

Ana Navascués¹
Alberto Gil-Setas²
Igberto J. Tordoya²
María Soledad Jiménez-
Pajares³

Absceso retroperitoneal en paciente con antecedente de tumor vesical

¹Sección de Laboratorio. Microbiología, Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra)

²Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra)

³Laboratorio de referencia de Micobacterias, Servicio de Bacteriología, Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda (Madrid)

Sr. Editor: Bacillus de Calmette-Guérin (BCG) es una cepa atenuada de *Mycobacterium bovis* que se emplea en el tratamiento del cáncer vesical superficial desde 1976 como una alternativa a la quimioterapia¹.

A pesar de la seguridad de las instilaciones vesicales de BCG, la presencia de efectos adversos tanto locales (cistitis o hematuria) como sistémicos (fiebre, escalofríos, erupciones cutáneas) son relativamente frecuentes y, en menor medida pueden producir una infección².

A continuación presentamos el caso de un paciente que desarrolló un absceso retroperitoneal secundario al tratamiento con instilaciones vesicales de BCG.

Varón de 75 años de edad portador de endoprótesis vascular aorto-iliaca diagnosticado de un tumor vesical. Fue sometido a una resección transuretral y un mes después se inició inmunoprofilaxis intravesical (Inmuncyst BCG 81 mg) con una pauta de una instilación semanal durante seis semanas.

Nueve meses después ingresó por bultoma en ingle izquierda de aproximadamente 10 cm de longitud, blando a la palpación, no doloroso, con enrojecimiento y calor en piel. Se acompañaba de fiebre, pérdida de peso y astenia de un mes de evolución. La Tomografía Axial Computerizada abdominal (TAC) reveló una colección retroperitoneal izquierda que afectaba al compartimiento del psoas y se extendía desde la fosa renal hasta el muslo en su cara anterointerna (figura 1). Se tomaron hemocultivos y urocultivos que fueron negativos. La angiografía por TAC excluyó cualquier tipo de fuga de la endoprótesis vascular.

El absceso fue drenado y se remitieron muestras para cultivo bacteriológico y de micobacterias. La baciloscopia fue positiva así como la detección directa de *M. tuberculosis* complex (Amplified *Mycobacterium tuberculosis* Direct, GenProbe, San Diego, CA) y se inició tratamiento tuberculostático con isonia-

cida, rifampicina y pirazinamida. A los 13 días de incubación se detectó crecimiento de una micobacteria en el medio líquido BACTEC. La cepa aislada era nitratos negativa y presentaba resistencia a isoniazida (0,1mg/L) y pirazinamida (100 mg/L) en el antibiograma realizado por el sistema BACTEC460TB. Fue derivada al Centro Nacional de Microbiología donde por PCR-RFLP de GyrB con Rsa1 y posterior PCR múltiple de RD1³ se identificó como BCG. Se caracterizó por Mycobacterial Interspersed Repetitive Unit del loci 4 (MIRU-4)⁴ obteniéndose una banda de 200pb que indicó que se trataba de BCG Connaugh, la cepa empleada en las instilaciones vesicales. En el antibiograma realizado en Löwenstein-Jensen se detectó resistencia a pirazinamida pero no a isoniazida (0,2 mg/L).

El paciente evolucionó desfavorablemente complicándose el cuadro con un carcinoma de pulmón. Falleció al 28º día de tratamiento tuberculostático por complicaciones de la enfermedad tumoral.

COMENTARIO

Debido a los múltiples pases realizados desde la cepa original de BCG, existen diferentes cepas que presentan algunas diferencias genéticas y fenotípicas⁵. En concreto, en España están comercializadas para el tratamiento del cáncer vesical las cepas Tice, RIVM y Connaugh. Ésta última se caracteriza por presentar una resistencia de bajo nivel a isoniácida^{6,7} que puede no ser detectada según el método de sensibilidad empleado. En nuestro caso, se detectó en el antibiograma realizado en BACTEC 460TB pero no así en el realizado en Löwenstein-Jensen.

La presencia de efectos adversos tras las instilaciones vesicales de BCG son frecuentes y en algunos casos puede producirse infección². Ésta es diferente en función del tiempo transcurrido desde la primera instilación: la infección de presentación temprana (normalmente menos de 3 meses tras la primera administración de BCG) se caracteriza por síntomas generales y afectación de hígado y/o pulmón en los que se aísla BCG sólo en el 30% de los casos. La infección tardía (normalmente más de 1 año) suele presentarse en el tracto genitourinario, bien por diseminación local o hematogena, y en áreas características de diseminación tuberculosa (vértebras, retroperitoneo)⁸; se aísla

Correspondencia:
Ana Navascués
Sección de Laboratorio. Microbiología, Hospital Reina Sofía
Ctra de Tarazona Km 3 - CP: 31500 Tudela (Navarra)
Tfno.: 848-434256
E-mail: ana.navascues.ortega@cfnavarra.es

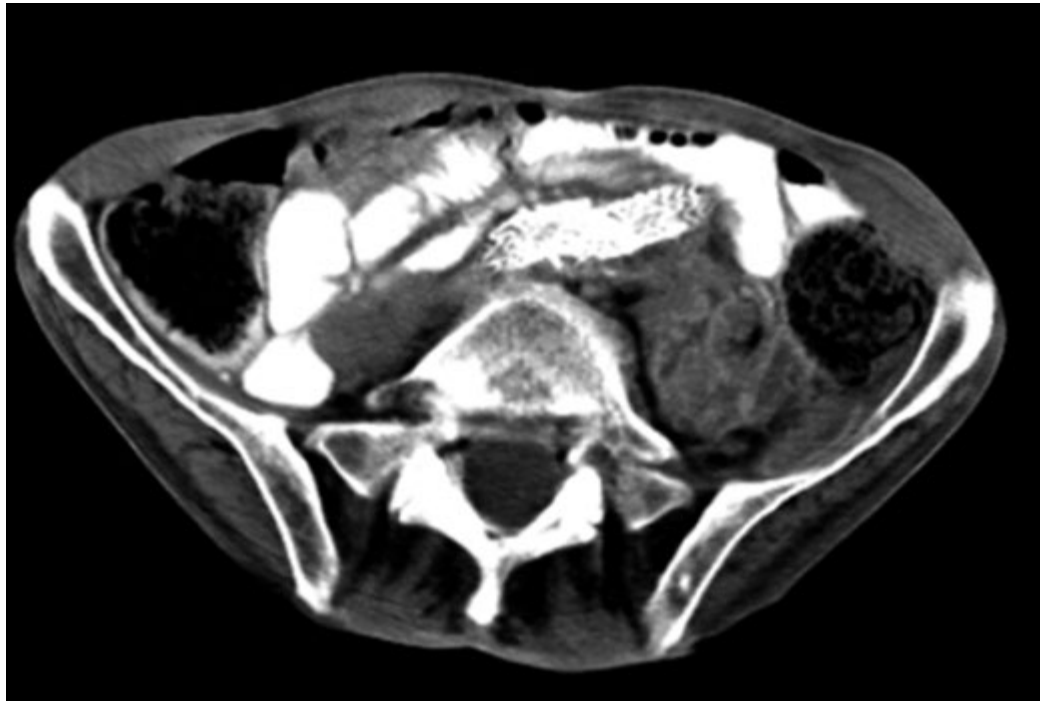


Figura 1 TAC abdominopélvica en la que se observa colección heterogénea encapsulada con numerosos tabiques y gas en su interior, afectando al compartimento del psoas izquierdo.

BCG más frecuentemente (67% de los casos) que en la infección temprana.

M. tuberculosis complex es la causa del 7,5% de los abscesos del músculo psoas⁹ por lo que es necesario realizar siempre la identificación de especie para diferenciar una posible reactivación de un efecto adverso de las instilaciones de BCG.

En resumen, hay que considerar la posibilidad de una complicación por BCG incluso meses después del tratamiento y llevar a cabo siempre una identificación a nivel de especie de todos los aislamientos de *M. tuberculosis* complex.

BIBLIOGRAFÍA

- Morales A, Eiding D, Bruce AW. Intracavitary Bacillus Calmette-Guérin in the treatment of superficial bladder tumors. *J Urol* 1976; 116: 180-3.
- Lamm DL, Van der Meijden PM, Morales A, Brosman SA, Catalona WJ, Herr HW et al. Incidence and treatment of complications of bacillus Calmette-Guérin intravesical therapy in superficial bladder cancer. *J Urol* 1992; 147: 596-600.
- Herrera-León L, Pozuelo-Díaz R, Molina Moreno T, Valverde Cobacho A, Saiz Vega P, Jiménez Pajares MS. Aplicación de métodos moleculares para la identificación de las especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2009; 27: 496-502.
- Supply P, Allix C, Lesjean S, Cardoso-Oelemann M, Rüsche-Gerdes S, Willery E et al. Proposal for standardization of optimized mycobacterial interspersed repetitive unit-variable-number tandem repeat typing of *Mycobacterium tuberculosis*. *J Clin Microbiol* 2006; 44: 4498-510.
- Hayashi D, Takii T, Fujiwara N, Fujita Y, Yano I, Yamamoto S et al. Comparable studies of immunostimulating activities in vitro among *Mycobacterium bovis* bacillus Calmette-Guérin (BCG) substrains. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2009; 56:116-28.
- Ritz N, Tebruegge M, Connell TG, Sievers A, Robins-Browne R, Curtis N. Susceptibility of *Mycobacterium bovis* BCG Vaccine strains to antituberculous antibiotics. *Antimicrob Agents Chemother* 2009; 53: 316-8.
- Shimizu T, Yasumoto K, Tatano Y, Tomioka H, Sato K, Sano C et al. In vitro drug susceptibility of *Mycobacterium bovis* BCG Connaught and Tokyo strains. *J Infect* 2010; 60: 248-51.
- González OY, Musher DM, Brar I, Furgeson S, Bektour MR, Septimus EJ et al. Spectrum of Bacille Calmette-Guérin (BCG) infection after intravesical BCG Immunotherapy. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 140-8.
- Navarro V, Ramos JM, Meseguer, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordoñez MA et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)* 2009; 88:120-30.