

person-to-person contact, including sexual contact. If sexual transmission of HAV is suspected, particularly among men-who-have-sex-with-men (MSM), PHI should be excluded. PHI presents clinically as a mononucleosis-like or flu-like syndrome, easily missed in the context of a concomitant acute hepatitis. HAV incubation period could potentially be shorter than serological evidence of HIV infection. HIV RNA become positive 7–10 days after HIV exposure, p24-antigen approximately 14 days and HIV antibodies at around 21 days.⁵ Thus, if concomitant or near exposure to HAV and HIV are suspected, HIV RNA should be requested to exclude PHI. HIV-VL is frequently extremely high in this period, with increased transmission risk. Complete seroconversion to HIV takes approximately 3 months until last WB band become positive (usually p31 band).

Sexually transmitted outbreaks of acute hepatitis A have been reported in the last years in Europe among MSM, particularly HIV-positive.^{6–9} Hepatitis A infection is not more severe among HIV-infected individuals, but HAV viraemia is higher and longer, increasing transmission risk. In high-income countries anti-HAV IgG in general population is usually low (<50% by the age of 30 years).¹⁰ Therefore, when HAV is introduced in groups at particular high-risk, as MSM population, outbreaks may occur, stressing the importance of preventive measures, particularly vaccination. As for HBV and HCV, HAV must also be considered as a potential co-infection in the context of PHI.

Conflict of interest

JA has received research funding from Gilead Sc and ViiV Health-care, out of the current work.

NAD: none to declare.

Bibliografía

1. Romero A, González V, Granell M, Matas L, Esteve A, Martró E, et al. Recently acquired HIV infection in Spain (2003–2005): introduction of the serological testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Sex Transm Infect.* 2009;85:106–10.

2. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10:682–7.
3. EACS guidelines. Version 10.0; 2019.
4. Fisher M, Pao D, Brown AE, Sudarshi D, Gill ON, Cane P, et al. Determinants of HIV-1 transmission in men who have sex with men: a combined clinical, epidemiological and phylogenetic approach. *AIDS.* 2010;24:1739–47.
5. Fiebig EW, Wright DJ, Rawal BD, Garrett PE, Schumacher RT, Peddada L, et al. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS.* 2003;17:1871–9.
6. Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. *Eurosurveillance.* 2017;22:1–5.
7. Comelli A, Izzo I, Casari S, Spinetti A, Bergamasco A, Castelli F. Hepatitis A outbreak in men who have sex with men (MSM) in Brescia (Northern Italy), July 2016–July 2017. *Infez Med.* 2018;26:46–51.
8. Charre C, Ramiere C, Roque-Afonso AM, Chidiac C, Zoulim F, Godinot M, et al. Hepatitis A outbreak in HIV-infected MSM and in PrEP-using MSM despite a high level of immunity, Lyon, France, January to June 2017. *Eurosurveillance.* 2017;22:1–4.
9. Beebejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Eurosurveillance.* 2017;22:1–6.
10. Carrillo-Santisteve P, Tavoschi L, Severi E, Bonfigli S, Edelstein M, Byström E, et al. Seroprevalence and susceptibility to hepatitis A in the European Union and European Economic Area: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2017;17:e306–19.

Natalia Anahí Díaz^{a,b}, Juan Ambrosioni^{b,*}

^a Infectious Diseases Service, Hospital Cesar Milstein, Buenos Aires, Argentina

^b Infectious Diseases Service, Hospital Clinic-IDIPABS, Barcelona, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: AMBROSIONI@clinic.cat (J. Ambrosioni).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2019.11.003>

0213-005X/ © 2019 Published by Elsevier España, S.L.U.

***Mycobacterium lentiflavum*. Infección pulmonar en una paciente inmunocompetente**



***Mycobacterium lentiflavum*. Pulmonary infection in an immunocompetent patient**

Mycobacterium lentiflavum se considera una micobacteria no tuberculosa (MNT) de crecimiento lento. Fue descrita como una nueva especie por primera vez en 1996¹.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, exfumadora desde hace 15 años, con un índice paquetes-años de 5. Sin antecedentes médicos de interés. Acudió al servicio de urgencias por presentar hemoptisis, con un volumen expectorado de hasta 150 ml en 10 h. El cuadro clínico motivó la realización de una broncoscopia urgente, en la que se observaron 2 coágulos de sangre (en el lóbulo superior y el lóbulo inferior derecho). A los 3 días se repitió una segunda broncoscopia para completar la exploración. Posteriormente, se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica en la que destacó la existencia de bronquiectasias, imágenes de aspecto nodular, discretas áreas en vidrio deslustrado peribronquiales (en probable relación con sangrado reciente) y adenopatías hiliares en rango patológico.

Se tomaron 3 muestras respiratorias (2 aspirados bronquiales obtenidos en 2 broncoscopias distintas y un esputo) y se enviaron al laboratorio de Microbiología, donde se realizó examen microscó-

pico y se cultivaron tanto en medio sólido (Coletsos) a 35 °C, como en medio líquido, utilizando el sistema de incubación y detección automática: sistema Bactec MGIT 960 (Becton Dickinson, Maryland, EE. UU.). En la tinción de auramina se observaron aislados bacilos ácido-alcohol resistentes en todas las muestras; sin embargo, no se detectó ADN específico de *Mycobacterium tuberculosis* complex mediante la técnica comercial de PCR en tiempo real (BD MAX MDR-TB, BD New Jersey, EE. UU.) en ninguna de las muestras. Durante el ingreso, se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y, dada la adecuada evolución clínica, fue dada de alta para continuar con el estudio de forma ambulatoria. Quedó pendiente la identificación de micobacterias.

A los 2 meses y medio se repitió la TC torácica, que mostró persistencia de las bronquiectasias, imágenes nodulares y adenopatías con desaparición de las discretas áreas en vidrio deslustrado (fig. 1). Las pruebas de función respiratoria, análisis de autoinmunidad y coagulación fueron normales.

Tras 2 meses de incubación, creció una micobacteria en las 3 muestras respiratorias, que se identificó como *M. lentiflavum* por el método de amplificación e hibridación reversa en tira (GenoType® *Mycobacterium* AS [Hain, Lifescience, Nehrn, Alemania]). Dado que se habían descartado otras etiologías y la paciente cumplía criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos compatibles con infección por *M. lentiflavum*², se decidió iniciar tratamiento con azitromicina, etambutol y rifampicina, con adecuada tolerancia

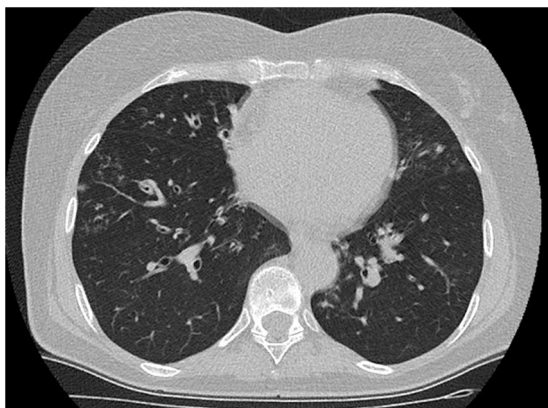


Figura 1. Corte de TC en el que se observan bronquiectasias e imágenes nodulares de predominio periférico en el lóbulo inferior derecho.

inicial. Un mes después de iniciar tratamiento se realizó el primer esputo de control, que fue negativo para micobacterias.

Actualmente, la paciente ha cumplido 8 meses de tratamiento sin nuevos episodios de infección respiratoria y sin efectos secundarios de la medicación.

M. lentiflavum es una MNT escotocromógena, de crecimiento lento, que se encuentra principalmente en el suelo y el agua, y puede causar infección en el ser humano. Tiene forma cocobacilar y en el cultivo las colonias son pequeñas y de color amarillo pálido.

En la infancia es la principal causa de linfadenitis cervical, mientras que en la edad adulta se relaciona con infección pulmonar o enfermedad diseminada en pacientes inmunodeprimidos. En ciertos estudios se ha llegado a describir como la tercera MNT en frecuencia en pacientes con fibrosis quística³. La revisión de casos más extensa publicada hasta el momento de infección respiratoria por esta MNT cuenta con 16 pacientes no infectados por el virus de la inmunodeficiencia y la mayoría son mujeres de edad avanzada que no presentan una evolución clínica agresiva⁴.

Se ha descrito un predominio de esta infección en mujeres con una edad media de 60 años, similar a la edad de la paciente que presentamos. Habitualmente, su evolución es benigna; sin embargo, existe un caso publicado de neumonía necrosante con derrame pleural paraneumónico en un paciente inmunocompetente⁵. Radiológicamente, suele presentarse como bronquiectasias, nódulos o imágenes de árbol en brote y se ha descrito como agente causal de sobreinfección de bronquiectasias preexistentes⁶.

Desde el punto de vista terapéutico, dada la baja prevalencia de dicha infección, en las diversas guías oficiales que abordan el manejo de las infecciones por MNT no existe una pauta

estandarizada. Sin embargo, sí está descrita como una micobacteria con elevada resistencia a los antibióticos habituales.

El caso que exponemos se trataría, según la revisión consultada, de la primera enfermedad pulmonar descrita en España por *M. lentiflavum* en una paciente inmunocompetente y sin registro médico de enfermedad respiratoria previa. En muchas ocasiones, es difícil determinar el significado clínico de los aislamientos por dicha micobacteria. No obstante, es un microorganismo que debe tenerse en cuenta y no ser sistemáticamente considerado como un contaminante, incluso en pacientes sin ninguna comorbilidad asociada.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

Bibliografía

1. Tortoli E, Bartoloni A, Erba ML, Levrè E, Lombardi N, Mantella A, et al. Human infections due to *Mycobacterium lentiflavum*. *J Clin Microbiol*. 2002;40:728-9.
2. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. ATS Mycobacterial Diseases Subcommittee; American Thoracic Society; Infectious Disease Society of America. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:367-416.
3. Phelippeau M, Dubus JC, Reynaud-Gaubert M, Gomez C, Stremler le Bel N, Bedotto M, et al. Prevalence of *Mycobacterium lentiflavum* in cystic fibrosis patients. *BMC Pulm Med*. 2015;26:131.
4. Yagi K, Morimoto K, Ishii M, Namkoong H, Okamori S, Asakura T, et al. Clinical characteristics of pulmonary *Mycobacterium lentiflavum* disease in adult patients. *Int J Infect Dis*. 2018;67:65-9.
5. Lee YC, Kim SB, Gang SJ, Park SY, Kim SR. Acute necrotizing pneumonia combined with parapneumonic effusion caused by *Mycobacterium lentiflavum*: A case report. *BMC Infect Dis*. 2015;19:15-354.
6. Ford ES, Horne DJ, Shah JA, Wallis CK, Fang FC, Hawn TR. Species-specific risk factors, treatment decisions, and clinical outcomes for laboratory isolates of less common nontuberculous mycobacteria in Washington state. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14:1129-38.

Cristina Matesanz-López^{a,*}, Cristina Loras-Gallego^b, Juana Begoña Cacho-Calvo^b y María Teresa Río-Ramírez^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinamatesanz@hotmail.es (C. Matesanz-López).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2019.12.001>

0213-005X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española

de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Estudio de sensibilidad antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae* en el área de salud del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia



Antimicrobial susceptibility study of *Neisseria gonorrhoeae* in the health area of the University and Polytechnic La Fe Hospital of Valencia

Desde la aparición de las sulfonamidas para el tratamiento de la infección gonocócica en la década de 1930, *Neisseria gonorrhoeae*

ha desarrollado resistencia a todos los antibióticos empleados. El aumento global de casos de gonorrea, así como de la resistencia a los fármacos de primera línea, hacen de *N. gonorrhoeae* una de las 3 amenazas antimicrobianas «urgentes» para la que se necesitan tratamientos opcionales¹. Como alternativas a la terapia actual, se están probando antibióticos conocidos como la gentamicina y el gemifloxacino²⁻⁴, y nuevos fármacos como la solitromicina, la zoliflodacina y la gepotidacina que están en diferentes fases de desarrollo.

Con el objetivo de aportar información sobre la tasa de resistencia de *N. gonorrhoeae* a la gentamicina y otros antibióticos,