

Artritis por *Mycobacterium kansasii* en una mujer infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Editor: Además de *Mycobacterium tuberculosis*, muchas otras especies de micobacterias no tuberculosas o atípicas son causa de infección humana. Su importancia se ha incrementado coincidiendo con la aparición del sida¹. *Mycobacterium kansasii* es, tras el complejo *Mycobacterium avium*, la especie de micobacteria atípica que con más frecuencia produce enfermedad en estos pacientes². Aunque las micobacterias atípicas principalmente causan enfermedad pulmonar, también se describen casos de infección diseminada, que pueden afectar a cualquier órgano³. Presentamos un caso de monoartritis séptica de rodilla producido por *M. kansasii* en una paciente con sida.

Mujer de 35 años, VIH positiva con criterios clínicos de sida y psoriasis, no controlada e incumplidora del tratamiento, acude a consulta por fiebre de 38 °C y dolor moderado en la rodilla izquierda, de 3-4 semanas de evolución. En la exploración se observó caquexia y signos inflamatorios en la rodilla izquierda, sin más hallazgos de interés. El estudio radiológico de la rodilla, así como de tórax, no mostró alteraciones patológicas. En el hemograma destacó una leucocitosis de 9.000/μl con neutrofilia. La bioquímica sanguínea, el estudio de coagulación y el sedimento urinario fueron normales. El líquido articular obtenido por artrocentesis reveló un recuento celular de 5.600 leucocitos/μl, con un 60% de polimorfonucleares, glucosa 26,0 mg/dl, proteínas 6,4 g/dl y LDH 4.597 mUI/ml. El recuento de linfocitos CD4 fue de 156/μl y la carga viral de 130.000 copias/ml. Los hemocultivos y el estudio bacteriológico de orina y líquido articular fueron negativos. La tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo micológico en el líquido articular fueron negativos, pero en el cultivo micobacteriológico y tras 2 semanas de incubación, se observó crecimiento en el medio de Löwenstein-Jensen de una micobacteria fotocromógena, identificándose como *M. kansasii* mediante hibridación de ADN con sondas genéticas (GEN PROBE®, BioMérieux, France). En el estudio de sensibilidad por el método de las proporciones de Canetti (Biomedics®, España), el microorganismo se mostró resistente a isoniazida, estreptomicina y PAS (a concentraciones de 1, 10 y 1 μg/ml, respectivamente). Se comenzó tratamiento oral, que finalizó un año más tarde, con rifabutina (150 mg/día), etambutol (25 mg/kg/día du-

rante los primeros 2 meses y 15 mg/kg/día hasta completar el año) y claritromicina (500 mg/12 h), ajustando las dosis de rifabutina al tratamiento antirretroviral con indinavir, estavudina y lamivudina, que se instauró al conocer que la paciente era incumplidora de su tratamiento de base. Debido a la interacción rifabutina/indinavir también se ajustó la dosis de este último (1.200 mg/8 h). La cirugía se desestimó por el mal estado general de la enferma. A la semana de iniciarse el tratamiento antimicrobiano se observó una buena evolución del cuadro y se negativizaron los cultivos. Controles posteriores en consultas externas al mes, 6 y 12 meses demostraron la curación de la artritis.

Mycobacterium kansasii es un microorganismo ubicuo, que se encuentra en el suelo, agua, alimentos y productos de procedencia animal. Desde estas fuentes puede colonizar diferentes superficies corporales, e incluso, en determinadas condiciones, producir enfermedad. Su frecuencia en infecciones humanas ha aumentado notablemente en todo el mundo. En general, los aislamientos de *M. kansasii* en muestras no respiratorias, deben valorarse como indicativos de infección diseminada. Las artritis y las infecciones musculoesqueléticas son extremadamente raras, habiéndose descrito, hasta la fecha, sólo 46 casos en la literatura especializada, 15 de ellos VIH positivos⁴⁻⁹. Los pacientes con artritis por *M. kansasii* son en su mayor parte inmunodeprimidos o con enfermedad de base, como diabetes, neoplasias y enfermedades reumatólogicas. En la actualidad y desde hace 10 años, como ocurre en el caso que presentamos, *M. kansasii* afecta principalmente a pacientes VIH positivos con recuentos de CD4+ por debajo de 200 cél./ml³. La proporción de varones afectados es el doble que la de mujeres, proporción que se mantiene constante tanto si consideramos los pacientes con enfermedad de base o sin ella⁴. El cuadro clínico de la artritis se caracteriza por un curso indolente, subagudo, afebril o con fiebre baja, que contribuye a retrasar el diagnóstico. La localización en la muñeca es la más frecuente (38%), seguida de la rodilla (19%)⁴. En el caso que describimos, llama la atención la pobre respuesta inflamatoria del líquido articular, aunque existen otros casos publicados donde se recoge este hallazgo⁸. Aunque no existen datos concluyentes, se ha observado, en siete de los casos de artritis por *M. kansasii* descritos, una asociación de esta patología con la dermopatía psoriásica en enfermos con sida⁴. El tratamiento de elección inicial debe incluir siempre

rifampicina. La resistencia a isoniazida, como la que presentaba nuestra paciente, es inhabitual, aunque está descrita¹⁰.

El caso que presentamos sugiere que ante un cuadro de monoartritis indolente, de curso subagudo, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, debería descartarse la etiología micobacteriana, ya que el no hacerlo retrasa el diagnóstico y el inicio de un tratamiento adecuado.

José Luis Puerto,
Pedro García-Martos,
Abel Saldarreaga, Jesús Ruiz-Aragón
y José Mira
Servicio de Microbiología, Hospital
Universitario
Puerta del Mar. Cádiz. España.

Bibliografía

- French AL, Benator DA, Gordin FM. Nontuberculous mycobacterial infections. *Med Clin North Am*. 1997;81:361-79.
- Manfredi R, Nanetti A, Valentini R, Ferri M, Morelli S, Calza L. Epidemiological, clinical and therapeutics feauturesof AIDS-related *Mycobacterium kansasii* infection during the HIV pandemic: an 11-year follow-up study. *HIV Med*. 2004;5:431-6.
- Valainis GT, Cardona LM, Greer DL. The spectrum of *Mycobacterium kansasii* disease associated with HIV-1 infected patients. *J Acquir Immune Def Syndr Hum Retrovirol*. 1991; 4:516-29.
- Bernard L, Vincent V, Lortholary O, Raskine L, Vettier C, Colaïtis D, et al. *Mycobacterium kansasii* septic arthritis: French retrospective study of 5 years and review. *Clin Infect Dis*. 1999;29:1455-60.
- García Vivar ML, González Etxavarri S, Galíndez E, Santamaría JM. *Mycobacterium kansasii* septic arthritis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Arthritis Rheum*. 1996;39:881-2.
- Pintado V, Antela A, Corres J, Martín-Dávila P. Artritis y tenosinovitis por *Mycobacterium kansasii* asociadas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Clin Esp*. 1999;199:863-4.
- Casado Burgos E, Muga Bustamante R, Olivé Marqués A, Mari Manterola J. Artritis infecciosa por *Mycobacterium kansasii* en un paciente con virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:237-8.
- Nakamura T, Yamamura Y, Tsuruta T, Tomoda K, Sakaguchi M, Tsukano M. *Mycobacterium kansasii* arthritis of the foot in a patient with systemic lupus erythematosus. *Intern Med*. 2001;40:1045-9.
- Brutus JP, Lamraski G, Zirak C, Hauzeur JP, Thys JP, Schuind F. Septic monoarthritis of the first carpo-metacarpal joint caused by *Mycobacterium kansasii*. *Chir Main*. 2005;24: 52-4.
- Ibarrola M, Baraia-Etxaburu J, Sánchez R, Teira R, Unzaga J, Miguel Santamaría J. Enfermedad diseminada por *Mycobacterium kansasii* resistente a isoniazida y rifampicina en paciente con sida. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2001;19:80-2.