

CARTAS AL DIRECTOR

INFECCION PULMONAR POR EL COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELLULARE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR DE BASE: UN CUADRO A TENER EN CUENTA

M C. Nogales, M. Chávez, S. Umbría*.

S.Microbiología. *S. Neumología. Hospital U. V. Valme. Sevilla.

El complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* se aísla frecuentemente en nuestro medio ambiente formando parte de las aguas, polvo o aceite⁽¹⁾. Por lo general posee baja virulencia en huéspedes normales, aunque se viene observando un aumento de su incidencia en pacientes sin ningún factor de riesgo aparente, así como en pacientes con enfermedad pulmonar de base tipo EPOC, fibrosis, bronquiectasias o tuberculosis pulmonar^(2,3,4).

Presentamos 3 casos de infección pulmonar por el complejo *M. avium-intracellulare* en pacientes con enfermedad pulmonar de base:

Mujer de 68 años, fumadora, procedente de Jaén, que comienza con síndrome constitucional, febrícula vespertina y expectoración moderada. En la radiografía de tórax se observa una bronquiectasia en el lóbulo medio derecho. En las baciloscopias y en los cultivos de esputo, se observan y se aíslan repetidamente bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) sin llegar a identificarse en su centro correspondiente, diagnosticándose como tuberculosis pulmonar. Se inicia tratamiento habitual. Tras 7 meses asintomática, comienza con la clínica previa así como un episodio de expectoración hemoptoica. En nuestro laboratorio aislamos de nuevo BAAR en tres muestras distintas que identificamos

como complejo *M. avium intracellulare*. Actualmente está en tratamiento con rifabutina, azitromicina, ofloxacino, etambutol y estreptomicina. Su estado general es moderadamente bueno.

Mujer de 86 años, diabética, que hace un año es diagnosticada en su centro de tuberculosis pulmonar iniciando tratamiento antituberculoso que desconocemos. Al cabo del año llega a nuestro centro, donde se le observa una bronquiectasia basal derecha en la radiografía de tórax. En dos esputos se le vuelven a aislar BAAR que identificamos como complejo *M. avium intracellulare* y otro esputo fue baciloscopia positiva con cultivo negativo. Actualmente se encuentra sin tratamiento debido a su mal estado general por su edad y diabetes, así como por la estabilidad de su lesión pulmonar en los controles radiológicos.

Varón de 76 años, enfermo de EPOC y etilismo crónico que es ingresado por un accidente vascular cerebral. Estando en el hospital se le realiza una radiografía de tórax en la que se observan bronquiectasias bibasales. Se le toman varios esputos, aislándose en tres de ellos el complejo *M. avium intracellulare*. Actualmente el paciente presenta buen estado general y no sigue ningún tratamiento antituberculoso.

En los últimos años se ha observado un incremento de infecciones pulmonares en pacientes con enfermedad pulmonar de base, así como en pacientes sin factores de riesgo aparentes. Desde el punto de vista clínico, la enfermedad pulmonar producida por el complejo *M. avium intracellulare* se presenta por lo general como un cuadro catarral, en el que a diferencia de la enfermedad tuberculosa

la fiebre y el síndrome constitucional están presentes en un bajo porcentaje⁽⁵⁾. Todo esto hace que sea difícil de reconocer esta enfermedad al inicio de su curso. Por otra parte, para el diagnóstico de infección pulmonar por el complejo M.avium-intracellulare es necesario además de la presencia de clínica sugestiva y lesiones radiológicas evidentes, el hallazgo de M.avium intracellulare en tres cultivos distintos o bien dos cultivos positivos y una tercera muestra con baciloscopia positiva⁽⁶⁾. En dos de los casos, observamos que por el mero hecho de la visualización de BAAR en los esputos se dedujo que la infección estaba producida por M. tuberculosis, sin considerar que dicha infección pudiera estar producida por otro tipo de micobacteria no tuberculosa como es el caso del complejo M. avium intracellulare. Esto es importante desde el punto de vista del tratamiento ya que el manejo de una infección y otra es distinto.

Con este comentario sólo queremos hacer una llamada de atención a todos los clínicos para que tengan en cuenta que ante una baciloscopia positiva hay que aislar e identificar la micobacteria, y que en pacientes con enfermedad pulmonar de base, debe considerarse al complejo M.avium intracellulare como uno de los posibles causantes de dicha infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Havlir D.V., Ellner JJ. Mycobacterium avium complex. In: Mandell, Dolin and Bennett. Principles and practice of infectious diseases . 4th ed. New York: Churchill Livingstone 1995: 2250-64.
2. Kennedy TR, Weber D.J. Nontuberculous Mycobacteria: an underappreciated cause of geriatric lung disease. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 1654-58.
3. Prince D.S., Peterson D.D. Steiner R.M. et al. Infection with Mycobacterium avium complex in patients without predisposing conditions. N Engl J Med 1989; 321: 863-68.
4. Iseman M.D. Mycobacterium avium complex and the normal host: the other side of the coin (editorial) N Engl J Med 1989; 321: 896-98.
5. Teirstein A.S, Damsker B., Kirschner RA., et al. Pulmonary infection with Mycobacterium avium complex: Diagnosis, clinical, patterns, treatment. Mt Sinai J Med 1990; 57: 209-15.
6. Supplement: American Thoracic Society. Diagnosis and treatment of disease caused by nontuberculous mycobacteria. Am J Res Crit Care Med. 1997,156 (2): S1-S25.