

tuberculosas”<sup>1</sup> debo decir que estoy de acuerdo con el Dr. Casal en que el término de micobacterias no tuberculosas (MNT) utilizado en nuestro trabajo, y que lo hemos elegido, por ser la traducción literal del inglés *nontuberculous mycobacteria* (NTM), que es como se las denomina en la séptima edición del *Manual of Clinical Microbiology* de la ASM<sup>2</sup>, no es un término muy afortunado. Sin embargo, en el momento actual es más ampliamente utilizado por la comunidad científica que el de micobacterias atípicas. Quizás el de micobacterias oportunistas utilizado por otros autores<sup>3</sup> sea nuestro preferido, sin embargo, la batalla semántica por encontrar un nombre que englobe a todas las micobacterias distintas del complejo *M. tuberculosis* desafortunadamente continúa.

En cuanto al segundo punto de sus discrepancias, en nuestro laboratorio, ante el aislamiento de una MNT, en muestras de esputo u orina, si al paciente se le están procesando otras muestras, esperamos a que se produzca un segundo aislamiento antes de iniciar la identificación, si ésta no se produce, al término del período de incubación, informamos junto con las muestras negativas, la positiva como: *Mycobacterium* spp. no tuberculosis. No significativo si no se aísla repetidamente, y guardamos el aislamiento durante 3 meses, por si se producen otros. De este modo, se ha logrado una notable mejoría en el rendimiento del laboratorio.

Si bien este criterio es válido para otras muestras de más difícil obtención como hemocultivos o líquido cefalorraquídeo (LCR), en estos casos valoramos cuidadosamente la historia clínica del paciente, y si procede, se inicia la identificación.

Indudablemente, no nos sentimos capacitados para describir una nueva especie, que nunca llevaríamos a cabo sin remitir las cepas a un laboratorio de referencia, pero para iniciar esta tarea tendríamos que haber llegado previamente a la conclusión de que nos hallábamos ante un cuadro clínico producido por una nueva especie, lo que en la mayoría de los casos, se consigue mediante el aislamiento repetido de la micobacteria. La identificación de la mayoría de los aislamientos únicos de MNT que se producen en el laboratorio, no tiene interés clínico, sino más bien como opinaba E. H. Runyon<sup>4</sup> es actividad de coleccionistas de cosas raras.

I. Dorronsoro-Ibero

Jefe del Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra. España.

#### Respuesta de autor

**Sr. Editor:** En relación con los comentarios realizados por Casal Roman sobre nuestro trabajo “Significado clínico del aislamiento de *M. kansasii* y valoración de la necesidad de identificación de las micobacterias no

## 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 Infecc Microbiol Clin* 2002;20:113-6.
2. Metchock Beverly G, Nolte FS, Wallace RJ Jr. *Mycobacterium*. En: Murray Patrick R, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, editors. *Manual of Clinical Microbiology*, 7<sup>a</sup> ed. American Society for Microbiology, 1999; p. 399-437.
3. Collins CH, Grange JM, Yates MD. *Organization and Practice in Tuberculosis Bacteriology*. Butterworths, 1985.
4. Runyon Ernest H. *Anonymous Mycobacteria in Human Disease*. Charles Thomas Publisher, 1960; p. 3-12.