



ORIGINAL BREVE

Infección por micobacterias no tuberculosas en pacientes con bronquiectasias no causadas por fibrosis quística[☆]

E. Martínez-Cerón^a, C. Prados^{a,*}, L. Gómez-Carrera^a, J.J. Cabanillas^a,
G. López-López^b y R. Álvarez-Sala^a

^a Servicio de Neumología, Hospital La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital La Paz, Madrid, España

Recibido el 31 de mayo de 2011; aceptado el 11 de agosto de 2011

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Micobacterias no tuberculosas;
Bronquiectasias;
Colonización bronquial;
Tratamiento

KEYWORDS

Non-tuberculous mycobacteria;
Bronchiectasis;
Bronchial colonization;
Treatment

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia y características de la infección por micobacterias no tuberculosas en enfermos con bronquiectasias no relacionadas con la fibrosis quística.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos con bronquiectasias no relacionadas con la fibrosis quística con un seguimiento de al menos dos años.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes, 50 mujeres (73,5%), con una edad media de $63,31 \pm 16,2$ años. La etiología más frecuente fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (28 pacientes, 41,2%) con una afectación leve-moderada y colonización por *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) (70,6%). Siete pacientes (10,3%) presentaron infección por micobacterias no tuberculosas, tratándose de *Mycobacterium avium complex* en 6 ocasiones (7,35%). Cuatro (57,14%) pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano específico. En los enfermos infectados fue menor la frecuencia de *P. aeruginosa* y el uso de corticoides inhalados. No hubo diferencias espirométricas significativas entre los pacientes infectados por micobacterias no tuberculosas y los no infectados.

Conclusiones: Las bronquiectasias no relacionadas con la fibrosis quística podrían considerarse un factor de riesgo para la infección por micobacterias no tuberculosas.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Non-tuberculous mycobacterial infection in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasias

Abstract

Aims: To know the characteristics and prevalence of non-tuberculous mycobacterial infection in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis.

Patients and methods: A retrospective descriptive study of NCFB adult patients whose disease had been followed-up for at least two years was performed.

[☆] Este trabajo ha sido premiado a la mejor Comunicación sobre enfermedades infecciosas en el Congreso de Neumomadrid de 2010.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conchaprados@gmail.com (C. Prados).

Results: A total of 68 subjects were included, 50 females (73.5%), with mean age of 63.31 ± 16.2 years. The most frequent etiology of the non-cystic fibrosis bronchiectasis was COPD in 28 cases (41.2%) with a light-moderate pulmonary involvement and *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) colonization (70.6%). Seven patients (10.3%) had MNT infection, six of whom had *Mycobacterium avium complex* (7.35%). Four patients (57.14%) were treated. In the infected patients, *P. aeruginosa* and the use of inhaled steroids were observed with less frequency. There were no significant differences between the infected and non-infected patients in relation to spirometric values.

Conclusions: The non-cystic fibrosis bronchiectasis could be considered a risk factor for non-tuberculous mycobacterial infection.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Llamamos micobacterias no tuberculosas (MNT) a todas aquellas que no se engloban en el grupo de las *Mycobacterium tuberculosis complex* y *Mycobacterium leprae*^{1,2}. Su forma de transmisión es poco conocida, aunque algunos estudios indican que el contagio persona-persona es muy poco frecuente, sobre todo en huéspedes inmunocompetentes³⁻⁵. En las últimas décadas se ha comprobado un incremento de las MNT como patógenos en enfermos inmunocompetentes en Norte América⁵, así como una probable asociación entre estos microorganismos y las bronquiectasias en mujeres jóvenes, no fumadoras^{2,5}. Este incremento en la prevalencia de la infección causada por MNT se ha asociado con la mayor frecuencia de pacientes inmunodeprimidos, la mejoría en los métodos diagnósticos, la mayor supervivencia de la población susceptible y el incremento a exposiciones ambientales⁶. De todas las MNT, *Mycobacterium avium complex* (MAC), *Mycobacterium kansasii* y algunas de crecimiento rápido, como *Mycobacterium abscessus* y *Mycobacterium fortuitum* (*M. fortuitum*), son las especies que se asocian con más frecuencia a enfermedad pulmonar¹.

Las MNT pulmonares se pueden dividir en dos formas clínicas, «primarias» que inciden en pacientes con pulmón previamente sano y «secundarias» que afectan a enfermos con pulmón previamente enfermo (lesiones fibrocavitarias, enfisema, neumoconiosis) con bronquiectasias (BQ)⁷. En estudios recientes se describe una mayor prevalencia de infección por MNT en enfermos con BQ^{4,5,7}.

En nuestro medio disponemos de estudios referentes a la prevalencia de infección por MNT en pacientes con fibrosis quística (FQ)^{4,5}, sin embargo son escasos los relativos a enfermos con BQ no relacionados con FQ (BQNFK). Con este estudio nos propusimos analizar la frecuencia de la infección por MNT y las características de la misma en pacientes con BQNFK en una consulta especializada.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes atendidos en una consulta especializada entre 1999 y 2009. Los pacientes incluidos presentaban una edad superior a 14 años y estaban diagnosticados de BQNFK con un seguimiento de al menos dos años. Se consideró infección por MNT a la presencia de estos microorganismos en las vías respiratorias, en presencia de clínica indicativa de infección

pulmonar ni cambios radiológicos y colonización cuando se aislaban MNT en ausencia de clínica sugestiva y estabilización radiológica⁸.

En cada revisión, practicada trimestralmente, se realizó un estudio microbiológico de esputo, para la detección de bacterias, hongos y micobacterias y un estudio de la función respiratoria con espirometría y curva flujo-volumen. Otras pruebas complementarias, como por ejemplo, radiografía de tórax, tomografía computarizada de tórax o analítica, se solicitaron según las circunstancias de cada enfermo.

Se registraron las características epidemiológicas de los pacientes, incluyendo la edad, el sexo, el diagnóstico causal de las BQ, así como con los resultados de los análisis microbiológicos de esputo, espirométricos y los tratamientos que seguían (broncodilatadores, corticoides inhalados, azitromicina). El empleo de broncodilatadores y corticoides inhalados se instauró en base a pruebas funcionales positivas, necesidad de esteroides sistémicos en alguna reagudización previa o por hiperreactividad bronquial clínica. El diagnóstico de la infección por MNT y su tratamiento se hizo siguiendo los criterios de la ATS⁸.

Se efectuó un estudio descriptivo general de las características de los pacientes y de las variables recogidas expresándolos como porcentajes, o como medias y desviaciones estándar. Se analizó la relación hipotéticamente existente entre la presencia de infección por MNT y las variables estudiadas mediante la prueba exacta de Fisher. El análisis fue realizado mediante el programa SPSS versión 14.0.

Resultados

En el estudio se incluyó a 68 pacientes diagnosticados de BQNFK y en seguimiento durante un mínimo de dos años. Dieciocho fueron varones (26,5%) y 50 mujeres (73,5%) con una edad media de 63,31 años. No hubo diferencias significativas en la edad entre varones y mujeres.

La etiología de las BQNFK en nuestros pacientes se resume en la [tabla 1](#) y [figura 1](#). Los valores medios de la primera función pulmonar fueron: FEV1: $1.428,1 \text{ ml} \pm 625,8 \text{ ml}$ ($63,3\% \pm 23\%$); FVC: $2.150,5 \text{ ml} \pm 796,6 \text{ ml}$ ($79,45\% \pm 21,7\%$) y FEV1/FVC $63,4 \pm 13,7$. No encontramos cambios significativos en los mismos a lo largo del seguimiento en ninguno de los enfermos, independientemente de la presencia de infección por MNT o del tratamiento.

Los gérmenes aislados en esputo fueron *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) en 48 ocasiones (70,6%), *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) metilicilina sensible en 8 (11,8%), *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*) en dos (2,9%), *S.*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827535>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827535>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)