

*Varón de 49 años con cuadro  
de 2 meses de evolución de  
lesiones nodulares...*

DRA. P. DIOS – MÉDICO ADJUNTO DE M. INTERNA–

DRA. V. MUÑOZ –R4 M. INTERNA–

## Antecedentes personales

- Intolerancia a ácido clavulánico
- Trabajador de banca. **Tiene perros y peces**. No hábitos tóxicos.
- Intervenciones: tumor óseo tibia izquierda 1983 (no disponemos de informes), luxación hombro derecho, cirugía bariátrica en 2018.
- No tiene tratamiento habitual.

## Enfermedad actual

Varón de 49 años con cuadro de 2 meses de evolución de **lesiones nodulares no dolorosas** en miembro superior derecho.

No ha presentado fiebre, artralgias, cuadro constitucional ni otra sintomatología.

# Exploración física

- TA 136/78, FC 81 lpm. Afebril.
- Consciente, orientado. Buen estado general. Eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido. Afta en paladar duro subcentimétrica en resolución.
- ACP: rítmico, no soplos. Mv.
- Abdomen: blando, no doloroso, no se palpan masas ni visceromegalias.
- EEl: sin hallazgos.

*ESD: lesiones nodulares en trayecto linfático desde la palma de la mano hasta el codo, cara dorsal del MSD, alguna fluctuante (fotos), no datos de artritis.*

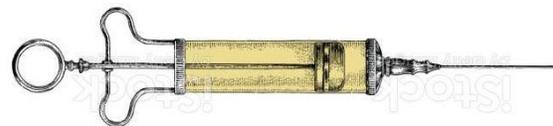


# Pruebas complementarias



## Análisis:

- Hemograma normal salvo plaquetas 126.  
VSG 26.
- Bioquímica: glucosa 77, urea 22, úrico 4, Cr 0.72, FG 110, transaminasas normales, CT 230, TG 89, HDL 63, LDL 149, Na 138, potasio 4.2, PCR <0.6.



Serologías: VIH, VHB, VHC negativas.



Radiografía de tórax: No se identifican alteraciones pleuroparenquimatosas significativas. Índice cardior torácico normal. Hilios pulmonares prominentes, de aspecto vascular. Ligero incremento de la cifosis y espondiloartrosis.

*Nódulos inflamatorios subcutáneos que siguen un trayecto linfático con o sin adenopatías regionales*

*Las lesiones pueden ser dolorosas y ulcerarse*

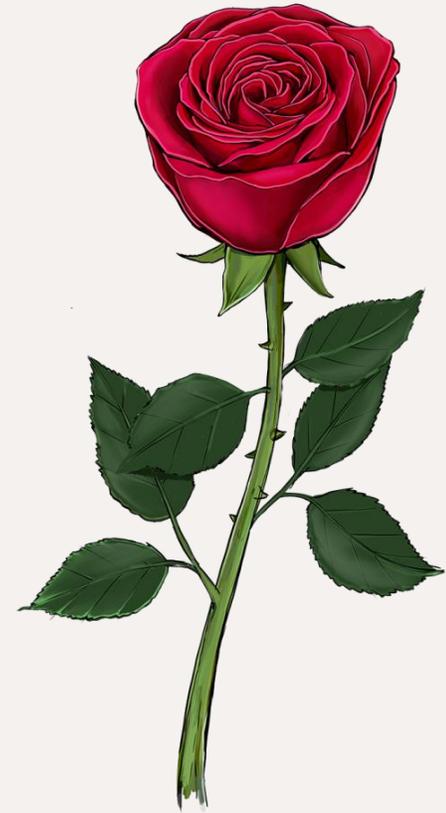
*Se localiza principalmente en las extremidades y, ocasionalmente, se acompaña de fiebre y síntomas sistémicos*

# *Linfangitis nodular*

# *Sporothrix schenckii*

- *Hongo dimorfo con distribución mundial*
- *Período de incubación de hasta tres meses.*
- *Las lesiones en las extremidades superiores son la presentación más común. También se pueden observar úlceras indoloras.*

*No parece que haya exposición*



@Mkraf

*Enfermedad ocupacional, que afecta con más frecuencia a campesinos, agricultores y jardineros.*



*Casos asociados a la realización de actividades como agricultura o jardinería, y arañazo de gato.*

# *Nocardia brasiliensis*

*Clínicamente se observan pápulas o nódulos solitarios que aparecen de 2-4 semanas posterior a la inoculación, calientes, eritematosos, dolorosos, con ulceración y supuración posterior, principalmente en las extremidades.*

*Se pueden asociar a fiebre y linfadenitis regional.*

*Puede imitar la apariencia y el curso clínico de una infección aguda por estafilococos o estreptococos, aunque mucho más indolente.*

*La nocardiosis se considera una infección oportunista, pero aproximadamente un tercio de los pacientes infectados son inmunocompetentes.*

# *Mycobacterium marinum*

*El SLC puede ser nodular o ulcerativo; usualmente tarda en incubarse de 2 a 8 semanas. Inicialmente aparecen pápulas pequeñas, dolorosas o asintomáticas, que crecen y adquieren una coloración azul purpúrica. Luego, supuran y pueden ulcerarse.*

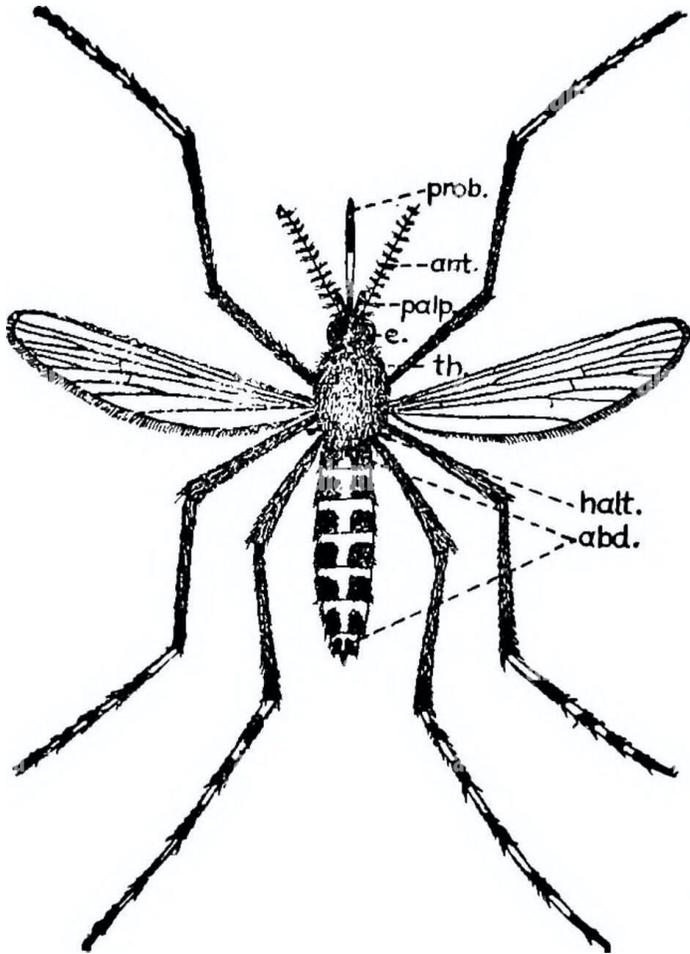
*Las lesiones progresan en forma ascendente, desde el sitio de inoculación primario a lo largo de los linfáticos eferentes.*

*El paciente tiene peces*

*Otras causas micobacterianas de linfangitis incluyen Mycobacterium kansasii, Mycobacterium chelonae y Mycobacterium fortuitum*



*“Granuloma de las peceras”: después de una lesión en la mano mientras se limpia una pecera.*



Las lesiones usualmente se localizan en zonas expuestas a sitios de picadura de las moscas de la arena

# Leishmania spp.

Esta presentación es más frecuente en la leishmaniasis del Nuevo Mundo causada por L. braziliensis o L. mexicana que en la leishmaniasis del Viejo Mundo debida a L. major o L. tropica.

La lesión inicial aparece de 2 a 8 semanas después de la picadura del vector y se inicia como una pápula eritematosa, lentamente progresiva, que forma una úlcera con bordes sobreelevados y base granulosa, que puede persistir por meses o años, usualmente indolora.

El paciente tiene perros

# Otras causas menos frecuentes...



La enfermedad ulceroglandular, caracterizada por una lesión cutánea y adenopatía asociada, es la forma de tularemia más común.

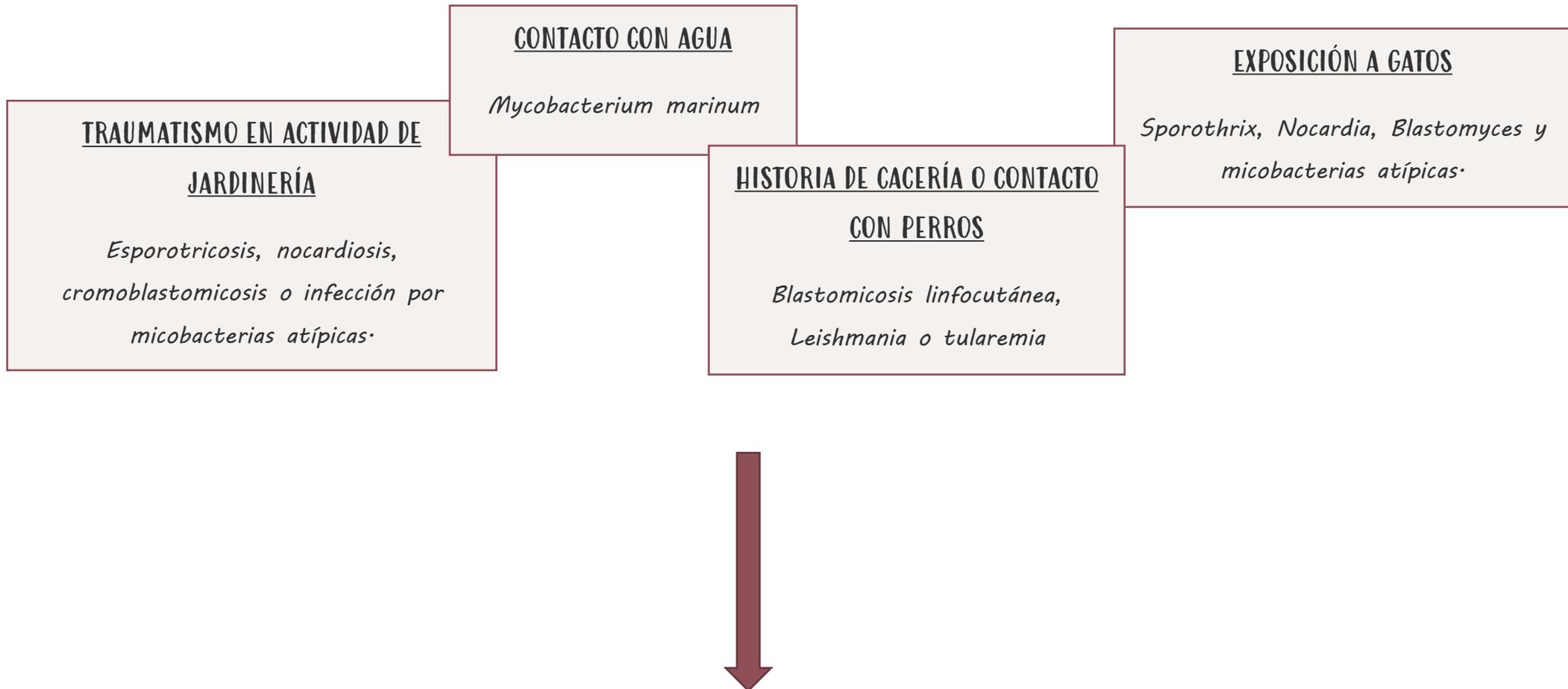


Los vertebrados más importantes asociados con la infección por F. tularensis son los lagomorfos (p. e. conejos y liebres) y roedores.

La linfangitis nodular es una manifestación poco común de la infección por Burkholderia pseudomallei y Scedosporium apiospermum. Este último especialmente en hospedadores inmunodeprimidos.

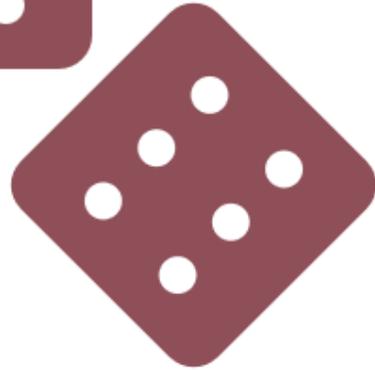
Las micosis sistémicas, que incluyen coccidioidomicosis, blastomicosis e histoplasmosis, pueden cursar con linfangitis nodular. Esto suele deberse a la diseminación hematógena, aunque también se ha descrito la inoculación cutánea primaria seguida de diseminación.

El abordaje diagnóstico debe empezar con la realización de una anamnesis completa, en la que se indaguen los antecedentes exposicionales en profundidad





CONTACTO CON AGUA → *Mycobacterium marinum*



HISTORIA DE CACERÍA O CONTACTO CON PERROS →

*Leishmania o tularemia*

---

Mis apuestas...

El abordaje diagnóstico debe empezar con la realización de una anamnesis completa, en la que se indaguen los antecedentes exposicionales en profundidad



**Diagnóstico**

Biopsia de un nódulo para  
microscopía y cultivo



# Tratamiento



*El tratamiento de la linfangitis nodular es la terapia dirigida.*

*Algunos casos pueden requerir desbridamiento quirúrgico → p.e. en el contexto de linfedema con obstrucción linfática*

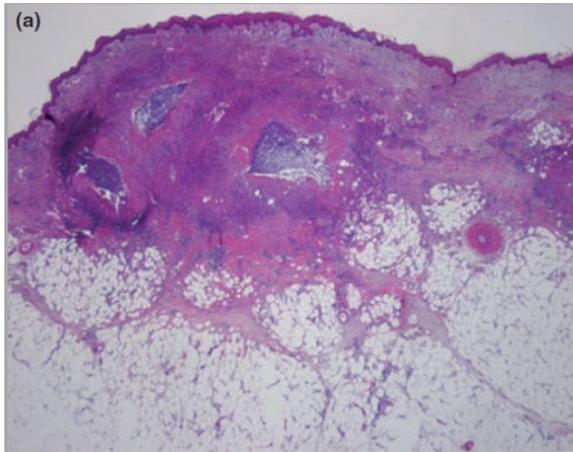
# Bibliografía

- B. Frutos et al., Nódulos subcutáneos, en *Diagnóstico y Tratamiento Médico "Green Book"*, 2019; Capítulo 510: 1611-1625.
- C. M. Arenas Soto; D. Chaparro Reyes; A. M. Mariño Álvarez; A. Sandoval, Síndrome linfocutáneo de causa infecciosa: revisión narrativa y enfoque diagnóstico, *Rev Asoc Colomb Dermatol*. Vol 28(1): enero - marzo, 2020, 41-57.
- D. Spelman, Lymphangitis, *UpToDate*, Literature review current through: Oct 2021. This topic last updated: Nov 20, 2020.
- R. L. Penn, Tularemia: Microbiology, epidemiology, and pathogenesis, *UpToDate*, Literature review current through: Oct 2021. This topic last updated: Sep 15, 2020.



# S E S I Ó N C L Í N I C A

## M E D I C I N A I N T E R N A

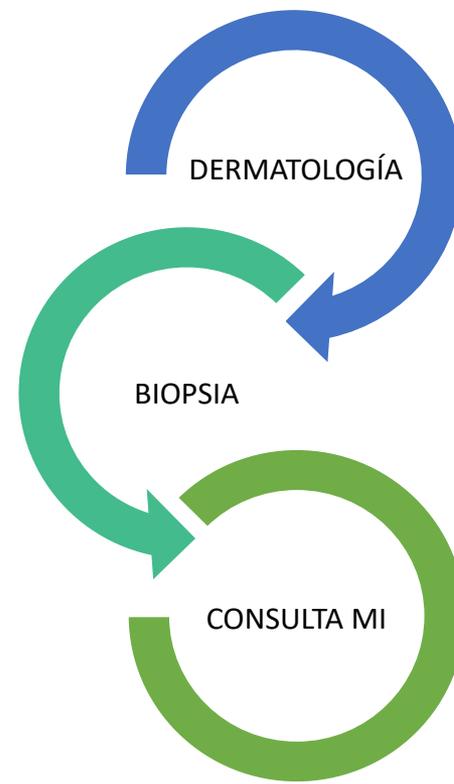


Victoria Beatriz Muñoz Embuena  
Paula Dios Díez

1 diciembre 2021  
Complejo Asistencial Universitario de León

## Antomía patológica:

no se encuentran prácticamente cambios epidérmicos y en dermis superficial únicamente un leve infiltrado linfocitario perivascular. A nivel de dermis profunda, en la interfase con el tejido elular subcutáneo llegando al límite profundo de la biopsia se observa un **infiltrado granulomatoso con necrosis**, compuesto principalmente por **células epitelioides con escasas células gigantes multinucleadas**. Con tinciones especiales no se observan bacilos AAR ni hongos. En uno de los cortes se observan 2 tecas de células névicas, uno en la unión dermoepidérmica y otro en la dermis superficial, sin atipias. No se observan signos histológicos de la malignidad en el material estudiado.



## Microbiología:

1. PCR *M. tuberculosis*: negativa.
2. PCR micobacterias atípicas positiva para *M. interjectum*

## Classification of mycobacterial species causing human disease

<b><i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex</b>	<b>Slowly growing nontuberculous mycobacteria</b>
<i>M. tuberculosis</i>	<b>Photochromogens</b>
<i>M. bovis</i>	<i>M. kansasii</i>
<i>M. africanum</i>	<i>M. marinum</i>
<i>M. microti</i>	<b>Scotochromogens</b>
<i>M. canetti</i>	<i>M. goodii</i>
<b><i>M. leprae</i></b>	<i>M. scrofulaceum</i>
<b>Rapidly growing nontuberculous mycobacteria</b>	<b>Nonchromogens</b>
<i>M. fortuitum</i> complex	<i>M. avium</i> complex
<i>M. fortuitum</i>	<i>M. avium</i>
<i>M. peregrinum</i>	<i>M. intracellulare</i>
<i>M. porcinum</i>	<i>M. chimaera</i>
<i>M. chelonae</i>	<i>M. terrae</i> complex
<i>M. abscessus</i>	<i>M. ulcerans</i>
<i>M. abscessus</i> subspecies <i>abscessus</i>	<i>M. xenopi</i>
<i>M. abscessus</i> subspecies <i>bolletii</i>	<i>M. simiae</i>
<i>M. abscessus</i> subspecies <i>massiliense</i>	<i>M. malmoense</i>
<i>M. smegmatis</i>	<i>M. szulgai</i>
<i>M. mucogenicum</i>	<i>M. asiaticum</i>
	<i>M. haemophilum</i>





mycobacterium interjectum

Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

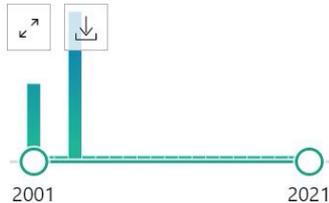
Display options

MY NCBI FILTERS

3 results

Page 1 of 1

RESULTS BY YEAR



https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11158135/

Filters applied: Review. Clear all

**Mycobacterium interjectum** as causative agent of cervical lymphadenitis.

1 De Baere T, Moerman M, Rigouts L, Dhooge C, Vermeersch H, Verschraegen G, Vaneechoutte M.

Cite J Clin Microbiol. 2001 Feb;39(2):725-7. doi: 10.1128/JCM.39.2.725-727.2001.

PMID: 11158135 Free PMC article. Review.

Share

A mycobacterial strain isolated from a lymph node of a 3-year-old female with cervical lymphadenitis was identified as **Mycobacterium interjectum** by means of sequencing of the 16S rRNA gene. Analysis of this case and previously published cases demonstrates the import ...



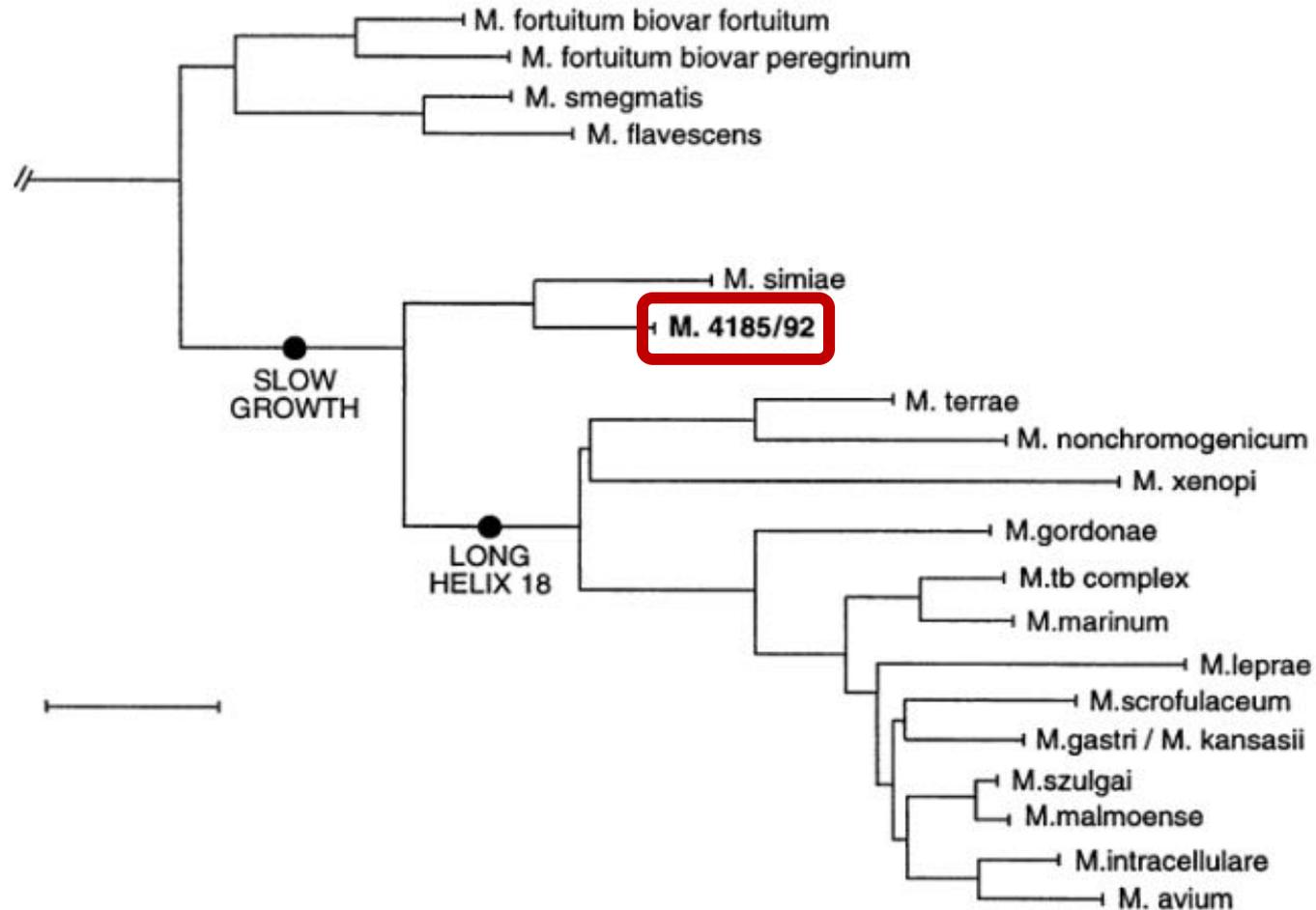
## *Mycobacterium interjectum*, a New Species Isolated from a Patient with Chronic Lymphadenitis

BURKHARD SPRINGER,<sup>1</sup> PHILIP KIRSCHNER,<sup>1</sup> GUNDI ROST-MEYER,<sup>2</sup> KARL-HEINZ SCHRÖDER,<sup>3</sup>  
REINER M. KROPPENSTEDT,<sup>4</sup> AND ERIK C. BÖTTGER<sup>1\*</sup>

*Institut für Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover,<sup>1</sup> Kinderklinik,  
Heinrich-Heine-Universität, 4000 Düsseldorf 1,<sup>2</sup> Forschungsinstitut Borstel, 2061 Borstel,<sup>3</sup> and Deutsche  
Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen, 3300 Braunschweig,<sup>4</sup> Germany*

- Micobacteria de crecimiento "intermedio"
- Incidencia desconocida, pero probablemente infraestimada
- Puede confundirse con *M scrofulaceum*, *M simiae* y *M gordonae*
- Aislamiento de especies resistentes tras cloración del agua
- Su hábitat: tierra y agua.

# Mycobacterium interjectum. Características



# Mycobacterium interjectum. Características

TABLE 3. Sequence homology of selected mycobacterial 16S rRNA sequences with *Mycobacterium* sp. strain 4185/92

Strain	% Homology <sup>a</sup>
<i>M. tuberculosis</i> .....	96.3
<i>M. simiae</i> .....	98.9
<i>M. flavescens</i> .....	96.6
<i>M. smegmatis</i> .....	96.7
<i>M. nonchromogenicum</i> .....	95.3
<i>M. terrae</i> .....	96.0
<i>M. xenopi</i> .....	94.2
<i>M. gordonae</i> .....	97.0
<i>M. marinum</i> .....	96.3
<i>M. scrofulaceum</i> .....	97.2
<i>M. szulgai</i> .....	97.2
<i>M. malmoense</i> .....	97.2
<i>M. gastri</i> / <i>M. kansasii</i> .....	96.7
<i>M. avium</i> .....	96.6
<i>M. intracellulare</i> .....	96.7
2554/91 .....	99.0
<i>M. intermedium</i> .....	98.4
" <i>M. genavense</i> " .....	98.7

<sup>a</sup> Percent homology to strain 4185/92 is based on 1391 of the 1456 determined 16S rRNA sequence positions, after omission of the regions of alignment uncertainty.

# Mycobacterium interjectum...unos pocos casos descritos

Cuadro clínico	Edad	Características y referencia
Infección cutánea (1)	Adulta	Vasculitis/corticoides 1
Linfadenitis cervical (10)	Infancia (1-3 años)	Sanos 5-8

Letter to the Editor

## Cervical lymphadenitis due to mycobacterium interjectum

M. Antonia Remacha MA, MD, Alfredo Esteban MD, M. Isabel Parra MI, MD ✉, M. Soledad Jiménez MS, MD

First published: 12 March 2007 | <https://doi.org/10.1002/ppul.20588> | Citations: 4

Diseminada, bacteriemia por CVC (1)	Adulta (49)	Obesidad morbida con desnutrición 9
Meningoencefalitis (1)	Adulta	? 13

1 Fukuoka 2008; 2 Emler 1994; 3 Green 2000; 4 Tortoli 1996; 5 Lumb 1997; 6 Remacha 2007; 7 De Baere 2001; 8 Springer 1993; 9 Sotello 2017; 10 Mirant Borde 2013; 11 Villanueva 2015; 12 Lacasa 2009; 13 O'Dwyer 2009.

**Cutaneous infection due to *Mycobacterium interjectum* in an immunosuppressed patient with microscopic polyangiitis**

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08867.x

Paciente de 77 años con vasculitis tipo poliangeitis microscópica tratamiento con corticoides

Tratamiento: resección en 2 ocasiones por resistencia a múltiples antibióticos



- Tratamiento no estandarizado
- Frecuente fracaso de antibiótico
- Resección lesiones

Antibiótico resistentes	Antibióticos sensibles
Doxiciclina	Rifampicina/Rifabutina
Etambutol	Claritromicina
PAS	Cotrimoxazol
Quinolonas	Quinolonas
Aminoglucósidos	Aminoglucósidos
Isoniazida	Clozamina
Pirazinamida	Linezolid
Etionamida	

## Mycobacterium interjectum. Tratamiento

Esquemas ensayados con éxito:

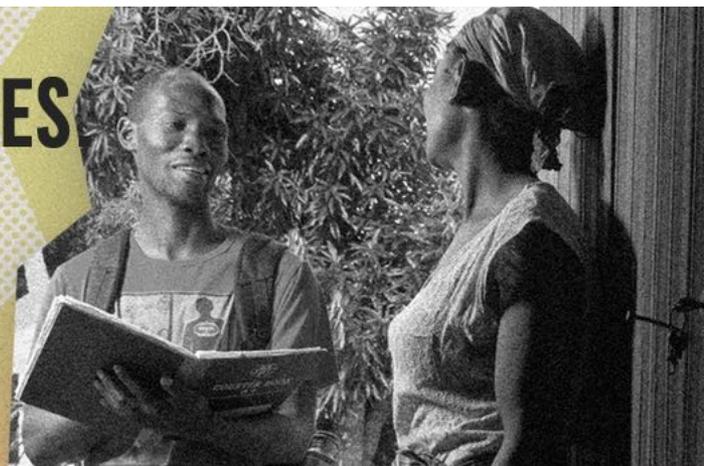
- Rifampicina, isoniacida, pirazinamida (pero también ha fracasado en algún paciente)
- Azitromicina, etambutol, rifampicina, amikacina

Rifampicina + Claritromicina + Cotrimoxazol

DÍA  
MUNDIAL  
DEL SIDA

1 DICIEMBRE 2021

**PONER FIN A LAS DESIGUALDADES**  
**PONER FIN AL SIDA.**  
**PONER FIN A LAS PANDEMIAS.**



G R A C I A S