

Réplica al artículo “Significado clínico del aislamiento de *Mycobacterium kansasii* y valoración de la necesidad de identificación de las micobacterias no tuberculosas”

Sr. Editor: Consideramos muy interesante la aportación de Etxebarrieta et al sobre aislamiento de *Mycobacterium kansasii* en la revista ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA de marzo de 2002, sobre la que, con el máximo respeto al buen trabajo que nos consta desarrollan, no obstante queremos comentar algunas de sus afirmaciones¹.

La primera cuestión se refiere simplemente a la manera de denominar a las micobacterias diferentes a *M. tuberculosis*, que las denominan como “Micobacterias no tuberculosas”. En este sentido, parece que el término propuesto en 1979 por Wolinsky de “Micobacterias no tuberculosas”, que utilizan los autores del trabajo, es terminológicamente incorrecto, ya que el apelativo tuberculosis se debe a la descripción que en 1680 hizo Silvius en relación a los tubérculos que existían en esta enfermedad y esos mismos tubérculos sabemos que pueden ser ocasionados por algunas de las micobacterias atípicas que frente a toda lógica se denominan no tuberculosas.

El segundo punto que se desea comentar del trabajo, más importante que el primero, sería la conclusión que llegan los autores de que no procedería identificar una micobacteria mientras no se consiga un aislamiento repetido, siempre que no exista una indicación clínica seria que lo aconseje, basándose en los criterios de la ATS para diagnosticar una micobacteriosis publicadas en 1997. En este sentido, si bien entendemos la idea de los autores de simplificar el proceso diagnóstico y, por supuesto, valorar la importancia clínica del aislamiento, hay que recordar que la ATS se refiere a micobacteriosis pulmonares y que, en otros casos, si se da un solo aislamiento en muestras de líquidos ceforraquídeos, médula, sangre, etc., sí pueden tener interés clínico. Es lógico el criterio que el aislamiento sea repetido como indicamos en *Medicina Clínica* en 1976², aunque también es cierto que en casos de sida estos aislamientos hay que estudiarlos más detenidamente, aunque sean únicos y siempre que lógicamente tengan interés clínico. Pensamos que basar en 7 pacientes la afirmación de que no se debe de hacer una identificación de micobacterias en un solo aislamiento no es afortunada ya que, al hacer el primer aislamiento, no se sabe la importancia que esa

micobacteria va a tener en el futuro. Este hecho se ha puesto de manifiesto en las numerosas especies nuevas que se han descrito en los últimos años^{3,4}. En cualquier caso, es verdad que identificar una micobacteria atípica puede ser a veces difícil y costoso tanto en tiempo como en dinero, pero no es menos cierto que en España tenemos muy buenos laboratorios de micobacteriología capacitados para ello⁵. Por eso pensamos que hoy cualquier micobacteria atípica aislada de muestra clínica humana debe ser identificada, aunque para ello el laboratorio tenga que remitirla a otro que pueda ayudarle. Así podremos en todo momento conocer la epidemiología de las micobacterias que se aíslan de muestras clínicas humanas de interés sanitario y también de interés para el propio enfermo, caso que a la larga se reconozca su poder patógeno y sea necesario instaurar un tratamiento necesario⁶.

Agradecemos a los autores la publicación de este trabajo que nos ha permitido la posibilidad de debatir sobre las micobacteriosis humanas, micobacterias que las producen y la necesidad de su identificación en los laboratorios de micobacteriología.

Manuel Casal-Román

Director del Centro de Referencia de Micobacterias. Córdoba. España.

Bibliografía

1. Etxebarrieta M, Rodrigo A, Martín C, Ojer M, Ruz A, Dorronsoro I. Significado clínico del aislamiento de *Mycobacterium kansasii* y valoración de la necesidad de identificación de las micobacterias no tuberculosas. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2002;20:113-6.
2. Casal M. Las micobacteriosis. *Med Clin* 1976; 69:326-9.
3. Wayne LG. The atypical mycobacteria: Recognition and disease association. *Crit Rev Microbiol* 1985;12:185-222.
4. Casal MM, Casal M. Las micobacterias atípicas como patógenos emergentes. *Enfermedades Emergentes* 2000;2:220-30.
5. Martín Casabona N, Rosello J, y GEMA. Micobacterias ambientales en España. Aislamientos en el período 1976-1996. *Med Clin* 2000; 115:663-70.
6. Casal M. Las micobacteriosis como patología emergente. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2000; 18:55-8.