

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

Micobacteriosis por *Mycobacterium gordonae*. Primer caso reportado en Cuba

Dr. Aroldo Ruiz Pérez¹ y M. Sc Lilian M. Mederos Cuervo²

RESUMEN

Se estudiaron repetidas muestras de un paciente VIH+ desde 1990, que presentaba lesiones en la piel úlcero-costrosas, de fondo sucio y bordes prominentes, con Mantoux hiperérgico y niveles de CD₄ muy bajos. Como resultado se lograron aislamientos de una cepa pigmentada, de crecimiento lento, la cual fue clasificada como *Mycobacterium gordonae* por estudios bacteriológicos convencionales y alternativos como es el estudio de ácidos micólicos micobacterianos. Se le aplicó un tratamiento con 4 drogas antibacilares y 6 semanas después de iniciado éste habían desaparecido las lesiones reportadas en la piel.

Descriptores DeCS: MICOBACTERIOSIS/diagnóstico/terapia; MICOBACTERIUM ATIPICO; SEROPOSITIVIDAD PARA VIH.

Con el nombre de "micobacteriosis" se designan globalmente a todas las infecciones micobacterianas, excepto las producidas por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium leprae*.^{1,2}

En los últimos años y con el incremento de casos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) se ha suscitado un interés creciente por las micobacteriosis al comprobarse un aumento de su incidencia global en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y más específicamente en enfermos inmunodeprimidos, que presentan una susceptibilidad especial a padecer formas graves y diseminadas de la enfermedad.³⁻⁶

El problema es más serio en pacientes con sida, donde la prevalencia de la enfermedad diseminada ha aumentado de forma espectacular, *Mycobacterium avium* es una de las especies micobacterianas más reportadas. Por otra parte, al haberse descrito casos de enfermedad diseminada

por micobacterias ambientales virtualmente no patógenas como *Mycobacterium gordonae* y *Mycobacterium flavescens*, se ha determinado que cualquier aislamiento repetitivo de micobacterias en un paciente con sida debe considerarse como patológico.^{1,4-8}

REPORTE DEL CASO

Paciente LEGG de 26 años, del sexo masculino y de piel blanca, que fue diagnosticado VIH+ en 1990, con comportamiento bisexual.

El primer ingreso se produce en abril de 1995, tiene antecedentes de varios meses de padecer lesiones ulceradas en la piel. Se constatan zonas con úlceras recubiertas de costras, anemia de 10 g/L de hemoglobina y cifra de CD₄ por debajo de 200 células/m³, recibe tratamiento con azitromicina, mejoran las lesiones y es dado de alta.

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna.

² Máster en Bacteriología-Micología. Investigadora Auxiliar.

Reingresa en enero de 1996, ha perdido más del 10 % de su peso, tiene un conteo de CD₄ menor que 100 células/m³. Presenta lesiones úlcerocostrosas de fondo sucio diseminadas por todo el cuerpo, en el hombro derecho tiene una lesión de aproximadamente 8 cm de diámetro en forma de cráter, con bordes prominentes y eritematosos y con fondo purulento.

Se tomaron muestras de varias lesiones incluyendo del hombro derecho, se aisló una cepa pigmentada de crecimiento lento la que fue clasificada como *Mycobacterium gordonae* microbiológicamente por técnicas convencionales y técnicas alternativas, como es el estudio de las fracciones de ácidos micóticos micobacterianos.^{9,10}

Se le administró tratamiento con ethambutol, clofazimina, rifampicina y norfloxacin durante 6 semanas. Al concluir el tratamiento las lesiones estaban cicatrizadas y algunas habían desaparecido totalmente, el paciente aumentó de peso y mejoró su calidad de vida.

Fallece 1 año después de concluido el tratamiento, las causas de la muerte según la necropsia fueron: citomegalovirus sistémica y neumonía por *Pneumocystis carinii*. Tampoco se encontró en la necropsia ninguna lesión interna ni en la piel que evidenciara la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR).

SUMMARY

Since 1990, repeated samples of a positive HIV patient were studied, who had skin lesions with ulcers and scabs, dirty bottom and prominent edges; hyperergic Mantoux and very low CD levels. As a result, a slowly growing pigmented strain was isolated and classified as *Mycobacterium gordonae* by using standard as well as alternative bacteriological studies such as the mycobacterial

mycolic acid analysis. The patient was treated with 4 antibacterial drugs and 6 weeks after the starting of the treatment, all reported skin lesions had disappeared.

Subject headings: MICOBACTERIUM INFECTIONS/diagnosis/therapy; MICOBACTERIUM ATYPICAL; HIV SEROPOSITIVITY

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang J, McKittrick JC, Klein RS. *Mycobacterium gordonae* in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1984;98:938-9.
2. American Thoracic Society. Mycobacteriosis and the acquired immunodeficiency syndrome. *Am Rev Respir Dis* 1987;136:492-6.
3. Sauret J, Hernández F. Tratamiento actual de las micobacteriosis. *Med Clin (Barc)* 1990;95:64-6.
4. Weinberger M, Berg SL, Feuerstein IM, Pizzo PA. Disseminated infection with *Mycobacterium gordonae*: report of a case and critical review of the literature. *Clin Infect Dis* 1992;14(6):1229-39.
5. Lessnau KD, Milanese S, Talavara W. *Mycobacterium gordonae*: a treatable disease in HIV-positive patients. *Chest* 1993;104(6):1779-85.
6. Rusconi S, Gori A, Vago L, Marchetti G, Franzetti F. Cutaneous infection caused by *Mycobacterium gordonae* in human immunodeficiency virus-infected patient receiving antimycobacterial treatment [letter]. *Clin Infect Dis* 1997;25(6):1490-1.
7. Wallace RJ, Tanner D, Brennan PJ, Brown BA. Clinical trial of clarithromycin for cutaneous infection due to *Mycobacterium chelonae*. *Ann Intern Med* 1993;19:482-6.
8. Wallace RJ. Activities of ciprofloxacin and ofloxacin against rapidly growing mycobacteria with demonstration of acquired resistance following single-drug therapy. *Antimicrob Agents Chemother* 1990;34:65-70.
9. Casal M. Microbiología Clínica de las enfermedades por micobacterias. Córdoba: Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, 1990.
10. Valero-Guillén PL, Martín-Luengo F, Larsson L, Jiménez J, Juhlin I, Portaels F. Fatty acids and mycolic acids of *Mycobacterium malmoense*. *J Clin Microbiol* 1988;26(1):153-4.

Recibido: 21 de diciembre de 1997. Aprobado: 3 de marzo de 1999.

Dr. *Aroldo Ruiz Pérez*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourf". Apartado 601, Marianao 13, Ciudad de La Habana, Cuba. E.mail: cliipk@infomed.sld.cu