

## Comunicación breve

# Infección cutánea por *Mycobacterium marinum*. Informe de un paciente con linfangitis nodular

Dres. ADRIAN MORALES\*, JOSE QUAGLIA\* y MARIA CRISTINA PEREZ\*

### RESUMEN

Presentamos un paciente con una infección documentada causada por *Mycobacterium marinum*, con forma de presentación cutánea, llamada habitualmente linfangitis nodular. Describimos el cuadro típico: puerta de entrada cutánea y nódulo subcutáneo sumado al antecedente epidemiológico compatible. Hacemos un breve repaso de esta patología que puede ser diagnosticada por métodos habituales de laboratorio.

**Palabras clave:** *Mycobacterium marinum*, linfangitis nodular, granuloma de la pecera.

### SUMMARY

We describe a well documented *Mycobacterium marinum* infection case with skin injury, often called nodular lymphangitis. We describe the typical presentation in our patient: skin lesion and subcutaneous nodule in addition to the epidemiological data. We make a brief review of the disease which can be detected with routine laboratory methods.

**Key words:** *Mycobacterium marinum*, nodular lymphangitis, fish tank granuloma.

Arch.argent.pediatr 2000; 98(6): 398

### INTRODUCCION

La linfangitis nodular (LN) es una enfermedad poco frecuente que consiste en la aparición de nódulos linfáticos subcutáneos con puerta de entrada en una lesión distal. Es causada habitualmente por el *Sporotrix schenckii* y menos frecuentemente por otros gérmenes: *Nocardia braziliensis*, *Mycobacterium marinum*, *Leishmania braziliensis* y *Francisella tularensis*.<sup>1</sup>

El *M. marinum* fue reconocido como una bacteria patógena para el hombre recién en 1951 por Norden y Linnel, quienes lo aislaron en granulomas de piel de nadadores, tanto adultos como jóvenes.<sup>2</sup> A pesar de tratarse de una infección autolimitada, la evolución en niños inmunocomprometidos puede ser grave.<sup>3,4</sup>

Presentamos un paciente con LN causada por *M. marinum* con aislamiento del germen en las lesiones y en la fuente infectante.

### HISTORIA CLINICA

\* Centro de Estudios Infectológicos de Neuquén.  
Correspondencia: Dr. Adrián Morales. Tucumán 96. (8300) Neuquén.



Paciente de 14 años, de sexo masculino, sin antecedentes patológicos de importancia, que consulta por la aparición de un nódulo doloroso de 1 cm de diámetro en el dorso de la mano (Fotografía 1). Antecedentes de perionixis supurada dos semanas antes, siendo tratado en forma sintomática sin respuesta.

Posteriormente desarrolló nuevas lesiones nodulares localizadas en dorso de mano, antebrazo y pliegue del codo. No respondió a tratamiento con cefadroxilo por vía oral. Laboratorio normal, Rx sin lesión ósea. Luego de seis semanas fue reseado un nódulo subcutáneo para biopsia. La anatomía patológica informó: adenitis folicular de as-

pecto tuberculoide. Examen directo y cultivo para gérmenes comunes: negativo, Ziehl Nielsen negativo.

Se obtuvo por anamnesis un dato llamativo: antes del comienzo de la enfermedad, habían muerto los peces del paciente. Con la sospecha de LN causada por *M. marinum* se envió nuevo material para biopsia y agua de la pecera para cultivo. En el examen directo se observó BAAR. El paciente inició tratamiento con rifampicina y minociclina. A los 45 días se informó el desarrollo de *M. marinum* en los nódulos y el agua enviada a cultivo.

El adolescente cumplió cuatro meses de tratamiento. En un control a los 18 meses, las lesiones ya no estaban presentes.

## DISCUSION

La LN es un síndrome con signos y síntomas característicos producido por un número limitado de microorganismos. Para aproximarse al diagnóstico habitualmente son fundamentales los datos epidemiológicos y el antecedente de una puerta de entrada cutánea.

El *M. marinum* es una micobacteria fotocromógena que desarrolla en medio de Lowenstein Jensen a una temperatura entre 30° y 33°C después de unas 2 semanas.<sup>5</sup> Debido a estas condiciones de crecimiento, habitualmente produce lesiones en las extremidades que no se diseminan. Se han descrito infecciones sistémicas en huéspedes inmunocomprometidos (trasplante renal, déficit de inmunidad celular, HIV).<sup>3-7</sup> Dado que esta bacteria es ubicada en medios acuosos, la distribución de la infección es mundial. Existen informes de zonas de alta endemicidad como Anne Arundel County, donde los resultados positivos de PPD son habitualmente debidos a *M. marinum*.<sup>8</sup>

Nuestro paciente cursó una forma de presentación típica, llamada informalmente granuloma de la pecera (fish-tank granuloma).<sup>9</sup> El diagnóstico de certeza se basa en el aislamiento de la micobacteria en las condiciones mencionadas. Recientemente se han descrito métodos moleculares basados en la detección de ADN y métodos de cromatografía líquida.<sup>10-12</sup> La evolución de la enfermedad es variable. Se han informado casos de curación espontánea, persistencia de las lesiones por años y muerte en pacientes inmunosuprimidos.

No existe un tratamiento antibiótico de elección. Se han ensayado distintas drogas in vitro e in vivo con resultados variables. Podemos mencionar algunas de las que han resultado exitosas: claritromicina, cotrimoxazol, etambutol, minociclina, rifampicina.<sup>13-15</sup>

## Síntesis

Este es un caso bien documentado de linfangitis nodular causada por *Mycobacterium marinum*. La presentación y evolución de la enfermedad fueron características y el agente etiológico fue aislado de las lesiones del paciente y de la fuente del contagio. Para el diagnóstico fue fundamental el antecedente epidemiológico.

A pesar de no existir un tratamiento estándar, hay varias alternativas útiles. En general se recomienda la combinación de drogas elegidas según antibiograma (como se hizo en este paciente). La duración del tratamiento es variable y debe ajustarse a cada paciente en particular. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Kostman J, Di Nubile M. Nodular lymphangitis: a distinctive but often unrecognized syndrome. *Ann Int Med* 1993; 118:883-888.
2. Norden A, Linnel F. A new type of pathogenic *Mycobacterium*. *Nature* 1951; 168: 826.
3. Lacaille F, Blanche S. Persistent *Mycobacterium marinum* infection in a child with probable visceral involvement. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 58-60.
4. Parent L, Salam M. Disseminated *Mycobacterium marinum* infection and bacteremia in a child with severe combined immunodeficiency. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 1325-7.
5. Mandell GL, Douglas RG, Dolin R. Principles and practices of infectious diseases. 5ª ed. New York: Churchill Livingstone Inc, 1999.
6. Gombaert M, Goldstein E. Disseminated *Mycobacterium marinum* infection after renal transplantation. *Ann Int Med* 1981; 94: 486-487.
7. Hannav L, Leaf A. *Mycobacterium marinum* infection in a patient with AIDS. *Cutis* 1994; S4 (2): 103-105.
8. Joe L, Hall E. *Mycobacterium marinum* disease in Anne Arundel County. *Md Med J* 1995; 44 (12): 1043-46.
9. Wolfe S, Gurevitch A. Fish tank granuloma. *NEJM* 1997; 336: 1065.
10. Feddersen A, Kundel J. Infection of the upper extremity by *Mycobacterium marinum* in a 3 year old boy, diagnosis by 16s rDNA analysis. *Infection* 1996; 24 (1): 47-48.
11. Portaels F, Aguilar J. Direct detection and identification of *Mycobacterium*. *J Clin Microbiol* 1997; 35(5): 1097-1100.
12. Perez S, Fanville-Dufaux M. Faster identification of mycobacteria using gas liquid and thin layer chromatography. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994; 13 (9): 717-725.
13. Peters D, Clissold S. Clarithromycin. A Review. *Drugs* 1992; 44: 117-64.
14. Kullavanijaya P, Sirimachan S. *Mycobacterium marinum* cutaneous infection acquired from occupations and hobbies. *Int J Dermatol* 1993; 32:504-507.
15. Edelstein H. *Mycobacterim marinum* skin infections. *Arch Int Med* 1994; 154: 1359-1364.