



***Mycobacterium xenopi:*
¿una micobacteria poco frecuente?**

Sr. Director: Desde que Schwabacher¹ lo aisló por primera vez en 1959, el valor clínico del aislamiento de *Mycobacterium xenopi* ha sido incierto y controvertido. Tras la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha objetivado un incremento en la frecuencia de los cuadros relacionados con las micobacterias

atípicas, que han llegado a representar hasta un 10% de las infecciones por micobacterias, a pesar de lo cual tradicionalmente *Mycobacterium xenopi* se ha considerado un patógeno poco frecuente².

Paciente de 48 años, ex fumador de 15 paquetes/año. Diagnosticado de enfisema pulmonar a los 40 años. Antecedentes de toma crónica de corticoides y osteoporosis. Atrofia muscular tras encamamiento prolongado. La exploración funcional respiratoria presenta los siguientes datos: FVC, 3,38 l (87,8%); FEV₁, 1,28 l (40%); FEV₁/CVI 33%; TLC 7,75 l (132%); FRC 5,42 l (175%). Durante su ingreso en un centro para realizar rehabilitación muscular presentó clínica de infección respiratoria, y en el análisis del esputo se objetivaron bacilos ácido-alcohol resistentes, siendo trasladado a nuestro centro para aislamiento. En la exploración física destacaba una taquipnea de 28 respiraciones/min, temperatura de 37 °C, peso de 50 kg (índice de masa corporal [IMC] 19 kg/m²) y disminución global del murmullo vesicular. La analítica presentaba: 25.700 leucocitos/ l con 1.799 linfocitos/ l, hemoglobina de 10 g/dl, VCM de 90 fl, VSG de 103 mm/h, cortisol plasmático de 2,7 g/dl y valor de alfa-1 antitripsina normal. La gasometría arterial presentaba un pH de 7,48, PaO₂ de 52 mmHg, PCO₂ de 34 mmHg y saturación de O₂ del 89%. La serología para el VIH fue negativa. La intradermorreacción de Mantoux presentó un diámetro de induración de 5 mm. La radiografía de tórax presentaba una densidad alveolar cavitada en el lóbulo superior derecho, asociada con datos de enfisema (fig. 1). En las tres muestras de esputo procesadas la tinción con auramina fue positiva, y se evidencia en dos de ellas el crecimiento de *Mycobacterium xenopi*. El germen aislado fue sensible a estreptomycin, kanamicina, isoniácida, cicloserina y etambutol. Tras iniciar tratamiento adecuado se objetivó mejoría clínica del paciente, siendo dado de alta

Mycobacterium xenopi es un bacilo ácido-alcohol resistente, escotocromógeno, de crecimiento lento. Se encuentra ampliamente distribuido en la naturaleza³. Se ha considerado tradicionalmente como contaminante ambiental o saprófito. Esta tendencia ha cambiado en los últimos años, y se objetivó en varios trabajos un importante porcentaje de infecciones secundarias a *Mycobacterium xenopi*, sobre todo en el pulmón³. Las infeccio-

nes por esta micobacteria se relacionan con la colonización de conducciones de agua, sobre todo caliente, presentándose en forma de brotes nosocomiales. La vía de contagio es la inhalación de aerosoles de agua potable contaminada⁴. La infección por *Mycobacterium xenopi* se localiza casi siempre en la zona pulmonar, dándose formas extrapulmonares y diseminadas; estas últimas se asocian con pacientes infectados por el VIH (y otras alteraciones de la inmunidad celular). Los principales factores de riesgo para desarrollar la infección por *Mycobacterium xenopi* son la presencia de patología pulmonar crónica (enfisema, fibrosis pulmonar, silicosis y tuberculosis previa), infección por el VIH o situaciones predisponentes (gastrectomía [29%], toma crónica de corticoides, alcoholismo, neoplasias extrapulmonares, malnutrición o diabetes mellitus). Jiva et al⁴, tras analizar 103 aislamientos de *Mycobacterium xenopi*, encontraron un 10% de infecciones por esta micobacteria, con un 90% de colonizaciones. Identificaron como principales poblaciones diana a pacientes jóvenes gravemente inmunodeprimidos y adultos inmunocompetentes con afección pulmonar crónica, principalmente enfisema. Clínicamente, *Mycobacterium xenopi* es indistinguible de la tuberculosis. La reacción cutánea de la tuberculina no diferencia estas dos infecciones, como tampoco permite diferenciar la infección y la colonización por *Mycobacterium xenopi*⁴. La radiografía de tórax presenta cavitaciones multiloculadas y masas o nódulos cavitados junto con datos de fibrosis en zonas perilesionales a nivel de lóbulos superiores, asentándose sobre lesiones enfisematosas preexistentes⁵. El diagnóstico de enfermedad por *Mycobacterium xenopi* se realiza siguiendo los criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos de la Sociedad Torácica Americana (ATS) para el diagnóstico de micobacterias atípicas. El tratamiento incluye pautas con 2 o 3 fármacos con una duración en torno a 18-24 meses, incluyendo 12 meses tras la negativización del cultivo de esputo^{3,4}. En los últimos años se han introducido la ri-

fabutina y los nuevos macrólidos, como la claritromicina y la azitromicina, así como las nuevas quinolonas como la esparfloxacin⁶. El interés de este caso no radica tanto en la mayor o menor rareza del aislamiento de *Mycobacterium xenopi*, sino como llamada de atención para tener en cuenta esta micobacteria como patógeno humano no sólo en pacientes VIH positivos, y es necesaria una cuidada valoración de los aislamientos de esta micobacteria, dadas las diferencias respecto al tratamiento con otras micobacterias, y el éxito terapéutico en muchos de los cuadros de infección por este agente.

J. Moraza, C. Esteban y A. Capelastegui
Servicio de Neumología. Hospital de Galdakao.

1. Schwabacher H. A strain of mycobacterium isolated from skin lesions of a cold-blooded animal, *Xenopus laevis*, and its relation to atypical acid-fast bacilli occurring in man. *J Hyg (Lond)* 1959;57:57-67.
2. Goldstein RS, Contreras M, Craig GA, Cheung OT. Tuberculosis. A review of 498 recent admissions to hospital. *Can Med Ass J* 1982;126:490-2.
3. Wallace RJ, Glassroth J, Griffith DE, Olivier KN, Cook F. Diagnosis and treatment of disease actual by nontuberculous mycobacteria. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156:S1-S25.
4. Jiva TM, Jacoby HM, Weymouth LA, Kaminski DA, Portmore AC. *Mycobacterium xenopi*: Innocent bystander or emerging pathogen? *Clin Infect Dis* 1997;24:226-32.
5. Wittram C, Weisbrod GL. *Mycobacterium xenopi* pulmonary infection: evaluation with CT. *J Comput Assit Tomogr* 1998;2: 225-8.
6. Smitt H, Schnitzler N, Riehl J, Adam G, Siebert HG, Haase G. Successful treatment of pulmonary *Mycobacterium xenopi* infection in a natural killer-deficient patient with clarithromycin, rifabutin and sparfloxacin. *Clin Infect Dis* 1999;29:120-4.