

'Campylobacter' se asocia con síndrome de Guillain-Barré

Cada vez hay más pacientes con síndrome de Guillain-Barré que han sido infectados por *Campylobacter jejuni*, por lo que se plantea la posibilidad de tratarlos con antibióticos para reducir la aparición de este síndrome polineurogénico, que produce un alto grado de incapacidad.

20/11/2007

Campylobacter jejuni es la causa más frecuente de diarrea en el mundo y se considera el padre de *Helicobacter pylori*. "Lo más sobresaliente de la bacteria es que está asociada con un determinado número de casos del síndrome de Guillain-Barré", ha explicado a Diario Médico Manuel López-Brea, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital de La Princesa, de Madrid, que ha coordinado el XXIV Seminario Internacional de Microbiología Clínica, celebrado en el citado centro.

Cada vez hay más evidencias de que un determinado grupo de enfermos con el citado síndrome ha tenido previamente una infección por *Campylobacter*. "Aún no se sabe el tiempo que transcurre desde la infección bacteriana hasta la aparición del síndrome polineurogénico".

López-Brea ha recordado que la mayoría de las diarreas por *Campylobacter* son autolimitadas, que requieren rehidratación, y en pocas ocasiones necesitan tratamiento antibiótico. "Ante el aumento de pacientes que desarrollan síndrome de Guillain-Barré, se plantea la posibilidad de tratar a todos con antibióticos para intentar evitar su aparición".

Sepsis

El microbiólogo ha recordado que se está trabajando en el empleo de métodos moleculares más exactos para poder hacer un diagnóstico precoz de la sepsis, "sobre todo en enfermos inmunodeprimidos y en los ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Lo que se pretende es intentar hacer un diagnóstico lo más precoz posible". Por su parte, Diego Domingo, de La Princesa, se ha referido a la tuberculosis, "infección que produce más de un millón y medio de muertes al año".

El especialista ha mostrado su desánimo al comentar que, según los últimos datos presentados en una reunión internacional en Ciudad del Cabo, en Sudáfrica, la incidencia cae ligeramente, la prevalencia y la mortalidad descienden, pero con mucha lentitud, y se está haciendo hincapié en la detección de los sujetos bacilíferos, de coinfectados con VIH y de cepas multirresistentes. "La inversión destinada para el manejo de la tuberculosis ha subido en los últimos años, pero aún es insuficiente".

Dentro de la OMS se encuentra el grupo Stop-TB que tiene como objetivo potenciar los tratamientos directamente observados. "Lo que ocurre con el tratamiento de la tuberculosis es que es muy largo. Al mejorar, los pacientes dejan la terapia y vuelven a recaer".

También hay que tener en cuenta las multirresistencias, que se definen cuando una cepa es resistente a isoniazida y rifampicina. "En estos casos se acude a los fármacos de segunda línea, que son más tóxicos.

Además, en 2006 apareció una cepa, denominada XDR, que es resistente a todas las quinolonas y tobramicina, amikacina y kanamicina. Esta cepa se localizó en Sudáfrica, pero se ha visto en países

de otros continentes".

Fuente: Diariomedico.com