entre otras. Por lo cual la exposición en turistas y viajeros es otro aspecto a tomar en cuenta como consecuencia de este caso y la presente discusión.

Este artículo¹ sirve en todo caso para reflexionar acerca de la posibilidad de ocurrencia de esta enfermedad en el Caribe colombiano y la necesidad de investigar más al respecto para conocer su situación real, así como en la importancia del desarrollo y disponibilidad de pruebas diagnósticas específicas, para esta y otras parasitosis que pueden ser de importancia para la salud pública y la medicina del viajero.

Alfonso J. Rodríguez-Morales, Erika Vanessa Cárdenas-Giraldo,
Santiago Manrique-Castaño, Dayron Fernando Martínez-Pulgarín

Grupo y Semillero de Investigación
Salud Pública e Infección.

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad
Tecnológica de Pereira,
Pereira, Risaralda, Colombia
e-mail: arodriguez@utp.edu.co

1. Orduna TA, Lloveras SC, Echazarreta SE, Garro SL, González GD, Falcone CC. Dermatitis de origen alimentario al regreso de un viaje: gnathostomiasis. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 558-61.
2. Herman JS, Chiodini PL. Gnathostomiasis, another emerging imported disease. *Clin Microbiol Rev* 2009; 22: 484-92.
3. Vargas TJ, Kahler S, Dib C, Cavaliere MB, Jeunon-Sousa MA. Autochthonous gnathostomiasis, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2012; 18: 2087-9.
4. Kaminsky CA, De Kaminsky AR, Costantini SE, Abulafia J. Paniculitis nodular migratoria eosinofílica (gnathostomiasis humana). *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989; 17: 158-62.
5. Zuluaga AI, Restrepo M, Restrepo M, Mesa A. Paniculitis migratoria con eosinofilia: ¿Primer caso de gnathostomiasis en Colombia? *Acta Med Colomb* 1988; 13: 148-50.
6. Janwan P, Intapan PM, Yamasaki H, et al. Application of recombinant *Gnathostomaspingerum* matrix metalloproteinase-like protein for serodiagnosis of human gnathostomiasis by immunoblotting. *Am J Trop Med Hyg* 2013; 89: 63-7.

En respuesta: Sobre un posible caso de gnathostomiasis

Agradecemos la carta enviada por los Dres. Alfonso Rodríguez-Morales y col.¹, que nos permite conocer un trabajo al que no habíamos accedido para nuestra publicación y que, como se menciona, representa el primer caso descrito en Colombia de posible gnathostomiasis².

Estamos de acuerdo en que la falta de más casos reportados puede obedecer a una baja exposición al riesgo de la población colombiana en general y sobre todo de la zona litoraleña (tanto de región Caribe como de la región Pacífico) sumado a un potencial subdiagnóstico de casos interpretados bajo otros diagnósticos etiológicos.

En referencia a las ciudades visitadas por nuestro paciente, el mismo relató haber estado en Cartagena, Santa Marta y en la isla de San Andrés. Así mismo manifestó haber consumido cebiche en varias oportunidades y en diferentes locales.

Coincidimos en que se trata de un caso altamente probable, tal como se mencionara, por la epidemiología, cuadro clínico e histopatología de paniculitis eosinofílica migratoria, pero sin la confirmación diagnóstica por carecer de métodos serológicos específicos en nuestro país y la falta de hallazgo del parásito en la muestra de la biopsia realizada.

Por último, consideramos que la triquinosis o trichinelosis no debería incluirse en el diagnóstico diferencial de la gnathostomiasis, ya que si bien puede producir edemas localizados y mialgias, entre otros signos y síntomas, no hay expresión clínica de larva migrante cutánea o de paniculitis migratoria en esta zoonosis. En nuestro país, con brotes periódicos anuales de triquinosis, no hemos visto esta forma de presentación clínica^{3,4}, lo que coincide con la guía de referencia de triquinosis de la Organización Mundial de la Salud⁵.

Tomás A. Orduna, Susana C. Lloveras, Sofía E. Echazarreta, Santiago L. Garro, Gustavo D. González, Claudia C. Falcone

Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina
e-mail: torduna@intramed.net

1. Rodríguez-Morales AJ, Cárdenas-Giraldo EV, Manrique-Castaño S, Martínez-Pulgarín DF. ¿Hay gnathostomiasis en Colombia? Reflexiones a partir de un posible caso importado a la Argentina. *Medicina (B Aires)* 2014; 74: 264-5.
2. Zuluaga AI, Restrepo M, Restrepo M, Mesa A. Paniculitis migratoria con eosinofilia: ¿Primer caso de gnathostomiasis en Colombia? *Acta Med Colomb* 1988; 13: 148-50.
3. Ambrosioni J, Cecchini D, Castellaro P, Biscione F, Lloveras S, Orduna T. Triquinosis: aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Estudio retrospectivo a 10 años (1994-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clín* 2006; 24: 440-4.
4. Echazarreta S, Lloveras S, Orduna T, Garro S, Falcone C, Gonzalez G. Triquinosis in domestic travelers in Argentina: Which is the advice for international travelers? Poster 32.032. II Congreso Latinoamericano de Medicina del Viajero. 4th Regional Conference of the International Society of Travel Medicine. 14th International Congress on Infectious Diseases. Miami, USA, 9 al 12 de marzo de 2010.
5. Dupouy-Camet J, Bruschi F. Management and diagnosis of human trichinellosis. In: Dupouy-Camet J, Murrell KD, editors. *FAO/WHO/OIE. Guidelines for the surveillance, management, prevention and control of trichinellosis*. Paris: World Organisation for Animal Health; 2007. p. 37-68.

El sistema peptídico natriurético y sus biomarcadores

En *Medicina (B Aires)* 2013, los Dres. Ogawa y de Bold publicaron un excelente Artículo Especial: 'El corazón endocrino y el proceso inflamatorio'¹. En él, los autores aceptan que la disfunción ventricular no es la única causa de activación del sistema peptídico natriurético. Otras (inflamatorias endocrinas, renales, hepáticas², sepsis³) pueden alterar los niveles de estos péptidos. Se sugiere que la activación del sistema peptídico con elevación de sus biomarcadores (ANF, BNP, proBNP) es un indicador de mal pronóstico aun en enfermedades extracardíacas. En mi tesis doctoral exploré la relación entre los niveles plasmáticos de BNP al ingreso con la mortalidad hospitalaria en 357 internaciones clínicas de pacientes con cáncer de pulmón, de mama y gastrointestinal. Fueron excluidos aquellos pacientes con sepsis, insuficiencia cardíaca, ictericia y falla renal. La mediana de BNP plasmático en los dados de alta fue 64 pg/ml (3-1669) y la de los fallecidos en la internación fue de 81 pg/ml (15-4000) (p = 0.0854). Entre los 119 casos de cáncer de pulmón, la mediana de BNP fue de 63 pg/ml (3-1669) entre los dados de alta, y 87 pg/ml (25-675) en los fallecidos (p = 0.0635). Por lo

menos para este estudio, el BNP plasmático no resultó un marcador pronóstico de mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer⁴.

Marcelo Zylberman

Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina
e-mail: mzylberman@alexanderfleming.org

7. Ogawa T, De Bold AJ. El corazón endocrino y el proceso inflamatorio. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 562-6.
8. Passino C, Poletti R, Fontana M, et al. Clinical relevance of non-cardiac determinants of natriuretic peptide levels. *Clin Chem Lab Med* 2008; 46: 1515-23.
9. Burjonrappa SC, Tong AT, Xiao LC, Johnson MM, Yusuf SW, Lenihan DJ. Cancer patients with markedly elevated B-type natriuretic peptide may not have volume overload. *Am J Clin Oncol.* 2007; 30: 287-93.
10. Zylberman M. Hiponatremia y BNP plasmático como factores de riesgo de mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer de pulmón, mama y gastrointestinal. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires, 2011.

Péptidos natriuréticos en enfermedades extracardíacas

Agradezco al Dr. Zylberman el haberse comunicado con respecto al tema de péptidos natriuréticos en enfermedades extracardíacas. El gran rango de niveles de péptidos encontrados en el estudio hace sospechar que los fenotipos no eran comparables, lo cual es de esperar cuando se trabaja con diferentes tipos de cáncer o aun dentro de un mismo tipo. Sería interesante desarrollar una hipótesis más puntual. Por ejemplo, los valores de péptidos natriuréticos correlacionan con niveles de citoquinas pro-inflamatorias en el paciente con cáncer. Con respecto al muestreo, no tengo información del número de pacientes necesarios (*power*) para fundamentar el estudio.

Adolfo J. de Bold

e-mail: debold@sympatico.ca