

Infección por *Mycobacterium chelonae* en herida quirúrgica

Sr. Director: Presentamos un varón de 27 años de edad, al que se realiza esternotomía media, el 26-2-85, por masa mediastínica superior. Diagnosticado un reticulosarcoma, el paciente es sometido a quimioterapia y radioterapia, encontrándose en remisión total en las revisiones posteriores.

En diciembre de 1979, presenta una fistula con supuración a nivel de tercio medio esternal, tratado con antibióticos (penicilina, aminoglicósidos) de forma empírica, sin respuesta. El día 20-4-83 se pone a plano la cicatriz con esternectomía parcial. El diagnóstico es de osteítis esternal secundaria a hilo de sutura. Los hemocultivos y el cultivo de la pieza operatoria fueron negativos. La fistula persiste manteniendo un tratamiento conservador.

En enero del 1989, se realiza cultivo de exudado, identificando una micobacteria y se inicia tratamiento con bacteriostáticos, que se suspenden al comprobar que no pertenecía a la especie tuberculosis. Se realiza esternectomía total, extirpación de la fistula y mioplastia con pectorales (el 15-2-89); en la histología no se encontraron granulomas, ni bacterias. El resultado del cultivo llega posteriormente, siendo identificada *Mycobacterium chelonae*. Fue dado de alta con buen estado general y sin fistula. En la revisión de mayo de 1989 se encuentra perfectamente.

En enero de 1990 aparece supuración en la herida y cultivando el exudado, se aísla *Mycobacterium chelonae*. Al ser sensible a la eritromicina, es tratado durante dos semanas, con persistencia de la fistula. El 23-6-90 se realiza limpieza quirúrgica de la herida, resecando una porción de la 4.^a costilla izquierda, que presentaba un foco de osteítis. Además se encuentra material de sutura no reabsorbible, que es retirado. En la última revisión el paciente se encontraba asintomático.

M. chelonae y *M. fortuitum* están clasificadas como micobacterias del grupo IV de Runyon¹. Desde que *M. chelonae* fue reconocida como patógeno humano por Moore y Frerichs, se han descrito abscesos, infecciones pulmonares, linfadenitis, tiroiditis, osteomielitis, pericarditis, endocarditis, en prótesis valvulares, mediastinitis e infecciones de fistulas en enfermos sometidos a diálisis^{2,5}.

El elemento infectante suele ser material contaminado (agujas, etc.), el reservorio del agua en los aparatos de diálisis e incluso algunas soluciones antisépticas^{2,4}.

M. chelonae es un microorganismo oportunista. Evoluciona generalmente de forma crónica, con abscesos que fistulizan, aunque a veces puede generar una sépsis fulminante³.

El tratamiento consiste en un amplio desbridamiento de la herida, con resección de la fistula y del material no reabsorbible que encontremos. El tratamiento antibiótico sirve de apoyo, pero por sí sólo no parece curativo. La probabilidad de recidiva depende de la amplitud de la limpieza quirúrgica^{2,4}.

Es un germen, junto con *M. fortuitum*, en el que hay que pensar ante cualquier herida quirúrgica, que supure y fistulice y que evolucione de una forma crónica sin responder al tratamiento antibiótico.

F.F. Suero Molina, M.J. Roca Calvo y N. Mañes Bonet

Departamento de Cirugía de Tórax. Fundación Jiménez Díaz. Clínica Nuestra Señora de la Concepción. Madrid.

1. Mandell GL, Douglas RG, Beumett JE. Principles and practice of infectious diseases. Third Ed. 1922-1923.
2. Rappaport W et al. The surgical management of atypical mycobacterial soft-tissue infections. Surgery 1990; 108:36-39.
3. Jauregui L, Arbulu A, Wilson F. Osteomyelitis, pericarditis, mediastinitis and vasculitis due to *Mycobacterium chelonae*. Am Rev Respir Dis 1977; 115:699-703.
4. Lowry PW et al. *Mycobacterium chelonae* infection among patients receiving high-flux dialysis in a hemodialysis clinic in California. J Infect Dis 1990; 161:85-90.
5. Laskowski LF et al. Fatiduous mycobacteria grown from porcine prothetic-heart valve cultures. N Engl J Med 1977; 297:101-102.

Rinitis y asma bronquial inducida por guantes de látex

Sr. Director: El asma profesional constituye un problema diagnóstico por la amplia variedad de sustancias implicadas y la dificultad para demostrar el agente causal. La exposición al látex, causa bien conocida de hipersensibilidad retardada (eczema de contacto)¹, puede ocasionar más raramente cuadros de hipersensibilidad inmediata con sín-

tomas locales como urticaria de contacto, o a distancia, habiéndose descrito rinitis, asma² y reacciones anafilácticas severas^{3,4}.

El uso creciente de material derivado del látex, especialmente en medio hospitalario, ha dado origen a que estos cuadros, si bien no son habituales, dejen de ser excepcionales. Aunque la anamnesis puede bastar para efectuar un diagnóstico de presunción, en ocasiones el factor desencadenante pasa inadvertido o se imbrica con otros más comunes, dificultando la principal opción terapéutica que es evitar la exposición al agente causal.

Presentamos una paciente que desarrolló asma ocupacional tras exposición a guantes de goma en medio hospitalario y que fue confirmado mediante test de uso de los mismos.

Paciente de 23 años, auxiliar de clínica, consulta por cuadro de tres meses de evolución consistente en coriza nasal y escozor ocular, así como crisis de disnea con sibilancias en relación con su trabajo en quirófano, tras contacto prolongado con los guantes de goma. Refería asimismo prurito, lesiones urticariformes en manos, sequedad cutánea y grietas en relación con los mismos. También presentaba sintomatología respiratoria en su domicilio, preferentemente nocturna, sin clara relación laboral. La exploración física únicamente mostró lesiones eczematosas secas y fisuradas en ambas manos. La radiología de tórax y la espirometría basal eran normales. Las pruebas cutáneas (*prick*) mostraron 4+ para látex y castaña, 2+ para polvo de casa, siendo negativas para el resto de aeroalergenos. La IgE sérica total fue de 390 Ku/l; RAST clase 4 para látex, 1 para castaña y 0 para el resto de frutas y aeroalergenos.

Para confirmar la relación de la sintomatología se realizó un test de uso, permaneciendo 90 min con guantes de látex efectuando espirometrías seriadas. Los cambios evolutivos en el FEV₁ y síntomas se muestran en la figura 1. Se le recomendó el uso de guantes protectores de algodón y sustitución por guantes de cloruro de polivinilo, presentando únicamente sintomatología respiratoria leve

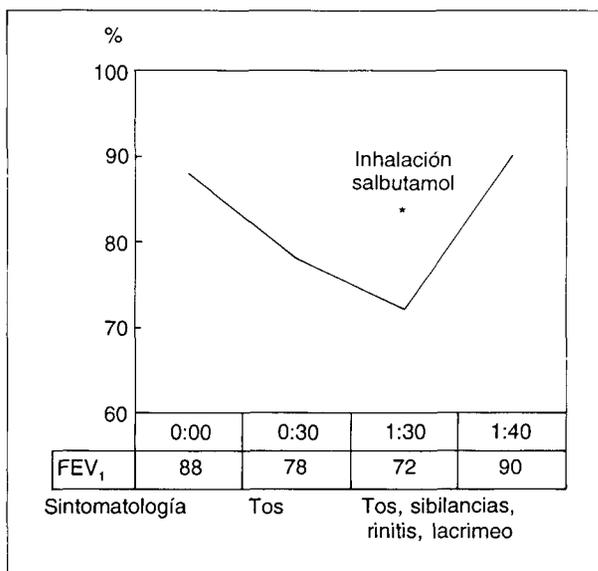


Fig. 1. Evolución de los cambios espirométricos en el FEV₁ expresado en porcentaje de su valor teórico y la sintomatología de la paciente durante el test de uso con guantes de látex.