

TUBERCULOSIS DISEMINADA POR *MYCOBACTERIUM BOVIS*

M.^a A. Remacha, J. C. Borrego*, A. Esteban, I. Parra**.

Servicio de Microbiología, Medicina Interna* y Neumología** del Hospital Monte San Isidro de León. León

El complejo *Mycobacterium tuberculosis* incluye las especies: *M.tuberculosis*, *M.bovis*, *M.africanum*, *M.microti* y *M.canetti*. *M. bovis* es el causante de la tuberculosis bovina y rara vez origina enfermedad en humanos¹⁻⁴. Los aislamientos de *M.bovis* que publica el Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda en los años 2000 y 2001 sólo representan el 0,2% de las cepas remitidas⁵.

Presentamos un caso de tuberculosis diseminada por *M. bovis* en un varón de 75 años sin antecedentes de interés. Desde hacía dos meses presentaba polaquiuria y disuria; posteriormente refería además astenia, anorexia y adelgazamiento. Acudió a urgencias con insuficiencia renal (urea 292 mg/dl y creatinina 3,4 mg/dl) y en la ecografía abdominal se vió anulación funcional del riñón izquierdo y gran dilatación del riñón derecho. Se realizaron pruebas a nivel ambulatorio (cistoscopia, urografía, TAC) y se observó gran defecto de repleción del lado izquierdo vesical, ascitis, engrosamiento de todas las paredes del peritoneo, con riñón izquierdo atrófico y derecho pielonefrítico. Con el diagnóstico de insuficiencia renal secundaria a un proceso crónico, de probable origen neoplásico, ingresó en nuestro centro para estudio.

A la exploración estaba consciente, orientado, con fiebre de 38 °C y empeoramiento de su estado general.

En la analítica destacaba: hemoglobina 7,8 g/dl, urea 90 mg/dl y creatinina 2,3 mg/dl. En la radiografía de tórax se apreció un patrón retículo intersticial micronodular bilateral. Se observaron incontables leucocitos en el sedimento de orina con cultivos en los medios habituales negativos. Las baciloscopias de esputo y

orina fueron positivas (>50 BAAR/Línea) por lo que se etiquetó de tuberculosis pulmonar y renal activa. Se instauró tratamiento según la pauta 2HRZ/7RH con buena respuesta. En las muestras de esputo y orina se aisló una micobacteria que se remitió al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda. Se identificó como *M.bovis* sensible a: isoniácida (H), rifampicina(R) y resistente a pirazinamida(Z). Pasados dos meses ingresó de nuevo con gran deterioro general, anorexia, fiebre de 39 °C y oligoanuria; falleciendo a las 48 horas.

La infección por *M. bovis* era muy frecuente hace unas décadas en el ganado y sus productos debido al escaso control sanitario, lo que hacía que la infección en humanos se diera con cierta frecuencia. Según la revisión de la bibliografía internacional realizada por Sauret, la incidencia de *M.bovis* oscila entre (0,3%-2,8%)². En la actualidad los datos que publica Majadahonda, cifran la incidencia en España en 0,2%⁵.

La etiopatogenia responde la mayoría de las veces, a la reactivación de la infección^{2,3,6} como el caso que presentamos: vivía en ambiente rural con ganado vacuno próximo a su vivienda y consumió leche sin pasteurizar en su juventud. La vía de transmisión es la aérea y/o digestiva, circunstancias que se dieron en nuestro paciente³.

La clínica producida por *M.bovis* es indistinguible de la ocasionada por cualquier otra micobacteria del complejo *M.tuberculosis*^{2,3}. La correcta identificación tiene su interés, ya que se debe modificar el esquema terapéutico en cuanto a drogas y duración del mismo¹.

Recibido: 1 de agosto de 2003. Aceptado: 11 de noviembre de 2003.

Correspondencia:
Dra. M.^a Antonia Remacha Esteras
Laboratorio - Microbiología. Hospital Monte San Isidro
Carretera Asturias, s/n
24008 León
Correo electrónico: antoniarremacha@hotmail.com

La enfermedad diseminada hace más interesante el caso que presentamos, ya que la escasa clínica respiratoria y lo avanzado del proceso hizo que se interpretara

como un síndrome neoplásico que finalmente resultó ser una tuberculosis diseminada muy evolucionada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M, Bretón ML, Loza E et al. *M. bovis*: ¿infravalorado?. Rev Clin Esp 2002; 202 suppl 1:84-156.
2. Sauret J, Jolis R, Ausina V, Castro E, Cornudella R. Human tuberculosis due to *Mycobacterium bovis*: report of 10 cases. Tubercle and Lung Disease 1992; 73:388-91.
3. Wilkins EGL, Griffiths RJ, Roberts C. Pulmonary tuberculosis due to *Mycobacterium bovis*. Thorax 1986; 41:685-7.
4. Karlson AG, Carr DT. Tuberculosis caused by *Mycobacterium bovis*. Report of six cases:1954-1968. Ann Intern Med 1970; 73:979-983.
5. Rodríguez Valín E. Aislamientos de *M. tuberculosis* notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) en los años 2000 y 2001. Bol Epidemiol Semanal 2002;10:197-200.