

## Tres casos de paniculitis por *Mycobacterium abscessus* posmesoterapia

### Three cases of panniculitis due to *Mycobacterium abscessus* after mesotherapy

Sr. Director:

En febrero de 2009 diagnosticamos a tres pacientes de paniculitis granulomatosa infecciosa posmesoterapia causada por el *Mycobacterium abscessus*. La investigación epidemiológica permitió detectar otros 12 casos más en 77 pacientes que habían sido tratadas con mesoterapia para la celulitis en la misma clínica, y se identificó como posible fuente de infección los viales inyectables contaminados.

Los casos clínicos se exponen en la [tabla 1](#). Tres mujeres con edades comprendidas entre 39 y 44 años, dos de ellas hermanas, desarrollaron múltiples nódulos subcutáneos eritemato-violáceos, dolorosos y fluctuantes, algunos de los cuales evolucionaron a la abscesificación, fistulización y ulceración ([fig. 1](#)). Las lesiones se desarrollaron en las áreas de las nalgas y de los muslos, donde habían sido inyectadas sustancias de mesoterapia entre 7 y 20 días antes. Contrastando con la aparatosisidad de la clínica cutánea, no existía fiebre ni otra sintomatología sistémica asociada. Ninguna de las pacientes refería historia de neoplasias ni había recibido tratamiento inmunosupresor. En los tres casos se remitieron biopsias cutáneas a los servicios de Microbiología y de Anatomopatología. La tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (Ziehl-Neelsen) resulta positiva y del cultivo microbiológico convencional crecen a los 4 días abundantes colonias, que con posterioridad fueron identificadas mediante reacción en cadena de la polimerasa y ulterior secuenciación de su ADN, como *M. abscessus*. El estudio histológico mostró inflamación dermohipodérmica cavitada y abscesificada, con tejido de granulación denso e infiltrado histiocitario ([fig. 2](#)), la tinción para BAAR fue negativa en el material fijado en parafina. Los exámenes complementarios, incluyendo hemograma, bioquímica sanguínea y en orina, serología frente al virus de la inmunodeficiencia humana, cuantificación de inmunoglobulinas, radiografía de tórax y estudio de la función vestibular fueron normales o negativos. Se inició tratamiento con claritromicina oral y

amikacina intramuscular, monitorizándose la función renal y auditiva. La mejoría ha sido lenta y se ha realizado drenaje de algunas lesiones en los 2 primeros casos. En la actualidad, y tras 4 meses de tratamiento, las secuelas cicatriciales son evidentes y todavía no se ha obtenido la curación completa en ninguna de las pacientes.

A



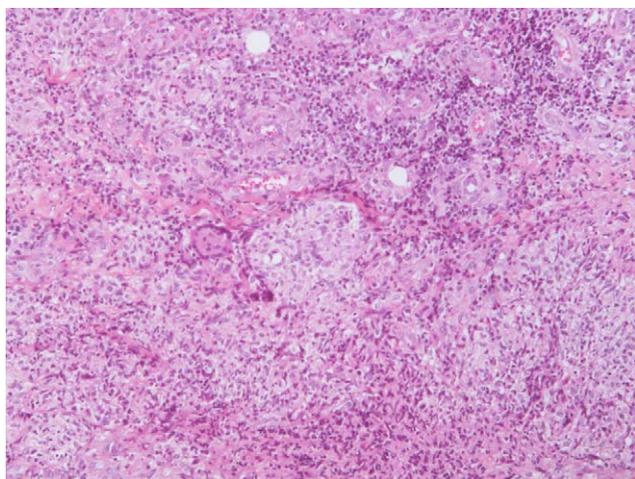
B



**Figura 1** Caso 1: A) Nódulos eritematovioláceos en los muslos. B) Abscesificación y ulceración de los citados nódulos subcutáneos.

**Tabla 1** Resumen de los hallazgos clínicos de 3 casos de paniculitis por *Mycobacterium abscessus* post-mesoterapia

Caso	Edad/sexo	Antecedentes	Tiempo de aparición	Nº lesiones	Localización	Tratamiento
1	44/mujer	Histerectomía	7–20 días	24	Muslos Nalgas	Claritromicina Amikacina
2	39/mujer	Endometriosis; hermana del caso 1	10–20 días	10	Muslos Nalgas	Claritromicina Amikacina
3	44/mujer	Rinitis alérgica Depresión	15–20 días	14	Muslos	Claritromicina Amikacina



**Figura 2** Caso 2: severa inflamación dermohipodérmica cavitada y abscesificada, con tejido de granulación denso e infiltrado histiocitario xantomatoso (hematoxilina-eosina, x40).

El diagnóstico casi simultáneo de estos tres casos de infección cutánea por *M. abscessus* posmesoterapia fue comunicado a las autoridades sanitarias y se inició una investigación epidemiológica. La técnica de mesoterapia era realizada por un médico, en un único centro, utilizando ampollas de homeopatía y con las medidas habituales de antisepsia. Se examinaron e investigaron el ambiente de la clínica, el material utilizado y los productos inyectados, identificándose como posible fuente de infección los viales inyectables. Por el Departamento de Sanidad del Gobierno Balear se realizaron encuestas epidemiológicas a todas las personas sometidas a mesoterapia en dicho centro, en 77 pacientes que habían sido tratadas con mesoterapia para celulitis en la misma clínica, detectándose otros 12 casos más, confirmados mediante cultivo microbiológico (15 casos en total).

La mesoterapia se realiza principalmente con fines estéticos de reducción del tejido adiposo. Su supuesto efecto beneficioso se basa en que la sustancia inyectada, por un efecto enzimático o químico, provoca la ruptura de la membrana celular del adipocito y facilita la incorporación de la grasa citoplasmática a la circulación. Como complicación de esta técnica se han descrito casos de infección por micobacterias no tuberculosas<sup>1,2</sup>. La mesoterapia es un procedimiento muy popular y demandado en nuestro medio. Sin embargo, no hemos encontrado registrados brotes previos de esta complicación infecciosa en las Islas Baleares. Recientemente se ha publicado un caso de paniculitis granulomatosa no infecciosa que se inició un mes después de las inyecciones de mesoterapia, con nódulos inflamatorios que fistulizaban, dejando cicatrices residuales<sup>3</sup>. En nuestras tres pacientes la realización durante la primera visita de tinciones y cultivos adecuados de las muestras cutáneas facilitó el diagnóstico, el tratamiento correcto, la detección de otros 12 casos y la retirada de la fuente de la infección.

Los avances en las técnicas de cultivo y moleculares han permitido que en la actualidad se hayan descrito cerca de 200 especies de micobacterias. *M. abscessus* es una especie perteneciente al grupo de micobacterias no pigmentadas de

crecimiento rápido. Se encuentra ampliamente distribuida por la naturaleza y puede contaminar material quirúrgico y soluciones inyectables medicamentosas<sup>4</sup>. Los patógenos oportunistas precisan una inoculación a partir de una fuente exógena, y unas condiciones particulares de inmunidad del huésped que faciliten la infección<sup>5</sup>. Son muy resistentes a los antibióticos y se requiere un tratamiento de larga duración, de unos 6 meses. Los antibiogramas son orientativos, pues muchas veces no se corresponde la respuesta *in vitro* con la eficacia *in vivo*. En la Universidad de Texas, en una revisión clínica y microbiológica de 115 casos clínicos de micobacterias de rápido crecimiento, cultivan *M. abscessus* en 43 ocasiones (37,4%), la mayoría de las veces en vías respiratorias, pero en 6 casos se aislaron *M. abscessus* y *Mycobacterium fortuitum* de la piel. Destacan que *M. abscessus* es una de las especies más resistentes<sup>6</sup>, resulta más sensible a claritromicina y amikacina y de forma intermedia a cefoxitina. La monoterapia puede ser inadecuada, pues parece favorecer la aparición de resistencias.

*M. abscessus* ocasiona habitualmente infecciones cutáneas relacionadas con lesiones cutáneas accidentales o con inyecciones, acupuntura o catéteres<sup>7,8</sup>. La clínica se caracteriza por pápulas o nódulos eritemato-violáceos, dolorosos o asintomáticos, de crecimiento lentamente progresivo, con tendencia a la abscesificación y ulceración y de evolución crónica<sup>9</sup>, similar a la que presentaron nuestras pacientes. Asimismo, pueden ocasionar enfermedad pulmonar, linfática, ósea, corneal, cardíaca y ótica, principalmente en sujetos inmunodeprimidos. También está favorecida por los tratamientos biológicos<sup>10</sup>.

En conclusión, debe sospecharse infección por este tipo de micobacterias no tuberculosas en lesiones inflamatorias de curso crónico y falta de respuesta a los tratamientos antibióticos habituales en aquellas zonas sometidas a intervenciones quirúrgicas o cosméticas. Su diagnóstico permitirá instaurar el tratamiento adecuado e investigar la fuente del contagio. Ante el auge de los tratamientos cosméticos como la mesoterapia, cabe recordar que no están exentos de riesgos, pueden tener nefastas consecuencias y dejar secuelas cicatriciales importantes y permanentes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Del Solar M, Salomón M, Bravo F, Seas C, Gotuzzo DC, Munayco C, et al. Infección cutánea por micobacterias atípicas de crecimiento rápido (MACR) debido a mesoterapia cosmética. Reporte de casos y revisión de la literatura. *Folia Dermatol Peru*. 2005;16:127-35.
2. Rivera-Olivero IA, Guevara A, Escalona A, Oliver M, Pérez-Alfonzo R, Piquero J, et al. Infecciones en tejidos blandos por micobacterias no tuberculosas secundarias a mesoterapia. ¿Cuánto vale la belleza? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:302-6.
3. Davis MD, Wright TI, Shehan JM. A complication of mesotherapy: noninfectious granulomatous panniculitis. *Arch Dermatol*. 2008;144:808-9.
4. Zaballos P, Ara M, Carapeto FJ. Infección cutánea por *Mycobacterium chelonae* y *M abscessus*. *Piel*. 2001;16:331-9.

5. García-Río I, Fernández-Peñas P, Fernández-Herrera J, García-Díez A. Infección cutánea por *Mycobacterium chelonae*. Revisión de seis casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:584-7.
6. Han XY, Dé I, Jacobson KL. Rapidly growing mycobacteria: clinical and microbiologic studies of 115 cases. *Am J Clin Pathol*. 2007;128:612-21.
7. Song JY, Sohn JW, Jeong HW, Cheong HJ, Kim WJ, Kim MJ. An outbreak of post-acupuncture cutaneous infection due to *Mycobacterium abscessus*. *BMC Infectious Diseases*. 2006;6:6.
8. Murillo J, Torres J, Bofill L, Ríos-Fabra A, Irausquin E, Istúriz R, et al. Skin and wound infection by rapidly growing mycobacteria. An unexpected complication of liposuction and liposculpture. *Arch Dermatol*. 2000;136:1347-52.
9. Katoch VM. Infections due to non-tuberculous mycobacteria (NTM). *Indian J Med Res*. 2004;120:290-304.
10. Salvana EM, Cooper GS, Salata RA. Mycobacterium other than tuberculosis (MOTT) infection: an emerging disease in infliximab-treated patients. *J Infect*. 2007;55:484-7.

J. Gutiérrez-de la Peña<sup>a,\*</sup>, M. Ruiz-Veramendi<sup>b</sup>,  
A. Montis-Suau<sup>a</sup> y A. Martín-Santiago<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Dermatología, Práctica privada, Mallorca, España

<sup>b</sup>Servicio de Microbiología, Clínica Rotger, Mallorca, España

<sup>c</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Dureta, Mallorca, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgutierrezdpl@hotmail.com

(J. Gutiérrez-de la Peña).

doi:10.1016/j.ad.2009.09.001

## Leprorreacción tipo 1 y embarazo

### Lepra Reaction and Pregnancy

Sr. Director:

A pesar de la gran influencia que tiene el embarazo en el curso de la enfermedad de Hansen, los trabajos referentes a este tema son escasos.

Presentamos el caso de una mujer de 34 años, natural de Brasil y residente en España desde hacía tres años. Acude a nuestro Servicio por presentar, desde hacía dos semanas, lesiones cutáneas eritematosas y dolorosas que afectaban al área facial y las extremidades. Refería además tumefacción y dolor del pie izquierdo. El estado general era bueno y no presentaba fiebre. En la anamnesis la paciente refería la presencia, desde la infancia, de una lesión asintomática e hipopigmentada en el brazo derecho que había ido creciendo progresivamente. No le había dado importancia hasta que esta se había tornado eritematosa y dolorosa, coincidiendo con la aparición de las demás lesiones (figs. 1 y 2).

En cuanto a los antecedentes personales refería haber trabajado con pacientes de Hansen durante 4 años. Era madre de tres niños, el más pequeño de 2 meses de edad.

A la exploración presentaba numerosas placas eritematosas, infiltradas y bien delimitadas en las extremidades y en la cara. Su superficie era alopecíca. Algunas de ellas tenían un borde elevado y un centro aplanado e hipopigmentado. Existía infiltración y eritema del pabellón auricular derecho.

Los exámenes complementarios (analítica completa, radiografía de tórax y de pie izquierdo y ecografía abdominal) no demostraron alteraciones. El test de Mantoux fue negativo. En la exploración neurológica se objetivó una clara disminución de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil en las zonas afectadas, siendo en el resto normal.

La biopsia de una de las placas objetivaba un infiltrado granulomatoso de tipo sarcoide que ocupaba toda la dermis,



Figura 1 Placa eritemato-edematosa en la mejilla derecha y afectación del pabellón auricular.



Figura 2 Lesión similar, con borde neto afectando el brazo y el antebrazo derechos.