

Respuestas al caso clínico «Paniculitis crónica en una paciente pediátrica inmunocompetente»¹

Answers to the clinical case «Chronic panniculitis in an immunocompetent pediatric patient»

María Elena Martínez Bustamante,* Sofía Mendoza Torres†

* Infectóloga pediatra en Hospital Ángeles Pedregal.

† Residente de tercer año de Pediatría. Hospital Ángeles Pedregal.

¹ Sección a cargo del Dr. Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México.

Respuestas:

Pregunta 1. d
Pregunta 2. a
Pregunta 3. c

REVISIÓN

Las paniculitis constituyen un grupo de enfermedades que afectan al tejido graso subcutáneo de etiología muy variada. Pueden ser idiopáticas o asociarse a diferentes enfermedades metabólicas, autoinmunes, neoplasias, fármacos, agentes físicos o infecciosos. El síntoma de presentación común es el nódulo subcutáneo de predominio en las piernas.¹ Dentro de los diagnósticos diferenciales siempre deben descartarse infecciones por micobacterias.¹

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) están aumentando en todo el mundo en los últimos años, especialmente en los países de ingresos económicos altos. Las especies más comunes son *Mycobacterium avium complex* (MAC), *M. abscessus* (MABSC), *M. kansasii*, *M. intracellulare* (con diferente variación geográfica).²

El complejo de *Mycobacterium abscessus* es una micobacteria no tuberculosa de crecimiento rápido

que constituye a uno de los grupos más importantes de micobacterias no tuberculosas y la principal causa de afectación cutánea por micobacterias de crecimiento rápido.²⁻⁴ Ocasionalmente causa infecciones cutáneas, de tejidos blandos. Las infecciones no pulmonares se han asociado a heridas postquirúrgicas o posteriores a inyecciones en 43% de los casos, infecciones adquiridas en la comunidad en 23% y con infecciones cutáneas diseminadas en 20% de los casos.⁵ Aunque no presentan un riesgo vital inmediato, pueden causar una morbilidad considerable y afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes.

Las cepas de *M. abscessus* presentan resistencia a múltiples fármacos y aún no se ha establecido un tratamiento óptimo para estas infecciones.⁶ Actualmente, el tratamiento descrito consiste en regímenes antibióticos combinados,⁶ además del uso complementario de tratamiento quirúrgico en casos complicados.

La infección puede adquirirse tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario. En el entorno comunitario se ha descrito que los sistemas de abastecimiento de agua y clínicas de procedimientos cosméticos son una fuente potencial de infección humana.⁷ Aunque también se ha descrito el entorno hospitalario como fuente de infección, y esto se rela-



ción con la falla en la desinfección, contaminación de dispositivos médicos y del agua.

El aislamiento global y la epidemiología del complejo *M. abscessus* son diversos. Además, debido a las limitaciones en la identificación correcta y detallada de las especies, los estudios epidemiológicos previos a menudo se referían al complejo *M. abscessus* como grupo *M. chelonae/abscessus* o micobacterias de crecimiento rápido.⁸

Las infecciones cutáneas por micobacterias de crecimiento rápido pueden manifestarse de diferentes maneras, dentro de las cuales se encuentran: ulceraciones, abscesos, fístulas drenantes o nódulos. Desde el punto de vista histológico, las micobacterias de crecimiento rápido se caracterizan por microabscesos con polimorfonucleares en la dermis, así como células gigantes y granulomas epitelioides.⁷

El diagnóstico de la tuberculosis cutánea suele ser difícil debido a la presencia de cultivos falsos negativos. La detección e identificación rápida de *M. tuberculosis* u otras micobacterias distintas de la tuberculosis mediante PCR permite realizar el diagnóstico oportuno y orientar el manejo según el agente aislado.⁷

La enfermedad pulmonar causada por el complejo *M. abscessus* es notoriamente difícil de tratar. Aunque no existe un tratamiento estándar, las pautas actuales sugieren la administración de una terapia basada en macrólidos en combinación con agentes antimicrobianos administrados por vía intravenosa; sin embargo, se ha demostrado que este régimen tiene un efecto citotóxico sustancial.⁷

En general, la elección del tratamiento para las infecciones por micobacterias no tuberculosas depende de la especie específica y del patrón de susceptibilidad del microorganismo aislado, así como de la gravedad y extensión de la infección.³ El factor más importante para determinar la evolución y el pronóstico de una infección por *M. abscessus* es el estado inmunológico del paciente.⁷

De acuerdo a las guías clínicas oficiales de la ATS/ERS/ESCMID/IDSA, para las infecciones por *M. abscessus*, se recomienda iniciar un régimen que incluya un macrólido con al menos tres fármacos con eficacia demostrada *in vitro*. Un estudio observacional mostró que todas las cepas del grupo *M. abscessus* fueron susceptibles a amikacina, linezolid, clofazimina y tigeciclina. En casos complicados, la resección quirúrgica del tejido infectado posterior al tratamiento antimicrobiano puede constituir una opción terapéutica potencialmente curativa.^{2,7,8}

REFERENCIAS

1. Blázquez-Cañamero MA, Revenga-Martínez M, Llop-Vilatella M. Protocolo diagnóstico de las paniculitis. *Medicine*. 2017; 12 (27): 1599-1603.
2. Lee JH, Park Y, Kim YJ, Park KH, Cho OH. Refractory infection of *Mycobacterium abscessus*: skin and soft tissue infection recurred under combination therapy of surgery and outpatient antibiotics. *Infect Chemother*. 2019; 51 (3): 308-312. doi: 10.3947/ic.2019.51.3.308.
3. Cardenas DD, Yasmin T, Ahmed S. A rare insidious case of skin and soft tissue infection due to *Mycobacterium abscessus*: a case report. *Cureus*. 2022; 14 (6): e25725. doi: 10.7759/cureus.25725.
4. Carver C, Patel J, Mariano D, Krause M, Heigh-Rosen E. *Mycobacterium abscessus* cutaneous infection in the immunosuppressed: a case report on an atypical pathogen. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2024; 114 (4): 23-134. doi: 10.7547/23-134.
5. Gonzalez-Santiago TM, Drage LA. Nontuberculous *Mycobacteria*: skin and soft tissue infections. *Dermatol Clin*. 2015; 33 (3): 563-577. doi: 10.1016/j.det.2015.03.017.
6. Wang XY, Jia QN, Li J. Treatment of non-tuberculosis mycobacteria skin infections. *Front Pharmacol*. 2023; 14: 1242156. doi: 10.3389/fphar.2023.1242156.
7. Kwon YH, Lee GY, Kim WS, Kim KJ. A case of skin and soft tissue infection caused by *Mycobacterium abscessus*. *Ann Dermatol*. 2009; 21 (1): 84-87. doi:10.5021/ad.2009.21.1.84.
8. Lee MR, Sheng WH, Hung CC, Yu CJ, Lee LN, Hsueh PR. *Mycobacterium abscessus* complex infections in humans. *Emerg Infect Dis*. 2015; 21 (9): 1638-1646. doi: 10.3201/2109.141634.

Correspondencia:

Dra. María Elena Martínez Bustamante

E-mail: mtz.mariaelena@gmail.com

Ver caso clínico y preguntas
<https://dx.doi.org/10.35366/122587>