



VII Jornadas Infectológicas de Invierno

11 y 12 de agosto 2016 Salón Yacanto - Sheraton Hotel

1ras Jornadas de Control de Infecciones para Enfermeros

Hotel Dr. César Carman - ACA 13 de agosto 2016



Nº TI027

RESUMEN

TÍTULO: INFECCIÓN CUTÁNEA POR *Mycobacterium chelonae* ASOCIADA A MESOTERAPIA

Autores: Miguel Diaz, Lidia Wolff, Paola Gómez-Bedacarratx, María Julia Lazzarino-Elgart, Alejandro Zaya.

Institución: Hospital Rawson

Correo electrónico del autor presentador: paogomez@hotmail.com

* Cuerpo del Resumen: (máx 2500 caracteres sin espacios)

Introducción: En los últimos años se ha observado un aumento en el número de aislamientos de micobacterias no tuberculosas (MNT). Si bien muchas especies pueden causar infecciones de piel y tejido celular subcutáneo (TCS), las más frecuentes son las de crecimiento rápido. Las micobacteriosis cutáneas suelen deberse a la inoculación directa de la MNT a través de inyecciones y heridas traumáticas o quirúrgicas. Para una aproximación diagnóstica son necesarios un elevado grado de sospecha y estudios microbiológicos convencionales negativos. **Objetivo:** Describir 2 casos de micobacteriosis cutánea secundaria a mesoterapia con fines cosméticos, con un nexo epidemiológico indiscutible. **Historia clínica:** 2 mujeres, hermanas, no convivientes, de 33 y 40 años recibieron inyecciones subcutáneas de fosfatidilcolina con fines cosméticos. **Caso 1:** A las 48 hs inició rash pruriginoso y maculopápulas de 2 a 4 mm, confluentes, en tronco y muslos, que progresaron en número y algunas se hicieron nodulares, fluctuantes, con signos de flogosis, con drenaje espontáneo de secreción purulenta. Recibió sucesivamente amoxicilina-ácido clavulánico, cefadroxilo, ciprofloxacina y claritromicina; sin mejoría inició meprednisona. Sin evolución favorable. Se rotó a claritromicina y etambutol con mejoría clínica inicial. Se suspendieron esteroides. **Caso 2:** A los 2 meses inició lesiones nodulares eritematosas, dolorosas, fluctuantes, en región paraumbilical izquierda y lumbar derecha. Con el antecedente de su hermana, inició tratamiento con claritromicina y etambutol. **Evolución:** con el resultado de la identificación se continuó con claritromicina y levofloxacina en ambos casos. **Exámenes complementarios caso 1 y 2:** Baciloscopia positiva; cultivo de punción-aspiración de absceso de TCS: *M. chelonae*, igual antibiograma. **Histopatología de biopsia de piel y TCS:** reacción inflamatoria crónica, coloración de Ziehl Neelsen negativa. **Laboratorio clínico:** PCR elevada y VSG acelerada. **Discusión:** El nexo epidemiológico estuvo dado por la misma sustancia inyectada, técnica de aplicación y operador. La MNT pudo haber ingresado con la fosfatidilcolina contaminada o por una falla técnica en el procedimiento. Es notable la diferencia de los períodos de incubación y manifestaciones clínicas, probablemente debidas a la magnitud del inóculo bacteriano. El empleo de corticoides pudo haber sido contraproducente. La monoterapia en infecciones por micobacterias selecciona mutantes resistentes. **Diagnósticos diferenciales:** Infección de piel y TCS por microbiota cutánea. **Conclusión:** Se debe estar atento ante lesiones de piel y TCS con antecedentes de mesoterapia que no respondan al tratamiento antimicrobiano convencional, ya que podrían ser causadas por MNT. Es relevante tomar la muestra clínica adecuada al momento de la sospecha diagnóstica y realizar los estudios correspondientes, previo al tratamiento empírico.