

Hallazgo de *Mycobacterium gordonae* en un paciente de una institución cerrada

Suárez Guzmán FJ

Centro Penitenciario de Badajoz

Varón de 45 años de edad, interno en un centro penitenciario.

Diagnosticado de hepatitis por virus C con carga viral indetectable; fumador y bebedor importante, usuario de drogas por vía intravenosa, consumidor de heroína y cocaína; hipoacusia bilateral; epilepsia en tratamiento con levetiracetam (500 mg cada 12 horas), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con bromuro de tiotropio; taquicardia supraventricular paroxística sin cardiopatía estructural importante; trastorno mixto de la personalidad tipo B en tratamiento con quetiapina (200 mg diarios); trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con clonazepam (2 mg cada 8 horas) y venlafaxina retard (150 mg cada 24 horas); neumotórax secundario a tuberculosis cavitada izquierda; tuberculosis activa bilateral con diseminación broncogénica hace 5 años, tratada con rifampicina (600 mg), pirazinamida (1500 mg), isoniazida (1500 mg durante dos meses y 500 mg durante diez meses) y etambutol (800 mg durante dos meses).

En el momento de la consulta, el paciente presenta esputos hemoptoicos de varias horas de evolución y dolor costal derecho. Presenta también dolor en el hipocondrio izquierdo, que aumenta con la palpación, estreñimiento con heces oscuras (manifiesta estar en tratamiento con hierro por padecer anemia) y se encuentra afebril.

En la exploración encontramos importante delgadez (59,8 kg), irritabilidad e inquietud, pero no signos meníngeos; frecuencia cardiaca 80 lpm, presión arterial 100/60 mmHg, saturación de oxígeno 96 %, temperatura 36,6 °C; auscultación cardiaca rítmica y sin soplos; en la auscultación pulmonar roncus y crepitantes aislados e hipofonesis; abdomen depresible sin megalias ni masas; extremidades inferiores sin edemas ni foveas.

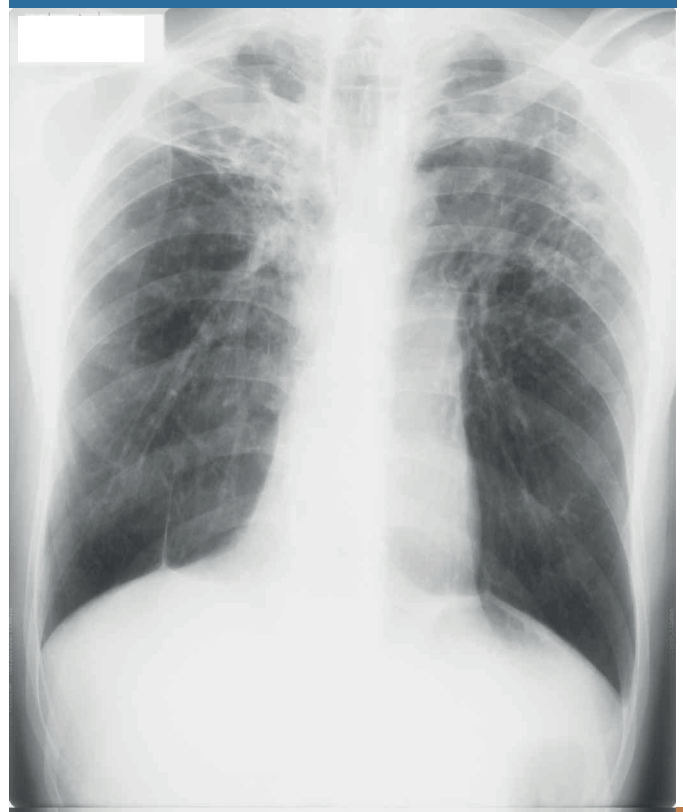
Hemograma: compatible con anemia microcítica hipocroma; leucocitos 13,0, neutrófilos 9,2, resto normal. Bioquímica dentro de rangos compatibles con la normalidad.

La radiografía de tórax muestra una imagen dudosa, compatible con cavitación en los lóbulos superiores izquierdo y derecho (figuras 1 y 2).

Se solicita una TAC torácica con contraste, en la que se observa una caverna en el lóbulo superior derecho, ganglios calcificados subcarinales y cambios pleuroparenquimatosos fibrocatríciales en el tercio medio de ambos hemitórax, probablemente relacionados con tractos fibrosos; formación de bronquiectasias por tracción y lesiones quísticas, la mayor de 7 cm, en el vértice derecho, y condensaciones nodulares de hasta 25 mm en el segmento ápico-posterior izquierdo y pequeños nódulos acinarios. Los hallazgos son compatibles con una enfermedad granulomatosa crónica con diseminación broncogénica y probable reactivación.

A la luz de estos datos, se decide realizar una gammagrafía con citrato de galio-67 y una SPECT-CT

Figura 1



de tórax. En ella se objetivan captaciones patológicas del trazador, localizadas en el área pulmonar izquierda, relacionadas con condensaciones parenquimatosas y lesiones pseudonodulares en el lóbulo superior izquierdo y en la llingula. Así mismo, se aprecian lesiones nodulares subcéntricas en la llingula y en el pulmón derecho, con distribución general, aunque no presentan captación del trazador. Como conclusión, se deduce patología inflamatoria-granulomatosa activa en el pulmón izquierdo.

La baciloscopia de esputo es positiva para *Mycobacterium gordonae*.

Por todo ello, se decide el aislamiento respiratorio del paciente e iniciar tratamiento con etambutol (400 mg cada 8 horas durante un mes), rifampicina (600 mg diarios), pirazinamida (1500 mg diarios), isoniazida (1250 mg diarios durante un mes y 500 mg durante otros cuatro meses).

Se repiten las pruebas diagnósticas al final del tratamiento y son todas negativas.

COMENTARIO

El *Mycobacterium gordonae* es un microorganismo englobado dentro de las micobacterias no

tuberculosas o atípicas¹. Su identificación es considerada, en la mayoría de los casos, una contaminación^{2,3}. A pesar de su baja virulencia existen casos por este patógeno⁴⁻⁶, aunque sólo hay descritos 20 en todo el mundo⁷.

Aunque las infecciones descritas por *Mycobacterium gordonae* son muy escasas, los casos hallados se suelen dar en individuos inmunodeprimidos^{8,9} o fumadores con antecedentes de patologías pulmonares^{2,10}.

El organismo es omnipresente y comúnmente aislado en el suelo y en el agua. La transmisión nosocomial también se ha descrito a través del agua utilizada para el enjuague de instrumentos médicos y por el colorante añadido al anestésico tópico utilizado en las broncoscopias^{8,11}.

Los síntomas más comunes son pérdida de peso, disnea, tos, hemoptisis y fiebre¹². Además de la clínica, para su diagnóstico definitivo son necesarias biopsias pulmonares transbronquiales, cultivos de esputo o lavados bronquiales^{4,9}.

CONCLUSIONES

Las prisiones y las patologías respiratorias han estado históricamente relacionadas por convivir en ellas un elevado número de individuos pertenecientes a grupos de riesgo, y por tratarse de instituciones cerradas. En ellas no son infrecuentes las deficiencias higiénico-sanitarias y el hacinamiento, que la transmisión de estas infecciones¹³.

M. gordonae es capaz de causar infecciones significativas en pacientes tanto inmunocompetentes como inmunodeprimidos; no obstante, para ser aislado, se necesita una estricta evaluación, ya que las contaminaciones son muy frecuentes.

Figura 2



BIBLIOGRAFÍA

1. Douglas JG, Calder MA, Choo-Kang YFJ, Leich AG. *Mycobacterium gordonae*: a new pathogen? *Thorax* 1986;41:152-3.
2. Mazumder SA, Hicks A, Norwood J. *Mycobacterium gordonae* pulmonary infection in an immunocompetent adult. *N Am J Med Sci* 2010;2:205-7.
3. Arnow PM, Bakir M, Thompson K, Bova JL. Endemic contamination of clinical specimens by *Mycobacterium gordonae*. *Clin Infect Dis* 2000;31:472-6.
4. Weinberger M, Berg SL, Feurstein IM, Pizzo PA, Witebsky FG. Disseminated infection with *Mycobacterium gordonae*: report of a case and critical review of the literatura. *Clin Infect Dis* 1992;14:1229-39.
5. Resch B, Eber E, Beitzke A, Bauer C, Zach M. Pulmonary infection due to *Mycobacterium gordonae* in an adolescent immunocompetent patient. *Respiration* 1997;64:300-3.
6. Pinho L, Santos J, Oliveira G, Pestana M. *Mycobacterium gordonae* urinary infection in a renal transplant recipient. *Transpl Infect Dis* 2009;11:253-6.
7. Dorransoro I, Torroba L. Microbiología de la tuberculosis. *An Sist Sanit Navar* 2007;30:67-85.
8. Marras TK, Daley CL. Epidemiology of human pulmonary infection with nontuberculous mycobacteria. *Clin Ches Med* 2002;23:553-67.
9. Panwalker AP, Fuhse E. Nosocomial *Mycobacterium gordonae* pseudoinfection from contaminated ice machines. *Infect Control* 1986;7:67-70.
10. Asinja A, Prasad A, Eskridge E. Disseminated *Mycobacterium gordonae* infection in an immunocompetent host. *Am J Ther* 2011;18:75-7.
11. Foti C, Sforza V, Rizzo C, De Pascale G, Bonamonte D, Conserva A, Tarantino A, Stella C, Cantore S, Grassi RF, Ballini A, De Vito D, Angelini G. Cutaneous manifestations of *Mycobacterium gordonae* infection described for the first time in Italy: a case report. *Cases J* 2009;2:6828.
12. Brener ZZ, Zhuravenko I, Bergman M. Acute kidney injury in a patient with nontuberculous mycobacterial infections: a case report. *Cases J* 2009;2:83.
13. Martín Sánchez V. La tuberculosis en las Instituciones Penitenciarias españolas. Su evolución en los años 90. *Rev Esp Sanid Penit* 1999;2:47-51.