

INFECCION PULMONAR POR *MYCOBACTERIUM TERRAE*

Botas C¹, Botas A², Palmero D³

¹Servicio de Neumonología, Clínica Bazterrica; ²Servicio de Infectología, Clínica Bazterrica; ³Jefe de la División de Neumotisiología, Hospital Muñiz, CABA.

Introducción: Se han descrito en forma ocasional infecciones pulmonares por micobacterias ambientales no tuberculosas en pacientes inmunodeprimidos y/o con patología pulmonar de base. Se comportan como patógenos oportunistas ambientales.

Caso Clínico

Paciente masculino de 49 años, paisajista, con antecedentes de dextrocardia, CIV, CIA, y Diabetes insulino dependiente. No refiere TBQ ni VIH. Se interna por fiebre y astenia (Agosto/08), Rx Tórax: imagen cavitada en Lóbulo Superior Derecho. Espudo: Ziehl-Neelsen (ZN) positivo. Diagnóstico: TBC pulmonar, completa 6 meses de tratamiento (2HRZE/ 4HR).

Muestra de esputo (agosto/08): desarrollo de *Mycobacterium terrae*, pero dada la evolución favorable, se interpretó el aislamiento como contaminante. Asintomático durante el 2009.

Presenta varios episodios de hemoptisis (enero/10) asociado a fiebre intermitente y pérdida de 5 kg de peso, que no requirieron internación. Espudo seriado (febrero/10): 2/3 muestras con ZN positivo (no se cultivó). Se interpreta como recaída, y reinicia 4 drogas y completa un año de tratamiento (abril/11), con mejoría clínica.

TAC de tórax: secuela del pulmón derecho: disminución de volumen, engrosamiento pleural y cavidad del LSD, asociada a bronquiectasias cilíndricas y saculares. Examen funcional respiratorio: obstrucción moderada al flujo aéreo.

Finalizando el tratamiento, el paciente presenta episodios de tos con expectoración, sin fiebre y mal control de las glucemias. Nuevo esputo seriado (Marzo/11): ZN negativo, pero desarrollo de *Mycobacterium terrae*. Se realiza estudio de sensibilidad (Instituto "Dr. Carlos G. Malbrán" - julio/11): confirmándose *Mycobacterium terrae*, con CIM (mg/l) a rifabutina: 4, Claritromicina <0.125, ciprofloxacina <0.5 y amikacina: 8. Inicia ciprofloxacina 1 g/d + claritromicina 1g/d + etambutol 15 mg/kg/d + trimetoprima-sulfametoxazol 10 mg/kg/d. Completó 18 meses de tratamiento, con mejoría clínica y cultivos de esputo negativos.

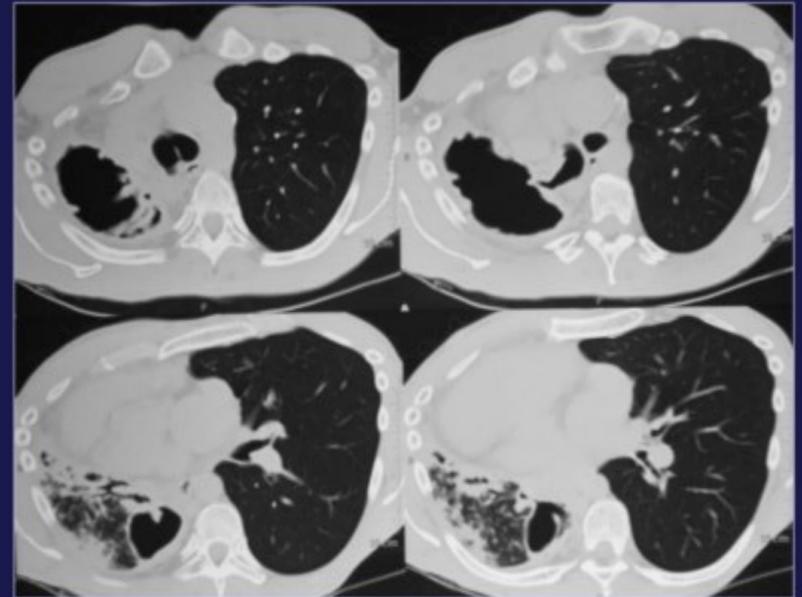


Figura 1: Noviembre 2011: Disminución de volumen del pulmón derecho asociado a cavidad de paredes anfractuosas en el sector apical. En su región caudal: bronquiectasias cilíndricas y saculares asociadas a opacidades consolidativas peribronquiales. Derrame y engrosamiento pleural.

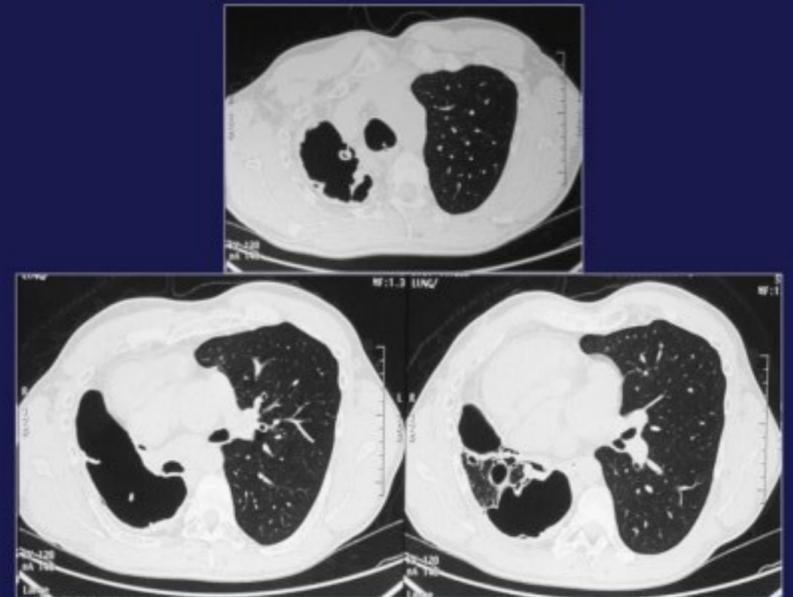


Figura 2: mayo 2013: Disminución del grosor de las paredes de la cavidad apical derecha. Sin áreas de consolidación ni derrame pleural.

Discusión

Mycobacterium terrae se incluye dentro del complejo *Mycobacterium terrae complex*, junto con *M. nonchromogenicum* y *M. triviale*, con amplia distribución en el medio ambiente. Pueden encontrarse en muestras respiratorias, pero raramente causan enfermedad en humanos. Mayormente afectan las articulaciones o los espacios sinoviales. La infección pulmonar fue descrita en enfermedad cavitada pulmonar, con múltiples aislamientos en esputo de *Mycobacterium terrae*. En general, son diagnosticados inicialmente como tuberculosis, y la curación espontánea puede formar parte de la historia natural de la enfermedad. La terapia antimicrobiana de elección para la infección por *M. terrae* es desconocido, pero se recomienda utilizar rifampicina + etambutol + un macrólido. Dada la excelente actividad *in vitro* de azitromicina y claritromicina, es indiferente su elección. Es importante considerar riesgo/beneficio para el agregado de un aminoglucósido, como tratamiento parenteral adicional. Se debe completar al menos 12 meses de tratamiento tras la negativización del cultivo de esputo. El aislamiento de una cepa "atípica" en muestra respiratoria, sigue siendo un reto para el equipo médico tratante.

Bibliografía:

1. Smith DS, Lindholm-Levy P, Huitt GA, Heifets LB, Cook JL. *Mycobacterium terrae*: Case reports, literature review, and in vitro antibiotic susceptibility testing. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 30: 444-53.
2. Diaz Ricoma N, Gonzalez Vargas F, Casado Moreno I, Galan Antofianza L, Rojas Sierra M, Alado Arboleda JC. Infección Pulmonar por *Mycobacterium terrae*. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 96-8.
3. Krisher KK, Kallay MC, Nolte FS. Primary pulmonary infection caused by *Mycobacterium terrae* complex. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1988; 11: 171-5.
4. Camarena Miñana JJ, González Pellicer R. Micobacterias atípicas y su implicación en patología infecciosa pulmonar. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; 29: 66-75.
5. Palmero DJ, Teres RI, Eiguchi K. Pulmonary disease due to *Mycobacterium terrae*. *Tubercle* 1989; 70: 301-3.
6. Piersimoni C, Scarparo C. Pulmonary infections associated with non-tuberculous mycobacteria in immunocompetent patients. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 323-34.