

> CARTA AL DIRECTOR

Infección pulmonar por *Mycobacterium szulgai*

Marina Blanco Aparicio, Elizabet Méndez Eirín, Maria Del Mar Fernández Marrube, Rosa Villanueva¹, Hector Vereza Hernando

Servicio de Neumología y ¹Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Sr Director: Entre las micobacterias no tuberculosas (MNTB) causantes de enfermedad pulmonar las más frecuentes son *M. avium* complex, *M. Kansasii*, *M. abscessus* y *M. Xenopi*¹. *Mycobacterium szulgai* es una micobacteria atípica muy infrecuente, que supone <1% de todos los aislados de MNTB² y cuando está presente se considera prácticamente siempre un verdadero patógeno. Nosotros comunicamos el caso de un enfermo con secuelas posttuberculosas y clínica sugestiva de recidiva de tuberculosis que es diagnosticado finalmente de enfermedad por *M. szulgai*.

Varón de 61 años, exfumador con consumo acumulado de > 80 paquetes-año, indigente, con antecedentes de tuberculosis pulmonar bacilífera en 2003 tratada con Isoniazida+Rifampicina+Pirazinamida durante 6 meses en régimen directamente observado logrando curación microbiológica. Ingresa en el hospital el 21.12.08 por cuadro subagudo de > 2 meses consistente en tos con expectoración purulenta y hemoptoica, fiebre, sudoración nocturna, astenia, anorexia y adelgazamiento de 5 Kg peso. En la exploración física destacaba: Afectación estado general, Tª 38°C, FC 100 l/min, 16 r.p.m. Auscultación cardíaca: rítmica, no soplos AP: crepitantes y roncus en hemitórax derecho. El hemograma mostraba Leucocitos 12810 (Neutrófilos 79 % Linfocitos 11 %) Hb 10.7Hto 33 VCM 75, plaquetas 528000, siendo la bioquímica normal, salvo ácido úrico 8.3 y albúmina 3.2. Gasometría arterial: pH 7.49 PaO₂ 79 PaCO₂ 32. En la Rx de tórax (Fig.1y2) se observaba patrón pulmonar derecho destructivo con pérdida de volumen. Tres muestras de esputo eran positivas para bacilos ácido-alcohol-resistentes y con el diagnóstico de recidiva tuberculosa se inició tratamiento antituberculoso con Isoniazida+Rifampicina+Pirazinamida+Etambutol. La evolución posterior fue favorable con mejoría de

los síntomas, desaparición de la fiebre y ganancia de peso. El cultivo de micobacterias mostró crecimiento de micobacteria no tuberculosa y el día 09.02.09 era identificada como *Mycobacterium szulgai*.

Mycobacterium szulgai es una micobacteria atípica muy infrecuente descrita en 1972³, pero se ha aislado en todo el Mundo y se asocia con enfermedad activa en la práctica totalidad de los casos⁴. Los métodos diagnósticos convencionales son inadecuados para su identificación, destacando como rasgo altamente significativo el lento crecimiento y la producción de un pigmento característico dependiendo de la temperatura de incubación. Las colonias que crecen a 37°C son escotocromógenas, mientras que las que crecen a 25°C son fotocromógenas⁵. En este sentido es fundamental el trabajo de microbiólogos cualificados para alcanzar el diagnóstico correcto. No existe evidencia de transmisión humana. La manifestación más frecuente es como enfermedad pulmonar crónica⁶ pero puede producir bursitis, queratitis, sinovitis, osteomielitis, enfermedad cutánea, adenitis e infecciones sistémicas en inmunocoprometidos^{4,5,6,7}.

La enfermedad pulmonar es indistinguible clínicamente de la tuberculosis⁶ y se manifiesta con cuadro subagudo de fiebre o febrícula, sudoración, expectoración purulenta y hemoptoica, síndrome constitucional. El factor de riesgo más frecuente es la presencia de enfermedad crónica subyacente o inmunosupresión de diversas causas (tabaco, alcohol) pero se ha descrito algún caso en sujetos sanos⁸.

El tratamiento estándar no se conoce, pero muchos casos han mejorado con Isoniazida, Rifampicina y Etambutol, aunque la susceptibilidad al tratamiento antituberculoso convencional es variable. Aunque la duración óptima no ha sido establecida muchos autores recomiendan 3-4 fármacos durante 9-12 meses

después de que el cultivo se negativice. En general las triples terapias conducen a esterilización de cultivos⁹ pero se han descrito recidivas varios años después.

Figura 1. Patrón destructivo pulmonar derecho como secuela post-tuberculosa



BIBLIOGRAFÍA:

1. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:367-416
2. O'Brien RJ, Geiter LJ, Snider DE: The epidemiology of nontuberculous mycobacterial diseases in the United States: Results from a national survey. *Am Rev Respir Dis* 1987;135:1007-1014.
3. Marks J, Jenkins PA, Tsukamura M: *Mycobacterium szulgai*: A new pathogen. *Tubercle* 1972;53:210-214.
4. Tortoli E, Besozzi G, Lacchini C, et al. Pulmonary infection due to *Mycobacterium szulgai*: Case report and review of the literature. *Eur Respir J* 1998;11:975-977.
5. Schaefer WB, Wolinsky E, Jenkins PA, Marks J: *Mycobacterium szulgai*, a new pathogen: Serologic identification and report of five new cases. *Am Rev Respir Dis* 1973;108:1320-1326.
6. Benator DA, Kan V, Gordin FM: *Mycobacterium szulgai* infection of the lung: Case report and review of an unusual pathogen. *Am J Med Sci* 1997;313:346-351.
7. Sánchez-Alarcos JMF, De Miguel-Díez J, Bonilla I, et al. Infection caused by *Mycobacterium szulgai*. *Respiration* 2004 ; 5:487-490.
8. Inomata S, Tanaka H, Nakajima K, et al. Pulmonary Nontuberculous Mycobacterial Infection Caused by *Mycobacterium szulgai* in a young healthy woman . *Intern Med* 2006; 45: 913-916.
9. Maloney J M, Gregg C R, Stephens D S, et al. Infections caused by *Mycobacterium szulgai* in humans. *Rev Infect Dis* 1987; 9:1120-1126.