



CARTAS AL EDITOR

Eritema nudoso como primera manifestación de adenitis por *Mycobacterium lentiflavum*

Erythema nodosum as a first sign of adenitis due to *Mycobacterium lentiflavum*

Sr. Editor:

Presentamos a continuación la primera descripción en la literatura de eritema nudoso¹ asociado a adenitis cervical por *Mycobacterium lentiflavum*.

Paciente mujer de 2 años que acude por tumoración cervical asociada a eritema nudoso en ambas extremidades inferiores desde el inicio del cuadro. La tumoración cervical ha crecido en las últimas 2 semanas, con la paciente afebril. A la exploración se observa una tumoración en región del ángulo de la mandíbula derecha, gomosa, indolora, adherida a planos profundos, de 4 cm de diámetro, sin eritema en la piel suprayacente. El resto de la exploración física fue normal.

Las pruebas complementarias iniciales, hemograma y radiografía de tórax (posteroanterior y lateral) resultaron normales. Mantoux positivo (9 mm). Las serologías frente a citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Barr (VEB), *Toxoplasma gondii*, *Parvovirus B19*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Bartonella henselae* fueron negativas. En la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de ganglio linfático laterocervical derecho se observa linfadenitis granulomatosa abscesificada.

Se realiza exéresis por sospecha de infección por micobacteria no tuberculosa cuyo informe anatomopatológico revela la presencia de linfadenitis granulomatosa. La tinción de fluorescencia para micobacterias fue negativa. Mediante cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del conglomerado adenopático se identifica *M. lentiflavum*, resistente a todos los antituberculosos de primera línea. Las lesiones de eritema nudoso comienzan a desaparecer a las 2 semanas de la cirugía (la duración total es de 4 semanas desde el inicio del cuadro). Seis meses después de la intervención se da de alta a la paciente, asintomática.

La adenitis cervical por *M. lentiflavum* es una entidad hasta hace poco tiempo inadvertida (incluso se ha llegado a

negar su relación con la enfermedad², ya que es difícil su identificación microbiológica). Pertenece al complejo *Mycobacterium simiae* y, como tal, su medio habitual es el agua³. Puede confundirse en el cultivo con *Mycobacterium avium*². Los aislamientos de este germen en el ambiente son anecdóticos⁴. El diagnóstico diferencial microbiológico se realiza mediante el análisis por cromatografía líquida de alta resolución (*high performance liquid chromatography* [HPLC]) (análisis de ARN-16s de los ácidos micólicos de la micobacteria)^{5,6}. Actualmente es considerado un patógeno emergente. En una serie reciente representa hasta la tercera parte de los aislamientos de micobacterias no tuberculosas⁷. La infección por *Mycobacterium lentiflavum*, a diferencia de las infecciones por micobacterias tuberculosas (*Mycobacterium tuberculosis* o *Mycobacterium bovis*), tiene un tratamiento exclusivamente quirúrgico⁸. Este germen es en general resistente a los antituberculosos de primera línea⁷. La incisión y drenaje conlleva invariablemente la aparición de una fístula de difícil manejo.

Por tanto, queremos recalcar la importancia del diagnóstico microbiológico de la causa subyacente al eritema nudoso para llevar a cabo el tratamiento correcto.

Bibliografía

- Budden H, Ulloa-Gutierrez R, Dobson S, Scheifele D. Erythema nodosum, *Mycobacterium avium* lymphadenitis, and a 15-mm Mantoux test. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26:764–5.
- Idigoras P, Beristain X, Jiménez-Pajares M. Aislamiento de *Mycobacterium lentiflavum* sin valor clínico en 30 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:199–200.
- Cruz AT, Goytia VK, Starke JR. *Mycobacterium simiae* complex infection in an immunocompetent child. *J Clin Microbiol*. 2007;45:2745–6.
- Tsitko I, Rahkila R, Priha O, Ali-Vehmas T, Terefework Z, Soini H, et al. Isolation and automated ribotyping of *Mycobacterium lentiflavum* from drinking water distribution system and clinical specimens. *FEMS Microbiol Lett*. 2006;256:236–43.
- Rodríguez-Zurita M, González-Praetorius A, Ruiz M, García-Mazario M. Linfadenitis por *Mycobacterium lentiflavum*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:416.
- Piersimoni C, Goteri G, Nista D, Mariottini A, Mazzarelli G, Bornigia S. *Mycobacterium lentiflavum* as an emerging causative agent of cervical lymphadenitis. *J Clin Microbiol*. 2004;42:3894–7.

7. Neonakis I, Gitti Z, Kourbeti I, Michelaki H, Baritaki M, Alevraki G, et al. Mycobacterial species diversity at a general hospital on the island of Crete: First detection of *Mycobacterium lentiflavum* in Greece. *Scand J Infect Dis.* 2007;39:875-9.
8. Griffith D, Aksamit T, Brown-Elliott B, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/AIDS statement: Diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:367-416.

L.I. Gonzalez-Granado*, M.I. Gonzalez-Tome, P. Rojo-Conejo y J. Ruiz-Contreras

Unidad de Inmunodeficiencias y Pediatría tropical, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nachgonzalez@gmail.com
(L.I. Gonzalez-Granado).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.07.010

Osteomielitis tuberculosa espinal y artropatía de Poncet

Tuberculous osteomyelitis and Poncet disease

Sr. Editor:

La tuberculosis osteoarticular representa un 30% de todas las formas de tuberculosis extrapulmonar y asienta en la columna vertebral en el 50% de los casos^{1,2}.

Presentamos el caso de una paciente de 15 años de edad, natural de Pakistán, con tumefacción dolorosa de rodilla y tobillo izquierdo asociada a raquialgia cervical, dorsal y lumbosacra de 8 meses de evolución. Se había desarrollado en ella una limitación de la movilidad dorsal y asociada deformidad vertebral que provocó una importante cifosis (fig. 1). Inicialmente presentó picos febriles nocturnos que persistieron durante los primeros 6 meses de la enfermedad, síndrome constitucional con pérdida ponderal de 10 kg y astenia. No presentaba afectación ocular, cutánea, respiratoria ni digestiva.

No había antecedentes personales de interés y únicamente refería el antecedente de tuberculosis pulmonar en un familiar hacía 5 años; en la infancia se la había vacunado de BCG en su país de origen.

En la exploración física destacaba delgadez importante, pérdida de masa muscular y hábito asténico, con percentil 3 de peso respecto a percentil 75 de talla. En la exploración osteoarticular se apreció tumefacción moderada con dolor y limitación de la rodilla izquierda, leve tumefacción no dolorosa del tobillo izquierdo y protrusión dorsal dolorosa con limitación importante de la movilidad y de la flexoextensión del raquis.

Entre las pruebas complementarias realizadas destaca elevación de proteína C reactiva (PCR) (54,8 mg/l) y velocidad de sedimentación globular de 112 mm/h con hemograma normal. El estudio inmunológico realizado, incluidos factor reumatoide, inmunoglobulinas, complemento y anticuerpos antinucleares no mostró alteraciones. La serología infecciosa fue negativa. La prueba de la tuberculina fue positiva y mostró una induración de 20 mm a las 48 h.

La ecografía Doppler detectó la presencia de derrame, hiperemia e hipertrofia sinovial en la rodilla izquierda. La radiografía simple del raquis mostraba la presencia de múltiples lesiones líticas vertebrales en apófisis espinosas, uniones costovertebrales y zonas posteriores de los somas vertebrales desde T10 a L4. La radiografía simple de tórax



Figura 1 Cifosis dorsal al diagnóstico.

fue normal. Se completó el estudio mediante serie ósea y gammagrafía, en las que se detectó un mayor número de lesiones líticas en vértebras, costillas, pubis y radio. La tomografía computarizada permitió detectar calcificaciones adenopáticas pulmonares y sirvió como guía para la biopsia vertebral. La resonancia magnética identificó las lesiones óseas citadas, la afectación de la musculatura paravertebral y la presencia de derrame a la altura de la articulación coxofemoral izquierda (fig. 2).

El estudio anatomopatológico de las lesiones líticas vertebrales y el aspirado de médula ósea permitieron descartar histiocitosis y malignidad y confirmar la presencia de lesiones granulomatosas caseificantes.

El diagnóstico de sospecha fue de tuberculosis osteoarticular, dados los hallazgos de la anatomía patológica, la presencia de calcificaciones adenopáticas pulmonares y la positividad de la prueba de Mantoux, a pesar de no