



<https://www.revclinesp.es>

I-HIV-001 - RAREZAS DE NUESTRAS MICOBACTERIOSIS: REVISIÓN DE TRES CASOS

J. Pérez Díaz¹, A. Guzmán González², J. Osuna Sánchez¹, J. Molina Campos¹ y F. Garcés Molina¹

¹Medicina Interna; ²Microbiología. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Resumen

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia como Centro a propósito de 3 casos de infección por micobacteria no tuberculosa (MNT) que documenta alguna característica no habitual.

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente los aislamientos de MNT, con apoyo del Servicio de Microbiología, de los últimos 10 años y a posteriori revisamos las historias clínicas identificándose 3 casos de infección que mostraba algún elemento poco usual. Caso 1: hombre, 40 años, EPOC bronquítico moderado (FEV1 55%), tabaquista, sin antecedentes epidemiológicos y sin viajes documentados recientes, clínica de disfonía de 2 meses y disnea con tos productiva purulenta de 1 mes, exploración ORL con lesión granulomatosa en ventrículo laringeo, infiltrados cavitados con micronódulos pulmonares ("tree in bud"), aislándose *Mycobacterium africanum* en cultivo de esputo y BAS. Tratamiento: dos primeros meses isoniacida/rifampicina/etambutol y pirazinamida (HREZ) y los cuatro restantes con HR, mejoría clínica. Caso 2: varón, 64 años, fibrilación auricular, clínica de tumoración dolorosa radial derecha compatible con tenosinovitis. Sinovectomía programada con hallazgo de sinovitis crónica granulomatosa no caseificante sin hongos o BAAR. Cultivo lowenstein positivo para *Mycobacterium caprae*. Tratamiento HREZ por 4 meses. Caso 3: hombre, 81 años, exminero, silicosis, bronquiectasias, EPOC grave (FEV1 30%) no corticodependiente con oxigenoterapia. Estando recibiendo tratamiento tuberculostático (buen cumplimiento) por TBC cavitada presenta nueva agudización. En TAC torácica nuevas lesiones micronodulares en língula y LM y cavitación en LS. Múltiples esputos: aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* y *avium* complex. Tratamiento de ambos patógenos: HRE y claritromicina 10 meses, mejoría clínica.

Resultados: Se presentaron 3 pacientes de sexo masculino pero de diferentes generaciones. Dos tenían patología broncopulmonar crónica, siendo uno enfisematoso severo con antecedentes de silicosis, bronquiectasias y múltiples agudizaciones. El patrón radiológico predominante fue de cavitación y micronódulos. La evolución fue siempre favorable. La terapéutica sólo en un caso incluyó macrólidos. Respecto a la atipicidad, motivo principal de nuestra revisión, el primer caso presentó tuberculosis pulmonar y laríngea por una especie de MNT "muy rara" en nuestro entorno cercano. El caso número dos destaca por la "localización osteoarticular" de la infección. Y por último, el tercer caso se interpretó como una "coinfección en paciente no inmunodeprimido".

Discusión: *M. africanum* descrito en 1968, origina más del 60% de la TBC pulmonar en centro África, es muy raro en nuestro entorno, la mayoría de las veces se ha descrito en población inmigrante o que ha realizado viajes a ese continente. Necesitamos la correcta identificación de la especie por la capacidad que *M. africanum* tiene de producir infecciones diseminadas. La incidencia de tuberculosis en humanos secundario a

Mycobacterium caprae es muy baja (0,3%) y está casi confinada a Europa. Esto explica los pocos registros: 2 cutáneos, una pericarditis, uno urinario, una meningitis y un caso con compromiso peritoneal. Por último comentar que los casos con aislamientos mixtos acontecen en situaciones de severa inmunosupresión. La interpretación de los aislamientos mixtos en muestras respiratorias plantea dificultades, pudiendo tratarse de una colonización o bien contaminación de la muestra, por parte de la MNT, o de una auténtica infección.

Conclusiones: Estamos asistiendo a un aumento en la incidencia de micobacteriosis atípicas propiciado por un incremento en el número de pacientes inmunodeprimidos. Las formas clínicas de presentación son la enfermedad pulmonar, linfadenitis, infección de catéteres, afectación esquelética, enfermedad diseminada e infecciones de piel y tejidos blandos. El tratamiento difiere mucho en función de la presentación clínica. Debido al desarrollo de resistencias bacterianas, es preciso asociar varios medicamentos. No existen pautas protocolizadas para tratar estos procesos.