

Carta al Director

M^a Eulalia Valencia¹
M^a Inmaculada Quiles²

Infección urinaria por *Mycobacterium fortuitum* en paciente con infección por el VIH

¹Servicio de Medicina Interna-Unidad de VIH. Hospital La Paz. Madrid.

²Servicio de Microbiología. Hospital La Paz. Madrid.

Sr. Editor: la infección por *Mycobacterium fortuitum* en pacientes con infección por VIH es poco frecuente, su tratamiento difícil y su localización urinaria excepcional. Presentamos a continuación el caso de una mujer con buena situación inmunoviológica que desarrolló una infección urinaria por *M. fortuitum*.

Caso clínico: Paciente de 51 años diagnosticada de infección por VIH en 1996 en tratamiento antirretroviral (TAR) con emtricitabina y lopinavir/ritonavir (LPV/r) desde 2008. Entre sus antecedentes personales destaca haber tenido un linfoma no hodgkiniano tipo Burkitt en 2008, actualmente en remisión completa, y haber sido intervenida de un nódulo tiroideo hiperfuncionante. En abril de 2009 presentó toxicidad renal con hiperfosfatemia grave tras la administración de tenofovir y en julio de 2010 toxicodermia secundaria a la administración de cotrimoxazol.

La paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista de la infección por VIH no habiendo presentado ninguna enfermedad oportunista desde 2008. La carga viral se mantiene indetectable desde el año 2007 y la cifra actual de linfocitos CD4+ es de 609 por mm³, habiendo tenido un nadir de 91 por mm³. Desde diciembre de 2013 la paciente presenta infecciones urinarias no complicadas de repetición con aislamiento de *Escherichia coli* en los casos filiados. En septiembre de 2014 acudió a consulta refiriendo que continuaba con sintomatología urinaria de forma casi continua observándose en el sedimento urinario leucocituria sin bacteriuria y sin crecimiento de ningún microorganismo. Por este motivo, y ante la sospecha de una infección subyacente por micobacterias, se solicitó en diciembre cultivo de orina en medio de Lowenstein creciendo en tres muestras distintas *M. fortuitum*. Se realizó radiografía de

tórax, revisión ginecológica, ecografía abdominal y renal y urografía intravenosa descartándose afectación micobacteriana a otro nivel y/o alteraciones morfológicas de la vía urinaria. *M. fortuitum* es intrínsecamente resistente a los tuberculostáticos habituales por lo que tras su aislamiento se pautó tratamiento, según la sensibilidad teórica del microorganismo, con levofloxacino, azitromicina y doxiciclina por vía oral. Transcurridas 2 semanas acudió a consulta porque tras iniciar el tratamiento presentó malestar general, disfagia e hinchazón de labios. Tras suspender todos los fármacos el cuadro remitió y para evitar las posibles interacciones que se pudieran producir con LPV/r al reintroducir el tratamiento frente a *M. fortuitum*, se cambió el TAR por abacavir + lamivudina + dolutegravir coformulado como Triumeq®. Posteriormente se introdujeron de forma progresiva en el transcurso de 2 semanas los 3 antibióticos comenzando por levofloxacino añadiéndose después doxiciclina y por último azitromicina, al considerarse que pudiera ser el agente más implicado en el proceso. El tratamiento se completó con levofloxacino en monoterapia durante 12 semanas y se retiró tras 3 cultivos de orina en medio de Lowenstein negativos. En el momento actual la paciente se encuentra clínicamente estable y no ha vuelto a presentar sintomatología compatible con infección del tracto urinario.

M. fortuitum es una micobacteria ubicua de rápido crecimiento que puede causar infecciones cutáneas y de tejidos blandos fundamentalmente tras un traumatismo, cirugía o asociadas a catéter^{1,2}. La infección diseminada o en otros lugares distintos de la piel en el huésped inmunocompetente es extremadamente rara mientras que en pacientes inmunodeprimidos puede dar lugar a infecciones graves con riesgo para la vida del enfermo^{3,4}. El tiempo y pauta de tratamiento no están claramente establecidos y dependen de la localización y gravedad de la infección. En nuestro caso se optó por un tratamiento de inducción-mantenimiento de 12 semanas similar a otros casos descritos en la literatura^{1,4}. En la población con infección por VIH a pesar de su inmunodepresión y la elevada frecuencia con la que se han aislado otras micobacterias es excepcional^{5,6}.

Correspondencia:
M^a Eulalia Valencia Ortega
Servicio de Medicina Interna-Unidad de VIH. Hospital La Paz. Madrid
E-mail: eulalia.valencia@salud.madrid.org

Smith MB et al.⁷ publicaron en 2001 una serie de 11 pacientes con SIDA y *M. fortuitum* siendo en 9 casos la localización ganglionar y en 2 diseminada. Su aislamiento en orina es poco frecuente, de tal forma que en una serie de 28 pacientes VIH negativos con aislamiento positivo para micobacterias de crecimiento rápido se registraron 10 casos de *M. fortuitum* y sólo en un paciente la localización fue urinaria⁸. Ersoz et al.⁹ comunicaron en 2000 el primer caso de infección urinaria en un paciente VIH positivo que se trató durante 4 semanas con cefoxitina con buena respuesta y Huang CT et al.¹⁰ publicaron una serie de 15 aislamientos de micobacterias no tuberculosas en orina de las que únicamente 2 correspondieron a *M. fortuitum*.

Aunque rara, la infección del tracto urinario por micobacterias no tuberculosas debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las infecciones urinarias generalmente cuando, como en el presente caso, son de repetición y/o no hay respuesta a los tratamientos antibióticos habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrillo-Quintero D, Bolaños-River M, Hernández-Cabrera M, Cañas-Hernández F. Aislamiento de micobacterias de crecimiento rápido a partir de muestras de piel y tejidos blandos. Una etiología a tener en cuenta. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32: 692-3.
2. Guerrero I, García-Agudo L, Galán F, García-Martos P. Diferenciación de especies del complejo *Mycobacterium fortuitum* mediante espectrometría de masas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2015; 33: 67.
3. Natsag J, Min Z, Hamad Y, Alkhalil B, Rahman A, Williams R. A mysterious gram-positive rods. *Case Rep Infect Dis* 2012; 2012: 841834. doi 10.1155/2012/841834.
4. Agheli A, Tehranirad M, Cofsky R. An unusual presentation of *Mycobacterium fortuitum*: massive isolated empyema in a patient with HIV. *Med Gen Med* 2006; 8: 90-7.
5. Leibowitz MR, Currier JS. Overview of nontuberculous mycobacteria (excluding MAC) in HIV-infected patients. En www.uptodate.com 2015 UpToDate. Bartlett JG Editor. Last updated Jul 24, 2014.
6. Shafer RW, Sierra MF. *Mycobacterium xenopi*, *Mycobacterium fortuitum*, *Mycobacterium kasasii* and other nontuberculous mycobacteria in an area of endemicity for AIDS. *Clin Infect Dis* 1992; 1: 161-2.
7. Smith MB, Schnadig VJ, Boyards MC and Woods GL. Clinical and pathologic features of *Mycobacterium fortuitum* infections. An emerging pathogen in patients with AIDS. *Am J Clin Pathol* 2001; 116: 225-32.
8. Esteban J, Gutiérrez F, Fariña MC, Martín Moreno L, Requena L, Jiménez-Arriero M et al. Significado clínico de los aislamientos de micobacterias de crecimiento rápido. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997; 15: 260-3.
9. Ersoz G, Kaya A, Cayan S, Kandemir O, Ergin A, Cetinkaya Y et al. Urinary *Mycobacterium fortuitum* infection in an HIV-infected patient. *AIDS* 2000; 14: 2802-3.
10. Huang CT, Chen CY, Chen HY, Chou CH, Ruan SY, Lai CC et al. Genitourinary infections caused by nontuberculous mycobacteria at a university hospital in Taiwan, 1996-2008. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16: 1585-90.