Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1056

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-034 - *MYCOBACTERIUM KANSASII* EN MUESTRA RESPIRATORIA EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

I. Ruiz del Barrio[1], A. Iturzaeta Gorrotxategi[2], A. Arrospide Elgarresta[3], J. Martí Cabane[1], A. Zurutuza Azurmendi[1], B. Lasa Intxausti[1], A. Labirua-Iturburu Ruiz[1], J. Rodríguez Chinesta[4]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Microbiología. [3]Unidad de Investigación OSIS. Hospital de Zumárraga. Zumárraga (Guipúzcoa). [4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Objetivos: Mycobacterium kansasíí es una micobacteria ambiental ubicua que se aísla fundamentalmente en agua dulce. La presentación clínica y radiológica de la afectación pulmonar es muy similar a la de la tuberculosis, siendo la micobacteria atípica que más se parece. Objetivo: describir la epidemiologia de las contaminaciones/infecciones de la vía respiratoria diagnosticadas en Hospital comarcal de Zumárraga desde enero 2007 a diciembre de 2014.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos donde se aisló Mycobacterium kansasii en muestras respiratorias, analizándose variables estadístico-clínico-epidemiológicas durante un periodo de 8 años. Se definió como infección según criterios de la ATS: criterios clínicos, radiológicos y 2 cultivos seriados positivos de esputo o 1 BAL o 1 cultivo de una biopsia.

Resultados: 9 casos; fueron infección 6c (67%) y contaminación 3c (33%). Sexo: 100% varones. Edad: media 58 a (40-71). Factores predisponentes: OCFA 8c (89%), tabaquismo 8c (89%), enolismo 5c (56%), Neumoconiosis (silicosis) 1c (11%). Respecto al VIH no se recogió en la mayoría de los casos, solo se realiza en 2 casos de infección, siendo negativos. La sintomatología en los casos de infección (6c): sospecha de TBC en 4c/6c (67%) y hemoptisis 2c/6c (33%). En los contaminantes (3c) los síntomas: tos, infección respiratoria o NAC. El cultivo de esputo: 2 o más muestras positivas en 7c/9c (78%) del total, en los casos de infección en 6c/6c (100%), la baciloscopia fue positiva en 5c/9c (56%)de los casos totales, siendo en los infectados 5c/6c (83%) y en todos los casos de contaminantes fue negativa. La Rx de tórax/TAC: datos de BNCO 7c/9c (78%) y en 1c no había registro. En los infectados 3c/6c (50%) tenían cavitación. La broncoscopia no realizada el 78% de los casos. Se realizó en 2c que la baciloscopia era negativa; 1 c infección y 1 c contaminación. Recidiva: ningún caso, pero 1c tuvo 3 episodios de infección.

Conclusiones: En nuestra serie los pacientes eran varones el 100%, con edad media de 58 a, como factores predisponentes ser OCFA y tabaquismo (89%), y enolismo (56%); coincidiendo con diferentes estudios publicados. De los 9 casos aislados tuvimos un 67% de infección y 33% contaminación. La sospecha clínica de TBC fue en el 67% de los infectados. En el 100% de infectados tuvieron en el cultivo de esputo 2 o más muestras positivas y la baciloscopia fue positiva en el 83% de los casos. El patrón radiológico de cavitación presentaban el 50% de los infectados. En nuestra área una muestra respiratoria con baciloscopia positiva, sería conveniente realizar PCR Mycobacterium tuberculosis y si es negativo tendríamos que sospechar infección por Mycobacterium kansassi. Este microorganismo se ha asociado con frecuencia a pacientes con

infección por VIH, en nuestro estudio no hubo correlación pero solo se realizó en el 22% de los casos.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.