

Linfadenitis por *Mycobacterium lentiflavum*

Sr. Editor: La identificación de nuevas especies de micobacterias es cada vez más frecuente debido al avance de las técnicas genéticas. En los últimos años se ha reconocido el papel de estas micobacterias no tuberculosas como patógenos humanos lo que ha complicado tanto el diagnóstico como el tratamiento¹. *Mycobacterium lentiflavum* es una micobacteria de crecimiento lento descrita por primera vez en 1996, aislada principalmente en Europa y todavía no bien documentada. Está relacionada filogenéticamente con *M. simiae* y *M. genavense*, pero presenta unas propiedades bioquímicas similares a *M. avium*². Es una micobacteria frecuente en nuestro medio, aislada como contaminante de fibrobroncoscopios y en muestras clínicas, si bien rara vez se considera su valor clínico. En la literatura especializada hay publicadas desde su descripción un caso de espondilodiscitis², 6 casos de linfadenitis en niños³⁻⁷, 3 casos de infección diseminada en pacientes inmunodeprimidos^{1,5,8} y 3 casos de infección pulmonar^{5,9,10}.

Presentamos un caso de linfadenitis por *M. lentiflavum* en un niño de 2 años que acude a urgencias por presentar una adenopatía laterocervical de 2 semanas de evolución que no había respondido al tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico durante 12 días. Al ingreso presentaba buen estado general con una tumefacción submandibular izquierda dolorosa a la palpación, que se extendía desde la zona preauricular al mentón, de consistencia dura con leve reblandecimiento central. No presentaba más adenopatías, ni fiebre ni sintomatología general. Se ingresó y se instauró tratamiento con cloxacilina mientras se le realizó un test de Mantoux obteniendo una induración de 10 mm, y una radiografía de tórax que fue normal. El niño era de nacionalidad española y no presentaba ningún factor de riesgo para tuberculosis. Se obtuvieron muestras de jugo gástrico para cultivo de micobacterias que posteriormente fueron negativas. Se le realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la adenopatía, revelando el examen histológico una lesión abscesificada sin reacción granulomatosa sobre un fondo de necrosis caseosa y abundantes leucocitos polimorfonucleares. En la tinción de auramina de la PAAF se observaron 5 bacilos ácido-alcohol resistentes en toda la extensión. Tras estos resultados se instauró tratamiento con isoniazida y rifampicina y se añadió claritromicina

por si se tratara de una micobacteria atípica a la espera de cirugía. Se dio el alta con el tratamiento oral y a los 18 días la lesión supuró espontáneamente antes de realizar cirugía.

Mientras tanto la muestra de la PAAF se sembró en medio de Löwenstein-Jensen y en botellas MP BacT/ALERT con medio líquido Middlebrook 7H9 modificado tras descontaminación por el método de la N-acetilcisteína-NaOH. A los 30 días crecieron en ambos medios bacilos ácido-alcohol resistentes. En el medio de Löwenstein-Jensen aparecían como colonias pequeñas, amarillas que correspondían a una micobacteria escotocromógena de crecimiento lento que no se identificaba mediante una técnica comercial de amplificación e hibridación inversa (InnoLipa®, Innogenetics). Las pruebas bioquímicas fueron similares a las de *M. avium*, pero no hibridó con sondas específicas (GenProbe®, BioMérieux). Se realizó entonces una PCR con análisis de los fragmentos de restricción del gen hsp65 (PRA) identificándose como *M. lentiflavum*. Ante los resultados del cultivo se retiró la isoniazida y rifampicina y se añadió ciprofloxacino al tratamiento, manteniéndolo junto con claritromicina hasta completar 6 meses. La lesión evolucionó favorablemente.

La incidencia de linfadenitis cervical ha aumentado, siendo las micobacterias no tuberculosas (*M. avium*, *M. intracellulare*, *M. haemophilum*, *M. celatum*, *M. malmoeense*, etc., y actualmente *M. lentiflavum*) unos de los principales agentes etiológicos^{3,4}. Cinco de los 6 casos de linfadenitis por esta especie descritos previamente se han producido en niños menores de 4 años, al igual que el caso aquí expuesto, y sólo uno en un paciente adulto inmunocompetente. El tratamiento en 5 de los 6 casos fue quirúrgico con completa curación y sin requerir tratamiento farmacológico, sin embargo un caso supuró espontáneamente y a pesar del tratamiento con claritromicina y etambutol durante 6 meses presentó recurrencias⁶. La mayoría de los estudios de sensibilidad muestran resistencia a los tuberculostáticos de primera línea^{1,4,7} y sensibilidad a claritromicina^{1,5-7,9,10}, y aunque no existe consenso sobre el tratamiento de elección y la duración del mismo, los tratamientos instaurados en las infecciones causadas por esta micobacteria suelen incluir claritromicina y rifabutina con o sin etambutol (y en algunos casos se añade ciprofloxacino^{1,5,10}). Actualmente se debe tener en cuenta el papel de esta especie como patógeno humano lo que requiere de la realización de técnicas moleculares para su correcta identificación.

María Elena Rodríguez-Zurita^a,
Alejandro González-Praetorius^a,
María Jesús Ruiz^b y María Jesús
García-Mazario^c

^aSección de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. ^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ^cServicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Bibliografía

1. Ibáñez R, Serrano-Herranz R, Jiménez-Palop, Román C, Corteguera M, Jiménez S. Disseminated infection caused by slow-growing *Mycobacterium lentiflavum*. Eur J Microbiol Infect Dis. 2002;21:691-2.
2. Springer B, Wu WK, Bodmer T, Hasse G, Pfyffer GE, Kroppenstedt RM, et al. Isolation and characterization of a unique group of slowly growing mycobacteria: description of *Mycobacterium lentiflavum* sp. J Clin Microbiol. 1996;34:1100-7.
3. Machaber AJ, Tuazon CU. *Mycobacterium lentiflavum*: an etiologic agent of cervical lymphadenitis. CID. 1997;25:1245-6.
4. Cabria F, Torres MV, García-Cía JI, Domínguez-Garrido MN, Esteban J, Jiménez MS. Cervical lymphadenitis caused by *Mycobacterium lentiflavum*. Pediatr Infect Dis. 2002;21:574-5.
5. Tortoli E, Bartoloni A, Erba ML, Levre E, Lombardi N, Mantella A, et al. Human infections due to *Mycobacterium lentiflavum*. J Clin Microbiol. 2002;40:728-9.
6. Uriá MJ, García J, Menéndez JJ, Jiménez MS. Infección por *Mycobacterium lentiflavum*: a propósito de un caso y revisión de la literatura médica. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21:274-5.
7. Piersimoni C, Goteri G, Nista D, Mariottini A, Mazzarelli G, Bornigia S. *Mycobacterium lentiflavum* as emerging causative agent of cervical lymphadenitis. J Clin Microbiol. 2004;42:3894-7.
8. Niobe SN, Bebear CM, Clerc M, Pellegrin JL, Bebear C, Maugein J. Disseminated *Mycobacterium lentiflavum* infection in a human immunodeficiency virus infected patient. J Clin Microbiol. 2001;39:2030-2.
9. Molteni C, Gazzola L, Cesari M, Lombardi A, Salerno F, Tortoli E, et al. *Mycobacterium lentiflavum* infection in immunocompetent patient. Emerg Infect Dis. 2005;11:119-22.
10. Safdar A, Han XY. *Mycobacterium lentiflavum*, a recently identified slow-growing mycobacterial species: clinical significance in immunosuppressed cancer patients and summary of reported cases of infection. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005;24:554-8.

Absceso subcutáneo por *Actinomyces radingae*

Sr. Editor: *A. radingae* pertenece al grupo de las bacterias piógenas tipo *Actinomyces*. En 1993 Wüst et al son capaces de diferenciar por el tipo de hemólisis *A. pyogenes* de otras bacterias tipo *A. pyogenes*, entre las que se incluye *A. radingae*, y que son aisladas en muestras clínicas¹. Sin embargo, estos autores, hasta 1995 no le dan nombre como tal especie diferente y clasifican dentro de las corinebacte-