

## Revista Clínica Española



https://www.revclinesp.es

## 842 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MICROBIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL

**Juan Cantón de Seoane**<sup>1</sup>, Marta Rodríguez Sanz<sup>2</sup> y Laura Jesús Barrado Blanco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España. <sup>2</sup>Medicina Interna, Hospital Severo Ochoa, Leganés, España. <sup>3</sup>Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España.

## Resumen

*Objetivos:* Descripción de características microbiológicas y clínicas de pacientes aislamiento de micobacterias no tuberculosas (MNT).

*Métodos:* Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con al menos un aislamiento microbiológico de MNT de un Hospital Universitario de segundo nivel recogido entre el año 2017 y 2019. Se han recogido distintas variables microbiológicas así como clínicas. Se han empleado los criterios de la ATS (American Thoracic Society) y la IDSA (Infectious Diseases Society of America) para su clasificación como enfermedad pulmonar real de MNT. El análisis estadístico se ha realizado con el programa STATA.

Resultados: De los 238 pacientes en los que se aisló MNT, 162 fueron hombres (68,07%) y 76 mujeres (31,93%). La edad media fue 66 años (SD 13,25). Por orden de frecuencia las micobacterias aisladas fueron: 69 (28,99%) M. avium, 54 (22,69%), M. gordonae, 24 (10,08%) M. lentiflavum, 22 (9,24%) M. mageritense, 14 (5,88%) M. fortuitum, 10 (4,2%) M. mucogenicum y M. xenopi, 7 (2,94%) M. intracellulare, 5 (2,1%) M. abscessus, 4 (1,68%) M. chimaera, 3 (1,26%) M. chelonae y M. peregrinum, 2 (0,84%) M. massilliense, M. brisbanense, M. elephantis, M. kansasii y, y 1 (0,42%) M. agri, M. alsiense, M. kumamotonense, M. malmoense, M. neoaurum, M. obuense y M. parascrofulaceum. Las muestras fueron aisladas en su gran mayoría en muestras respiratorias, 172 (72,27%) de las cuales, en esputo, 52 (21,84%) en broncoaspirado y 7 (2,94%) en lavado broncoalveloar. Además, 5 (2,1%) fueron aislados en orina y 1 (0,42%) fue aislado en jugo gástrico y en biopsia. En cuanto a las comorbilidades presentes en estos pacientes, 64 (26,88%) presentaban bronquiectasias, 95 (39,9%) tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 29 (12,18%) secuelas o lesiones residuales de una tuberculosis pasada. 41 (17,22%) presentaban otras enfermedades respiratorias crónicas tales como asma, fibrosis quística o enfermedad pulmonar intersticial difusa. Finalmente, 52 (21,85%) estaban inmunosuprimidos. 24 (10,1%) pacientes fueron tratados. Los regímenes más habitualmente empleados eran triple terapia incluyendo un macrólido, una rifamicina y etambutol o myambutol. De estas 21 (87,5%) cumplían criterios clínicos, microbiológicos y radiológicos, 2 (8,2%) criterios clínicos y radiológicos y 1 (4,1%) solo presentaba criterios clínicos. En cuanto al patógeno tratado, 18 (73,8%) fue M. avium, 3 (12,3%) M. xenopi, 2 (8,2) M. gordonae y 1 (4,1%) M. abscessus.

- 1. Clínicos: síntomas respiratorios, siempre que se hayan excluido otros diagnósticos 2. Microbiológicos (uno es suficiente):
- Obtención de al menos dos cultivos positivos en al menos dos muestras separadas de esputo
- Cultivo positivo de al menos un lavado broncoalveolar
- Cultivo positivo para MNT tras una biopsia transbronquial o tras cualquier biopsia con características de micobacterias (inflamación granulomatosa)
- 3. Radiológicos: opacidades nodulares o cavidades en la radiografía de tórax o tomografía computarizada torácica con bronquiectasias multifocales y pequeños nódulos

Discusión: Hay más de 190 especies de MNT, algunas de ellas patógenas en humanos siendo la afectación pulmonar la forma más frecuente de aparición. *M. avium, M. kansasii, M. xenopi y M. abscessus* son las especies patógenas más frecuentemente aisladas, similar a nuestra muestra. Es recomendado iniciar tratamiento en caso de cumplir criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos (tabla). El régimen antibiótico recomendado debe incluir 3 fármacos incluyendo un macrólido en caso de que sean susceptibles.

Conclusiones: La mayoría de bacterias no tuberculosas aisladas se consideraron no patógenas. Aquellas que cumplían los criterios clínicos, microbiológicos y radiológicos fueron tratadas mediante un régimen de tres antibióticos que incluían un macrólido, una rifamicina y etambutol o myambutol siendo  $M.\ avium\$ la más frecuentemente aislada y tratada.