



Tuberculosis diseminada por *Mycobacterium africanum*

Sr. Director: El complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye las especies *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti* y *M. canetti*.

M. africanum origina más del 60% de la tuberculosis pulmonar en el centro de África, y es muy raro en nuestro entorno¹⁻⁶.

Presentamos un caso de tuberculosis diseminada en un varón de 78 años de raza blanca, fumador, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome prostático. En los últimos 4 meses la clínica prostática se había agudizado hasta el punto de no dejarle dormir, por lo que consultó al urólogo, que instauró dos ciclos de tratamiento, sin mejoría clínica. En el momento de su ingreso, además del síndrome prostático, el paciente refería anorexia, astenia, tos y expectoración amarillenta. En la exploración física presentaba fiebre de 38,2 °C y deterioro del estado general.

En la analítica destacaba: VSG de 48 mm, creatinina de 3,70, urea de 231 y GGT de 303. En la radiografía de tórax se apreciaban opacidades irregulares en ambos vértices y un infiltrado cavitado en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1).

Se observaron incontables leucocitos/campo en el sedimento de orina con cultivos en medios habituales negativos. Las baciloscopias de esputo y orina fueron positivas (> 50 bacilos ácido-alcohol resistentes/línea), por lo que se etiquetó de tuberculosis pulmonar y renal activa. De los tres cultivos de esputo se aisló una micobacteria no cromógena de crecimiento lento y disgónico, con reducción de nitratos y catalasa 68 °C negativas; las pruebas de niacina, ureasa, nicotinamidasa, pirazinamidasa y sensibilidad al tiofeno-2-ácido carboxílico hidrazida fueron positivas. La cepa se remitió al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda para su tipificación y determinación de la sensibilidad antibiótica, y se identificó como *M. africanum* sensible a isoniazida (H), rifampicina (R) y pirazinamida (Z). Los cultivos de orina para micobacterias resultaron contaminados. Se instauró tratamiento con la pauta 2 RHZ/7 RH. La evolución fue favorable, con negativización de los cultivos de esputo y orina una vez finalizado el tratamiento.

M. africanum fue descrito en 1968 y presenta variantes bioquímicas en relación con su distribución en diferentes regiones de África^{3,5,6}. Es muy raro su aislamiento en nuestro país y la mayoría de las veces se ha descrito en población inmigrante o que ha realizado viajes a ese continente^{1,2}. El paciente del caso que presentamos había participado en un conflicto bélico en el norte de África y trabajado en un barco de carga, que pudieron ser las fuentes de contagio de la infección. En el estudio epidemiológico de los contactos no se detectaron nuevos casos.

La clínica producida por *M. africanum* es indistinguible de la ocasionada por cualquier otra micobacteria del complejo *M. tuberculosis*^{1,3,5}. La correcta identificación tiene su interés desde un punto de vista epidemiológico, ya que permite detectar cepas o brotes y aplicar las normas de control más adecuadas. La enfermedad diseminada por esta micobacteria es una rareza en nuestro medio y, aunque no pudo aislarse de la orina, la baciloscopia, la clínica y la evolución indican diseminación en este paciente.

Por último queremos señalar la necesidad de la correcta identificación de la especie y la capacidad que *M. africanum* tiene de producir infecciones diseminadas.

**M.A. Remacha Esteras^a,
I. Parra Parra^b
y M.D. Blanco Mercadé^a**

^aServicio de Microbiología. Hospital Monte San Isidro. León.

^bServicio de Neumología. Hospital Monte San Isidro. León. España.

1. Paredes C, Palop del Río A, Del Campo Matías F. Tuberculosis miliar por *Mycobacterium africanum*. Arch Bronconeumol 1998;34:567.
2. Aldea MJ, Lezcano MA, Esteban A, Bello S, Vila M, Manrique A. Tuberculosis pleuropulmonar por *Mycobacterium africanum* en un varón de raza blanca. Enf Infec Microbiol Clin 1990;8:64-5.
3. Niemann S, Rusch-Gerdes S, Joloba ML, Whalen CC, Guwatudde D, Ellner JJ, et al. *Mycobacterium africanum* subtype II is associated with two distinct genotypes and is a major cause of human tuberculosis in Kampala, Uganda. J Clin Microbiol 2002; 40:3398-405.

4. Joloba ML, Johnson JL, Namale A, Morrissey A, Assegghai AE, Rusch-Gerdes S, et al. Quantitative bacillary response to treatment in *Mycobacterium tuberculosis* infected and *M. africanum* infected adults with pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5:579-82.
5. Frottier J, Eliasiewicz M, Arlet V, Gaudillat C. Les infections à *Mycobacterium africanum*. Bull Acad Natle Med 1990; 174:29-35.
6. Bonard D, Msellati P, Rigouts L, Combe P, Coulibaly D, Coulibaly IM, et al. What is the meaning of repeated isolation of *Mycobacterium africanum*? Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:1176-80.

Fig. 1. Infiltrado cavitado en el lóbulo inferior izquierdo en la radiografía de tórax.