

MICOBACTERIOSIS ATÍPICAS NO VISCERALES: NUESTRA EXPERIENCIA.



C. Faura Berruga¹, E. Escario Travesedo¹, M.L. Martínez Martínez¹, J. M. Azaña Defez¹, Lorenzo J. Pérez García¹, María Rodríguez Vázquez¹, M.C. Martín de Hijas Santos¹, P. Robles Domínguez², L. Iñiguez de Onzoño Martín³.



Servicio de Dermatología.¹ Servicio de Microbiología.² Servicio de Anatomía Patológica.³
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

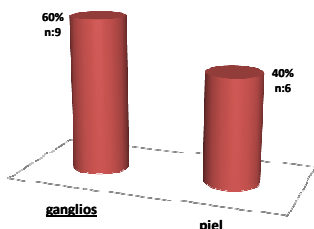


OBJETIVO: Recoger la prevalencia de micobacteriosis atípicas no viscerales (en piel y ganglios) en los últimos 12 años en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

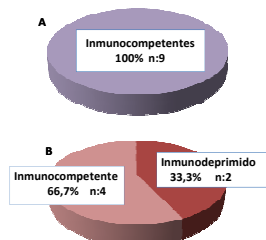
MATERIAL Y METODO: Estudio observacional retrospectivo realizado con la base de datos del servicio de Dermatología y Microbiología desde el año 1997 al 2009.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 15 casos de micobacteriosis atípicas no viscerales de los cuales un 40% fueron en piel y un 60% adenitis. De las lesiones cutáneas se aislaron 2 casos de *M. marinum*, 3 casos de *M. chelonae* y uno de *M. fortuitum*. Los dos casos de *M. marinum* eran pacientes inmunocompetentes, ambos presentaban una única lesión en placa infiltrada en MMSS y el antecedente epidemiológico de haber tenido contacto con acuarios. Dentro de los tres casos de *M. chelonae*, había dos pacientes inmunodeprimidos por insuficiencia renal crónica que estando ingresados por otras patologías, presentaron abscesos distales en extremidades. La otra paciente con *M. chelonae* era sana y en el lugar donde refería haberse golpeado con un banco presentaba una lesión nodular, ulcerada y exudativa. En el caso de *M. fortuitum*, existía el antecedente de atropello y cirugía reparadora del miembro inferior afectado. Los casos con adenitis por micobacterias atípicas eran todos pacientes pediátricos, sin factores de riesgo ni inmunodepresión. Los patógenos más prevalentes fueron *M. lentiflavum* (resistente a todos los antituberculosáticos excepto a cicloserina) y *M. avium*.

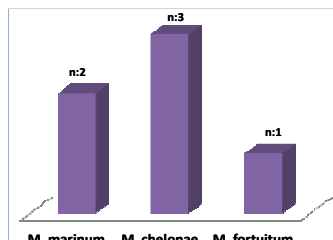
CASO	EDAD (años)	SEXO	CLÍNICA	DURACION CLÍNICA PRECONSULTA	FACTORES DE RIESGO	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	PATÓGENO	TRATAMIENTOS PREVIOS	TRATAMIENTO DEFINITIVO
1	3	V	adenitis	20 días	no	Ninguno	<i>M.lentiflavum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico + isoniacida	Linfadenectomía
2	4	M	adenitis	30 días	no	Ninguno	<i>M.lentiflavum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico	Linfadenectomía
3	2	V	adenitis	15 días	no	Ninguno	<i>M.lentiflavum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico	Linfadenectomía
4	2,5	V	adenitis	15 días	no	Ninguno	<i>M.scrofulaceum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico	Linfadenectomía
5	5	M	adenitis	30 días	no	Ninguno	<i>M.avium</i>	zitromicina	Linfadenectomía
6	2	M	adenitis	30 días	no	Ninguno	<i>M.avium</i>	1º)cefaclor v.o y luego cefuroxima+clindamicina .iv	Linfadenectomía
7	2	V	adenitis	60 días	no	Ninguno	<i>M.avium</i>	Claritromicina	Linfadenectomía
8	10	M	adenitis	21 días	no	Ninguno	<i>M.avium</i>	Nada	Linfadenectomía
9	6	V	adenitis	20 días	no	Ninguno	<i>M.lentiflavum</i>	claritromicina y rifabutina	Linfadenectomía
10	50	V	cutánea	60 días	no	Limpieza acuario	<i>M.marinum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico + itraconazol	doxiciclina 4 meses + crioterapia
11	46	M	cutánea	15 días	no	Atropello y reconstrucción plástica	<i>M.fortuitum</i>	amoxicilina-ácido clavulánico	Desbridamiento quirúrgico (Por intolerancia a doxiciclina); Rifampicina + etambutol (1 año)
12	36	M	cutánea	90 días	no	Limpia acuarios	<i>M.marinum</i>	amoxicilina-acido clavulánico,itraconazol,yoduro potásico y doxiciclina	Rifampicina + etambutol (1 año)
13	56	M	cutánea	30 días	no	Traumatismo	<i>M.chelonae</i>	Nada	Minociclina 4 m.
14	71	V	cutánea	30 días	IRC, trasplante renal	Hospitalización	<i>M.chelonae</i>	Punción drenaje de la lesión	Tobramicina + claritromicina 1º)cambio catéter central, 2º)tobramicina+claritromicina, 3º)claritromicina+proteonamida
15	57	V	cutánea	20 días	IRC, hemodiálisis, DM tipo1	Hospitalización y catéter central	<i>M.chelonae</i>	1º)imipenem+vancomicina 2º)ceftazidima+ciprofloxacino	



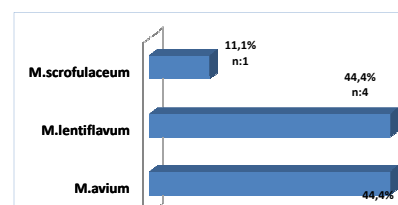
Micobacteriosis atípicas no viscerales desde 1997-2009



Prevalencia de inmunodeficiencia en micobacteriosis atípicas en adenitis (A) y en lesiones cutáneas (B).



Prevalencia de micobacterias atípicas cutáneas.



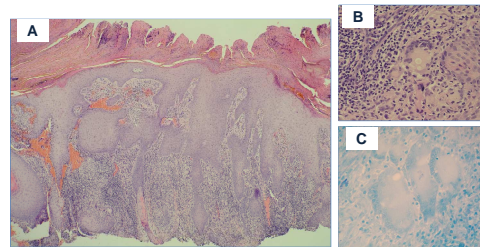
Prevalencia de micobacterias atípicas en adenitis.



Caso nº 3 : varón de 2 años con adenopatía submandibular izquierda eritematosa, fluctuante, indolora, con lesión costrosa central secundario a fistulización de la lesión; 15 días de evolución.



Caso nº 10: varón de 50 años con antecedente de limpieza de acuarios. Presenta una placa infiltrada única, eritematosa, con lesión costrosa central, no pruriginosa, no dolorosa en dorso de la primera falange del primer dedo de la mano izquierda de 2 meses de evolución.



Caso nº 10: Marcada acantosis irregular de la epidermis con hiperqueratosis paraqueratosa. Abundante infiltrado inflamatorio linfocitario de la dermis (A). Acumulos de histiocitos formando granulomas (B), Ziehl-Neissen negativo (C)

CONCLUSIONES: Las micobacteriosis atípicas son una patología poco frecuente en nuestro medio hospitalario; siendo los patógenos más prevalentes dentro de las manifestaciones cutáneas *M.chelonae* (2/3 inmunodeprimidos) y *M.marinum* (con traumatismo previo). Dentro de las adenitis las micobacterias más frecuentes son *M.lentiflavum* y *M.avium*, siempre en edad pediátrica y sin ningún factor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bartralot R, Pujol RM y cols. Cutaneous infections due to nontuberculous mycobacteria: histopathological review of 28 cases.. J. Cutan Pathol 2000;27:124-129.
- Valdés F, Cid A. Micobacterias atípicas.Revisión. Actas Dermosifilográficas 2004;95(6):331-57.
- Esteban J y cols. Infecciones por micobacterias atípicas. Medicine 2006;9(56):3632-3638.
- Fitzpatrick. Dermatología en medicina general. 6ª edición. Vol. III, pág. 2202-2205.
- García Acebes C.R. y cols . Infección por *Mycobacterium marinum*. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. Actas Dermosifilográficas.2006;97(10):653-7