

**A propósito de un caso.**Cortazar, M<sup>1</sup>; Franco, M<sup>2</sup>; Lux, A<sup>2</sup>; Morvay, L<sup>1</sup>; Tomassini, L<sup>1</sup>.<sup>1</sup> H.I.E.M.I "Victorio Tetamanti", <sup>2</sup> H.I.G.A "Dr. Oscar Alende", Mar del Plata**Introducción**

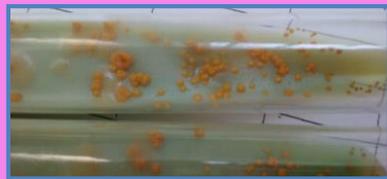
*Micobacterium novocastrense* (*M. novocastrense*) es una micobacteria de crecimiento rápido (MCR), atípica, no tuberculosa (1). Los diferentes hábitats acuáticos y el suelo son las principales fuentes de contagio en las infecciones humanas, la resistencia a los desinfectantes contribuye a explicar su presencia en ambientes hospitalarios y su capacidad de formar biofilm; la mayoría de las infecciones humanas son debidas a inoculación tras un traumatismo accidental, cirugía o inyección (2). Durante los últimos 30 años se ha observado un notable incremento de las infecciones por especies patógenas oportunistas, entre las que se encuentran las MCR.

**Resumen Clínico**

Paciente de 3 años de edad, consultó por cuadro febril de 6 días de evolución con tumefacción parotídea y lesión en mejilla derecha. Se instauró tratamiento con Amoxicilina Clavulánico; luego de 20 días persistió la fiebre por lo que se realizó punción-biopsia y se envió para cultivo. En el examen microscópico (EM) directo por coloración de Ziehl-Neelsen (ZN) se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR); se evidenció en el cultivo del material en medio sólido Lowestein-Jensen (ver figura 1) un crecimiento rápido de colonias con morfología lisa, fotocromógenas en cuyo EM se observaron BAAR; en medio líquido Bactec MGIT 960 también se constató el desarrollo de BAAR. Se envió la cepa a ANLIS "Dr. Carlos G. Malbran" para identificación de especie por el método MALDI-TOF y prueba de sensibilidad a drogas de acción antimicobacteriana. Se identificó el aislamiento como *M. novocastrense*, sensible a: Claritromicina, ciprofloxacina, ampicilina, linezolid, cefoxitina, doxiciclina, imipenem, tobramicina, cefotaxima y sulfametoxazol.

**Exámenes complementarios**

Serología para Bartonella henselae: negativa.  
Cultivo gérmenes comunes: negativo.  
Hemograma y subpoblaciones linfocitarias normales. Dosaje inmunoglobulinas: normal.  
Serología HIV: negativa. PPD: 0 mm.



**Figura 1:** Cultivo del material en medio sólido Lowestein-Jensen.

**Discusión y diagnósticos diferenciales**

El hallazgo de BAAR en extensiones teñidas mediante la técnica de ZN no es evidencia suficiente de la presencia de MCR en una muestra clínica, ya que las características morfológicas microscópicas no permiten establecer diferencias entre las distintas micobacterias. Es necesario el cultivo y la identificación para confirmar el diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado, debido a que dichas infecciones poseen un tratamiento diferente al de la tuberculosis y otras micobacteriosis; incluso algunas son resistentes a los fármacos antituberculosos convencionales, pero pueden ser sensibles a otros antimicrobianos de amplio espectro.

**Conclusiones**

Debido a que cada año se describen nuevas especies de MCR implicadas en infecciones nosocomiales, así como en infecciones de pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos, y que estas micobacterias responden a un esquema antibiótico diferente al de tuberculosis y otras micobacteriosis, es importante para el equipo de salud tener en cuenta a las MCR, tanto en la sospecha clínica como en el diagnóstico microbiológico.

**Bibliografía**

- 1.- Falkinham JO 3rd. Nontuberculous mycobacteria from household plumbing of patients with nontuberculous mycobacteria disease. Emerg Infect Dis 2011;17:419-24. doi:10.3201/eid1703.101510.
- 2.- P. García-Martos, L. García-Agudo. Infecciones por micobacterias de crecimiento rápido. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(4):192-200.