

Hemoptisis en mujer joven inmunocompetente

Heliodoro Ibáñez Bargaes^a, Pedro José Cordero Rodríguez^b, Miquel Forment Navarro^c y Yolanda Pallardó Calatayud^c

Servicios de ^aMedicina Interna, ^bNeumología y ^cRadiología y Medicina Física. Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia. España.

Descripción clínica del caso

Una mujer de 37 años acudió a la consulta por esputos hemoptoicos durante 3 días consecutivos, sin dolor torácico, síndrome tóxico ni fiebre. No refería contactos previos con enfermos de tuberculosis, ni hábito tabáquico ni enólico. Comentaba haber viajado a Costa Rica hacía 8 años, a Tailandia hacía 4 años, a Estados Unidos (Nueva York) hacía 2 años y a Inglaterra hacía 3 meses.

Se realizó una radiografía de tórax (fig. 1) y una tomografía computarizada (TC) de tórax (fig. 2) que mostró imágenes cavitadas en el lóbulo superior derecho (LSD). La intradermorreacción de Mantoux mostró ausencia de induración en dos ocasiones. La serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), histoplasma y blastomices resultó negativa. Los estudios analíticos con anticuerpos antinucleares, c-ANCA, factor reumatoide e IgE de equinococcus resultaron también negativos. Se practicó una fibrobroncoscopia que detectó la presencia de un bronquio traqueal procedente del LSD, realizándose lavado broncoalveolar (LBA) del mismo. La tinción de Zielh-Neelsen no mostró bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en el broncoaspirado (BAS) ni en el LBA, y la PCR fue negativa para *Mycobacterium tuberculosis*. Otras tinciones y cultivos también resultaron negativas para otras bacterias y hongos en el BAS y el LBA.

Diagnóstico y evolución

El cultivo del LBA y BAS fue positivo para *Mycobacterium xenopi*. Ante este hallazgo se realizó una segunda fibrobroncoscopia con nuevo LBA que confirmó la positividad de los cultivos anteriores. Dos cultivos de esputo también resultaron positivos para el mismo microorganismo. El antibiograma determinó que la micobacteria era resistente a pirazinamida y sensible a rifampicina (R), isoniazida (H), estreptomycin (S) y etambutol (E), por lo que se inició el tratamiento con 2RHES/12RH.

Los cultivos de esputo realizados a partir del primer mes tras el inicio del tratamiento fueron negativos para *M. xenopi*. A los 12 meses de finalizarlo, los cultivos seguían negativos, y a los 24 meses, la paciente continuaba asintomática y sin signos de la enfermedad en la TC de control.



Figura 1. Radiografía de tórax: pérdida de volumen del lóbulo superior derecho con imágenes cavitadas.

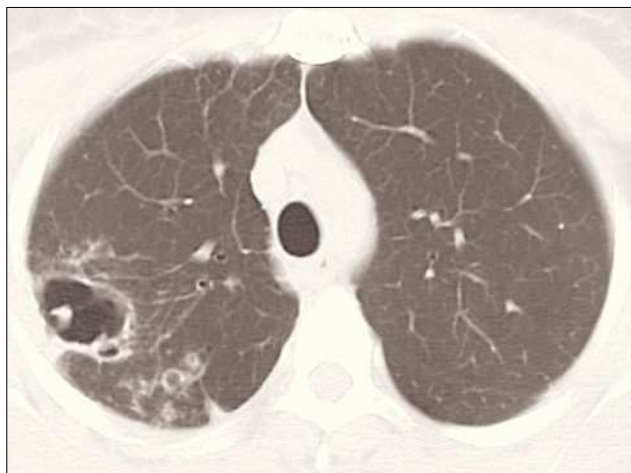


Figura 2. TC torácica: imágenes cavitadas de paredes gruesas, en segmento posterior del lóbulo superior derecho con pequeños nódulos satélites alguno de ellos con cavitación.

Comentario

Mycobacterium xenopi es un bacilo ácido-alcohol resistente, escotocromógeno, de crecimiento lento, que suele colonizar conducciones de agua, especialmente los grifos de agua caliente de los hospitales, donde se ha asociado con casos de enfermedad clínica¹, ocasionando infecciones en forma de brotes nosocomiales. Pertenece al grupo de las denominadas micobacterias ambientales². La enfermedad se manifiesta generalmente en pacientes con patología

Correspondencia: Dr. H. Ibáñez Bargaes.
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera.
Ctra. de Corbera, km 1, s/n. 46600 Alzira. Valencia. España.
Correo electrónico: heibar@alumni.uv.es

pulmonar crónica (enfisema, fibrosis pulmonar, silicosis y tuberculosis previa), infección por el VIH o con factores predisponentes (gastrectomía, toma crónica de corticoides, alcoholismo, neoplasias extrapulmonares, malnutrición o diabetes mellitus)³ aunque también puede aparecer en jóvenes sanos inmunocompetentes y sin factores de riesgo⁴ como ocurrió en el caso que presentamos.

Produce un cuadro clínico similar a la enfermedad tuberculosa, por lo que deberemos tenerla siempre presente ante una sospecha de tuberculosis y ausencia de crecimiento de *M. tuberculosis* en los cultivos. La reacción cutánea de la tuberculina no diferencia *M. tuberculosis* de *M. xenopi*, como tampoco diferencia infección y colonización por la micobacteria⁵. La enfermedad produce afectación radiológica en forma de cavitaciones pulmonares multiloculadas en el 70-90%⁶. Es frecuente la asociación con masas o nódulos cavitados junto con signos de fibrosis en zonas perilesionales en los lóbulos superiores, asentándose sobre lesiones enfisematosas preexistentes³.

El diagnóstico de la enfermedad por *M. xenopi*, siguiendo las directrices de la American Thoracic Society (ATS), exige la presencia de criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos⁷, que se cumplían en nuestro caso. Actualmente las directrices de actuación en cuanto al tratamiento de esta enfermedad, recomiendan la asociación de un macrólido, rifampicina o rifabutina y etambutol, con o sin estreptomicina en la fase inicial, hasta al menos 12 meses tras la negativización de los cultivos⁷. Se ha dejado un tanto de lado el uso del tratamiento dependiente del antibiograma al haberse visto que la sensibilidad *in vitro* a anti-

microbianos es variable⁸. La cirugía tiene sus indicaciones en casos de falta de respuesta al tratamiento o bien en caso de recaída una vez finalizado el mismo^{9,10}.

Bibliografía

1. Costrini AM, Mahler DA, Gross WM, Hawkins JE, Yesner R, D'Esopo ND. Clinical and roentgenographic features of nosocomial pulmonary disease due to *Mycobacteria xenopi*. *Am Rev Respir Dis*. 1981;123:104-9.
2. Ruiz Manzano J, Manterola JM, Ausina V, Sauret J. Recomendaciones SEPAR. Nomenclatura y clasificación de las micobacterias. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:154-7.
3. Moraza J, Esteban C, Capelastegui A. *Mycobacterium xenopi*: ¿una micobacteria poco frecuente? *Arch Bronconeumol*. 2002;38:401-2.
4. Traboulsi R, Kanafani ZA, Hourani M, Kano SS. Asymptomatic *Mycobacterium xenopi* lung absceso in an immunocompetent male without pre-existing lung pathology. *Scand J Infect Dis*. 2006;38:541-5.
5. Jiva TM, Jacoby HM, Weymouth LA, Kaminski DA, Portmore AC. *Mycobacterium xenopi*: Innocent bystander or emerging pathogen? *Clin Infect Dis*. 1997;24:226-32.
6. Jenkins PA, Campbell IA; Research Committee of The British Thoracic Society. Pulmonary disease caused by *Mycobacterium xenopi* in HIV-negative patients: five year follow-up of patients receiving standardised treatment. *Respir Med*. 2003;97:439-44.
7. American Thoracic Society. Diagnosis and treatment of disease caused by nontuberculous mycobacteria. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:S1-S25.
8. Manfredi LR, Nanetti A, Morelli S, Ferri M, Valentini R, Calza L, et al. A decade surveillance study of *Mycobacterium xenopi* disease and antimicrobial susceptibility levels in a reference teaching hospital of northern Italy: HIV-associated versus non-HIV-associated infection. *HIV Clin Trials*. 2004;5:206-15.
9. Banks J, Hunter AM, Campbell IA, Jenkins PA, Smith AP. Pulmonary infection with *Mycobacterium xenopi*: review of treatment and response. *Thorax*. 1984;39:376-82.
10. Parrot RG, Grosset JH. Post-surgical outcome of 57 patients with *Mycobacterium xenopi* pulmonary infection. *Tubercle*. 1988;69:47-55.