



I-131 - EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN MURCIA

J. Pagán Escribano¹, A. Pinos Blanco¹, M. Castejón Giménez¹, A. de la Cierva Delicado¹, J. Sánchez Lucas¹, M. Hernández Vidal¹, L. Lozano García² y C. Candel Pérez²

¹Medicina Interna; ²Microbiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir la epidemiología de las infecciones por micobacterias en la Vega Media del Segura.

Material y métodos: Análisis descriptivo de infecciones causadas por micobacterias en los últimos 20 años. Se analizaron todos los casos microbiológicamente confirmados de Mycobacterium tuberculosis (MT) y micobacterias no tuberculosas (MNT) entre 1996-2016. Las variables analizadas fueron la edad, sexo, país de procedencia, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), localización de la infección y baciloscopia. El cultivo se realizó en medio de Lowenstein-Jensen (BD)[®], y desde 2006 también en Bactec MGIT 960(BD)[®]. La identificación de la cepa se realizó mediante Accuprobe MTBC Kit[®] y PCR. Para la selección de los casos se utilizaron los criterios de la American Thoracic Society (ATS). Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y se procesaron con el paquete estadístico SPSS v.22.

Resultados: Se analizaron un total de 749 casos. Un 84,5% fueron MT y 15,5% MNT. De las infecciones por MNT 60,3% eran hombres. Edad media de 59,72 ± 19,95 años. Las infecciones causadas por MNT aumentaron del 17,1% en 1996 al 42,1% en 2016. La especie más frecuente fue Mycobacterium kansasii (MK) (43,1%), seguido de Mycobacterium avium complex (MAC) (30,2%), M. abscesus (4,3%), M. malmoense (3,4%), M. chelonae (2,6%), M. fortuitum (2,6%), M. genavense (1,7%), M. Marínium (1,7%), M. peregrinum (1,7%) y M. bovis (1,7%). El resto de casos suponían ≤ 0,9% por especie. Las formas clínicas de presentación fueron: 84,5% pulmonar, 9,5% diseminada, 2,6% urinaria, 1,7% ganglionar, 0,9% cutánea y un 0,9% pleural. Las infecciones por MK fueron pulmonares en un 98% (p < 0,001). Un 23,3% de los pacientes tenían co-infección por VIH. Un 6% del total de casos eran inmigrantes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, edad, localización de la infección ni co-infección por VIH entre españoles e inmigrantes. En un 73,3% de los casos de MNT la baciloscopia fue negativa, mientras que en los casos de MT fue positiva en un 53,2% (p < 0,001).

Discusión: La incidencia de las infecciones por MNT ha experimentado un crecimiento en los últimos años. Este tipo de micobacterias, también denominadas micobacterias atípicas, se comportan como contaminantes ambientales. Asociada a la mejoría de las técnicas diagnósticas y a su asociación con estados de inmunodepresión se ha producido un incremento de su importancia en la práctica clínica diaria. La proporción de enfermedad por MT/MNT se ha ido invirtiendo con el tiempo. Las

infecciones por MNT pueden pasar desapercibidas. Suelen producir enfermedad pulmonar, ganglionar o diseminada, pudiendo afectar a otros órganos. Para su diagnóstico son necesarios criterios clínicos, microbiológicos y datos de respuesta al tratamiento. La presentación clínica y radiológica de la afectación pulmonar por MK suele ser similar a la de MT. Al igual que podemos encontrar en la literatura actual, las especies más frecuentes en nuestra muestra fueron MK y MAC.

Conclusiones: 1. La proporción de infecciones por MNT se ha incrementado con el paso de los años. 2. Las infecciones por MNT fueron más prevalentes en hombres y las especies más frecuentemente aisladas fueron MK y MAC. 3. La sensibilidad de la baciloscopia de MNT en nuestra muestra fue del 26,7%. 4. Las formas clínicas más frecuentes en nuestra muestra fueron la pulmonar, la diseminada y la urinaria. 5. Combinar criterios clínicos y microbiológicos es fundamental para un correcto diagnóstico de enfermedad por MNT.