

Linfadenitis ulcerativa por *Mycobacterium fortuitum* en un paciente con sida

Sr. Editor: Durante años la descripción de enfermedades producidas por micobacterias atípicas era un hecho ocasional y casi anecdótico, ligado a pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia; sin embargo, en los últimos 15 años ha pasado a ser una infección relativamente frecuente, sobre todo acondicionada a la pandemia del sida¹. En la actualidad se acepta que el sida ha producido también un importante incremento en la incidencia de las enfermedades por micobacterias, tanto en su número como en las especies micobacterianas implicadas. Las formas clínicas de presentación habitualmente descritas son: pulmonar, linfadenitis, abscesos de piel y osteomielitis. En una gran mayoría de los países desarrollados se ha descrito un aumento importante en la incidencia de micobacteriosis, incluso en niños, lo cual se debe al aumento del reconocimiento clínico de la enfermedad^{2,3}. Respecto a las micobacterias de crecimiento rápido, la mayoría de los casos clínicos son esporádicos, muchos de ellos asociados a traumatismos o heridas posquirúrgicas. Las infecciones clínicas en su mayoría (> 90%) se deben a tres especies; *Mycobacterium fortuitum*, *Mycobacterium chelonei* y *Mycobacterium abscessus*⁴. El aislamiento de *M. fortuitum* en casos de linfadenitis, adenomegalia o abscesos tanto en adulto como en niños es muy inusual⁵. El objetivo de este trabajo es comunicar el primer caso de linfadenitis ulcerativa causada por *M. fortuitum*, en un paciente cubano infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Varón de 30 años de edad con infección por el VIH desde marzo de 1998. En mayo de 1999 desarrolla una criptococosis meníngea, tratada con una dosis total de 400 mg de anfotericina B y de fluconazol 400 mg/día durante 6 semanas. Con dicho tratamiento el enfermo tuvo mejoría clínica y fue regresado con profilaxis de fluconazol 200 mg tres veces por semana. En su evolución presentó una buena respuesta; posteriormente, los niveles de CD4 continuaron bajando de forma progresiva hasta 43 cél./μl (3%), y en enero del año 2000 presentó una reactivación de la infección por *Cryptococcus neoformans*, tratada en esa ocasión con similares dosis (terapéutica y profiláctica) de fluconazol, obteniendo una buena recuperación. En julio de 2001 comenzó el tratamiento antirretroviral por vía oral con: zidovudina 300 mg/12 h, lamivudina 150 mg/12 h

e indinavir 800 mg/8 h; sin embargo, el paciente no presentó una buena adherencia a esta terapia, por lo que tampoco experimentó buena respuesta inmunológica, manteniendo niveles de CD4 < 100 cél./μl. En diciembre del año 2003 comenzó con aumento de volumen y dolor de la región lateral derecha del cuello acompañado de fiebre, por lo que fue ingresado en nuestra institución en el Hospital Nacional de Referencia SIDA. A los pocos días desarrolló adenomegalia submandibular derecha de 4 cm de diámetro que excretaba secreción purulenta. Los estudios complementarios mostraron: CD4 en 60 cél./μl (5%); hemoglobina, 108 g/l; VSG, 58 mm/h, y recuento de leucocitos normal, pero con predominio de neutrófilos en el diferencial. Se estudió el material citológico de la lesión obtenido a través de biopsia por aspiración con aguja fina, y se diagnosticó como una "adenitis necrosante"; además se analizaron repetidas muestras tomadas directamente de las lesiones ulceradas para su cultivo bacteriológico, incluyendo bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), para descartar la posibilidad de una micobacteriosis. Las cepas fueron cultivadas e incubadas a 37 °C; las lecturas de los cultivos se realizaron semanalmente. De 7 a 10 días se encontró el aislamiento de colonias no pigmentadas de crecimiento rápido en todos los tubos, la codificación de los cultivos osciló entre 7 y 9. Para detectar la presencia de BAAR a partir de las colonias aisladas se realizó coloración de Ziehl-Neelsen. Para la clasificación e identificación de la cepa en estudio se utilizó el test de pruebas bioquímicas convencionales⁷. Para la confirmación diagnóstica se utilizó el estudio de las fracciones de ácidos micólicos micobacterianos mediante la técnica de cromatografía en capa delgada bidimensional según recomienda la bibliografía consultada⁸⁻¹⁰. La cepa aislada fue identificada como *M. fortuitum* tanto por las pruebas diagnósticas convencionales como por el patrón de las fracciones de ácidos micólicos obtenidos. Tras el diagnóstico el paciente fue sometido a tratamiento con ceftriaxona 2 g/día y metronidazol 500 mg tres veces al día durante 3 semanas, la combinación utilizada fue para cubrir otro posible agente bacteriano añadido⁵. La bibliografía revisada plantea que el tratamiento de elección de *M. fortuitum* es la combinación de amikacina y cefoxitina por espacio de 2-6 semanas, con un mantenimiento posterior de doxiciclina o cotrimoxazol/trimetoprima que puede prolongarse hasta 6 meses⁹.

La mejoría clínica comenzó a hacerse evidente, con disminución hasta la

desaparición progresiva de la lesión. A los 12 meses del tratamiento el enfermo estaba totalmente asintomático, con parámetros clínicos normales, en ese período mantuvo, además de la terapia antirretroviral, tratamiento profiláctico con fluconazol y con cotrimoxazol 800 mg/trimetoprima 80 mg/día. Las infecciones extrapulmonares comunicadas en la bibliografía del complejo *M. fortuitum* son: cutáneas, subcutáneas y en sistema linfático. Butt describe 2 casos de linfadenitis cervical en pacientes infectados por VIH: un paciente que presenta linfadenitis generalizada bilateral, y otro con nódulo unilateral submentoniano; los dos referían antecedentes de extracciones dentarias meses antes de desarrollar la infección⁶. Por lo anteriormente expuesto, creemos necesario realizar esta comunicación clínica, la primera en nuestro país de linfadenitis ulcerativa en paciente con sida por *M. fortuitum*. Se recomienda poner especial interés en los aislamientos micobacterianos de pacientes inmunodeprimidos, pues en este tipo de enfermos puede ocurrir el fenómeno de "micobacteriosis diseminada", no sólo por especies micobacterianas con significación clínica reconocida, sino también por especies que hasta el momento se conocen como saprófitas.

Lilian María Mederos, Daniel González, Francisco Banderas y Ernesto Hilario Montoro

*Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri (IPK). La Habana. Cuba.
Laboratorio Nacional de Referencia e Investigaciones de Tuberculosis y Micobacterias. Centro Colaborador OPS/OMS.*

Bibliografía

1. Medina MV, Sauret J, Caminero JA. Enfermedades producidas por micobacterias ambientales. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:621-30.
2. Smith M, Boyars M, Veasey S, Woods G. Generalized tuberculosis in the acquired immune deficiency syndrome: a patients with acquire immunodeficiency syndrome. *Am J Clin Pathol*. 2001;116:225-32.
3. Casal M. Las micobacterias como enfermedad emergente. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2000;18:55-8.
4. Ausina-Ruiz V, Lonca J. *Mycobacterium fortuitum* y otras micobacterias no pigmentadas de crecimiento rápido. URL disponible en: http://www.seime.org/control/revi_micobac/mf_ortu.htm
5. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. The Sandford Guide to Antimicrobial Therapy. 3rd ed. USA: antimicrobial therapy; 2003 30th ed.
6. Butt AA. Cervical adenitis due to *Mycobacterium fortuitum* in patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Sci*. 1998;315:50-5.

7. Casal M, Guerrero A, Martín N, Moreno S, Nogales MC. Diagnóstico microbiológico de las infecciones por micobacterias. En: Picazo JJ, editor. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 1999.
8. Valero-Guillén PL, Martín-Luengo F. Cromatografía en capa delgada y cromatografía de gases en la identificación de micobacterias de interés clínico. Enferm Infect Microbiol Clin. 1987;5:67-72.
9. Leite CQF, Souza CWO, Leite SRA. Identification of mycobacteria by thin layer chromatography analysis of mycolic and conventional biochemical method: four years of experience. Mem Ints Oswaldo Cruz. 1998;93: 801-5.
10. Tortoli E. Impact of genotypic studies on mycobacterial taxonomy: the new mycobacteria of the 1990s. Clin Microbiol Rev. 2003;16: 319-54.