



I-074 - MICOBACTERIAS AMBIENTALES EXTRAPULMONARES EN ESPAÑA

R. Martínez Gutiérrez¹, F. Álvarez Navascués², J. Gullón Blanco², M. Villanueva Montes², D. Pérez Martínez¹, S. Santos Seoane¹, J. Valdés Bécares¹ y J. García García²

¹Medicina Interna, ²Neumología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Resumen

Objetivos: Valorar los aislamientos de micobacterias ambientales (MA) en muestras extrarrespiratorias producidos a nivel nacional, así como analizar aquellos que cumplen criterios de enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo donde se recogieron todos los aislamientos de MA en muestras extrarrespiratorias incluidos en el registro multicéntrico del grupo de micobacterias ambientales de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR) entre septiembre de 2015 y junio de 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico IBM SPSS versión 19,0.

Resultados: Se recogió el aislamiento de MA en 22 muestras extrarrespiratorias. El aislamiento en adenopatías fue el más numeroso (9 casos), siendo *M. avium intracellulare* (MAI) la especie más frecuente (6), seguido de infección de piel y partes blandas (6) donde predominaron los aislamientos de MA de crecimiento rápido. Se hallaron casos aislados en sangre (3), heces (2), vía biliar (1), líquido sinovial (1) y médula ósea (1). La edad media de los pacientes fue de 43 años, y no hubo diferencias en cuanto a sexo. El 77% de los pacientes (17) provenía de medio urbano. Se realizó tratamiento en 14 casos (63,3%), y antibiograma en 7 casos, de los cuales 3 eran micobacterias de crecimiento rápido y los otras 4 MAI. De las 8 muestras de adenopatías, 6 de ellas correspondían a niños (5 MAI y 1 *M. scrofulaceum*) y las otras 2 a pacientes con infección por VIH. En el 4 de los casos pediátricos se realizó tratamiento quirúrgico y en el resto tratamiento médico basado en macrólidos. Los casos de bacteriemias fueron dos pacientes con infección por VIH donde se aisló MAI siendo tratados con isoniacida, rifampicina y claritromicina, y el tercero fue un aislamiento de *M. chelonae* interpretado como contaminante. También se realizó tratamiento en los aislamientos biliar, sinovial y de médula ósea, así como en la mayoría de los casos cutáneos.

Discusión: Las MA o no tuberculosas son organismos ampliamente distribuidos que se asocian sobre todo a enfermedad pulmonar en pacientes con factores de riesgo. La interpretación de los aislamientos y pruebas de sensibilidad así como pautas de tratamiento complejas y prolongadas hace de estas infecciones un reto diagnóstico y terapéutico. Su prevalencia se ha visto aumentada en las últimas décadas, asociándose a diversas circunstancias (mejora de técnicas diagnósticas, inmunosupresión), aunque los aislamientos fuera del tracto respiratorio son bastante infrecuentes. Las infecciones más frecuentes son las que afectan al tejido linfático y a piel y partes blandas, causadas por MAI y MA de crecimiento rápido respectivamente, lo cual coincide con los datos

existentes en la literatura, concretamente se puede observar que la mayoría de los casos de linfadenitis se producen en niños y los casos de enfermedad diseminada en pacientes inmunodeprimidos. Llama la atención que se haya realizado antibiograma solo en 2 de los 5 casos tratados MA de crecimiento rápido, dado que en estos casos el tratamiento se ha de basar en las pruebas de sensibilidad, y sin embargo se ha realizado en otras especies, como MAI, donde su utilidad es más cuestionada por las dificultades de interpretación. También cabe resaltar los casos de linfadenitis en niños en los que se ha optado por tratamiento médico a pesar de que el tratamiento quirúrgico es de elección en estos casos. Son necesarios más estudios para conocer la evolución clínica y microbiológica de los aislamientos.

Conclusiones: Los aislamientos extrapulmonares de MA se asocian sobre todo a cuadros de linfadenitis en niños e infección diseminada en paciente inmunodeprimido, sobre todo con infección por VIH. Es necesario valorar la realización e interpretación del antibiograma en función de la especie aislada así como adecuar la pauta terapéutica a las recomendaciones y guías clínicas.