



<https://www.revclinesp.es>

## A-32. - AISLAMIENTOS DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS

M. Rivas Carmenado<sup>1</sup>, S. Santos Seoane<sup>1</sup>, H. Villar<sup>2</sup>, M. Zarraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el significado clínico de los aislamientos de micobacterias no tuberculosas en muestras respiratorias y no respiratorias en los últimos 10 años en nuestro hospital. Para ello se ha realizado un estudio retrospectivo describiendo los aislamientos, incidencia de infección/colonización, localización de las muestras, además de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes estudiados.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los aislamientos de micobacterias no tuberculosas (MNT) en el laboratorio de Microbiología del Hospital San Agustín, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2011. La identificación se realizó usando técnicas moleculares con sondas de ADN (Accuprobe®, GEN-PROBE), PCR e hibridación de ADN (CM/As Genotype®).

**Resultados:** Se obtuvieron 485 aislamientos pertenecientes a 436 pacientes. La media de edad fue  $64 \pm 38$  (mediana 69), 75% eran hombres y en 16% de los casos había más de un aislamiento. El 86% de las muestras tenían un origen respiratorio (esputo 76% (372) y 14% aspirado (69%)), seguido de un 4,5% de origen urinario (22) sistémicas y ganglionares. Se identificaron 20 especies distintas la más frecuente fue *M. gordonae* (32,8%), seguida *M. fortuitum* (10,3%), complejo MAC (8,6%) y *M. kansasii* (6,8%). En lo que respecta a los factores predisponentes el 34% de los pacientes estaban diagnosticados de EPOC, 14% tenían bronquiectasias, un 22,7% antecedentes de cáncer, 1,5% fibrosis quística y un 11,5% (50%) historia previa de tuberculosis. Un 12% de los pacientes eran VIH positivos, las especies más comúnmente aisladas en este grupo fueron MAC, *M. kansasii*, *M. gordonae* y *M. xenopi*. La incidencia de infección fue 8,3% (36), un 47,2% eran pacientes inmunocomprometidos (13,9% VIH y 33% estaban diagnosticados de cáncer) un 33,3% presentaban varios aislamientos. El patrón radiológico más habitual fue el bronquiectásico-nodular y el síntoma más prevalente la hemoptisis. *M. kansasii* y el complejo MAC fueron las micobacterias con significado clínico más comúnmente aisladas. Se administró tratamiento al 80% de los casos de infección, con tres fallecimientos no documentándose recidivas.

**Discusión:** Las micobacterias atípicas o ambientales (MNT) están ampliamente distribuidas en el medio ambiente, los signos y síntomas de la enfermedad por estos microorganismos son variables e inespecíficos por lo que es complejo separar aquellos que se deben a una infección de los que se presentan en pacientes con enfermedades predisponentes que pueden incrementar la susceptibilidad individual a la colonización y que habitualmente no precisan tratamiento.

**Conclusiones:** Los aislamientos por micobacterias no tuberculosas son cada vez más frecuentes, en el estudio la mayor parte de los mismos correspondieron a colonizaciones. Las especies más frecuentemente aisladas

con significado clínico fueron el complejo MAC y *M. kansasii*. En nuestra experiencia es necesario evaluar su significado como patógenos en pacientes inmunocomprometidos y en aquellos donde se obtengan aislamientos repetidos en una o más localizaciones.