

Enfermedad pulmonar progresiva en un paciente no infectado por el VIH

Sonia De Miguel-Fernández^a, Jesús García-Martínez^a, Luis Vigil^b y Elia Palenque^a

Servicios de ^aMicrobiología y ^bMedicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Caso clínico

Varón de 84 años con antecedentes de tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo bronquitis crónica y lesiones pleuropulmonares posttuberculosas residuales. Refirió, en los 12 meses previos al estudio, aumento de su expectoración habitual, hemoptisis ocasional, fiebre intermitente, astenia y pérdida de 6-7 kg de peso. La exploración y una analítica básica fueron normales. La radiografía de tórax (fig. 1) mostró las lesiones residuales ya descritas y aparición de un nódulo pulmonar solitario de 2 cm en lóbulo inferior derecho (LID). En una primera tomografía computarizada (TC) torácica de alta resolución (figs. 2 y 3) se apreciaban en ambos pulmones pequeñas imágenes nodulares de localización periférica, sugestivas de bronquiectasias difusas, tubulares y nodulares, y en segmento 6 del LID dos nódulos en continuidad de 1,5 y 2 cm.

Evolución

La baciloscopia de esputo resultó negativa en tres muestras obtenidas con un intervalo de 2 meses entre ellas; en cambio, el cultivo resultó positivo para *Mycobacterium avium*¹. Una nueva TC torácica de control a los 6 meses del inicio de los síntomas no mostró cambios significativos, aunque disminuyeron de tamaño los dos nódulos mayores en LID y apareció algún otro pequeño nódulo. El paciente persistió con la misma clínica y se inició tratamiento específico (claritromicina 500 mg/12 h y etambutol, 800 mg/24 h, durante un mínimo de 12 meses tras la negativización de los cultivos de esputo).

Cuatro semanas más tarde, experimentó mejoría muy significativa, con desaparición de los síntomas respiratorios y constitucionales y negativización de cultivo de esputos, situación que se mantiene a los 9 meses de iniciado el tratamiento. La American Thoracic Society en su guía de 1997², propone como criterios diagnósticos de enfermedad pulmonar por micobacterias atípicas en pacientes no infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el cumplimiento simultáneo de determinadas condiciones clínicas, bacteriológicas y radiológicas, incluyendo en estos últimos la presencia de pequeños nódulos por bronquiectasias

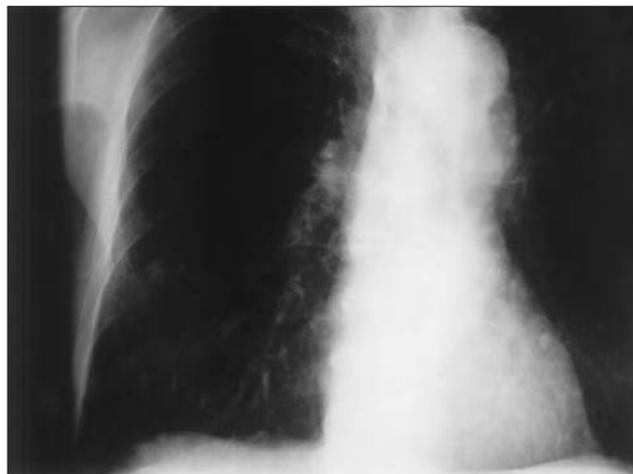


Figura 1. Radiografía de tórax con signos inespecíficos de enfermedad pulmonar.



Figura 2. TC torácica de alta resolución en la que se observa en ambos pulmones múltiples nódulos en asociación con bronquiectasias cilíndricas.

multifocales cilíndricas en la TC pulmonar de alta resolución.

Comentario final

El aislamiento de micobacterias atípicas, fundamentalmente *Mycobacterium avium complex* y *M. kansasii*, representa en ciertas ocasiones enfermedad y

Correspondencia: Dra. S. de Miguel-Fernández.
Servicio de Microbiología. Hospital 12 de Octubre.
Avda. Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: soniahospital@yahoo.es

Manuscrito recibido el 7-11-2002; aceptado el 7-01-2003.



Figura 3. Detalle del pulmón derecho en la TC de alta resolución.

no colonización¹, ya que tanto los síntomas clínicos como los hallazgos en radiología simple de tórax resultan inespecíficos y difíciles de valorar por la existencia de enfermedad pulmonar subyacente, la realización de TC torácica de alta resolución resulta muy rentable para el diagnóstico³. El hallazgo con esta técnica de nódulos de menos de 5 mm, en relación con la presencia de bronquiectasias cilíndricas, es muy específico de enfermedad pulmonar, en gran medida al diagnóstico y evita exploraciones invasivas^{4,5}.

Bibliografía

1. Takae E, Hidetada S. Bronchiectasis with *Mycobacterium avium complex* infection. *N Engl J Med* 2002;346:1372.
2. American Thoracic Society. Diagnosis and treatment of disease caused by non-tuberculous mycobacteria. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156(Suppl 1):25.
3. Metchock G, Nolte S, Wallace J. *Mycobacterium*. En: Baron EJ, Tenover C, Tenover C, Tenover H, editors. *Manual of clinical microbiology*. Washington: ASM Press 1999; p. 399-437.
4. Martínez Moragón E, Menéndez R, Santos M, Lorente R, Marco V. Enfermedad por micobacterias ambientales oportunistas en pacientes sin infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Factores de riesgo, clínica, diagnóstico y evolución. *Arch Bronconeumol* 1996;32:170-5.
5. Martínez Moragón E, Menéndez R, Palasí P, Santos M, López J. Enfermedades por micobacterias ambientales en pacientes con y sin infección por el VIH: Características epidemiológicas, clínicas y curso evolutivo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:281-6.