



Aspectos clínicos do complexo *Mycobacterium abscessus*

Beuy Joob^{1,a}, Viroj Wiwanitkit^{2,b}

PREZADO EDITOR,

O estudo de Monteiro et al.(1) sobre aspectos clínicos em pacientes com infecção pulmonar causada por micobactérias do complexo *Mycobacterium abscessus* (MABSC) na Amazônia brasileira é muito interessante. Os autores concluíram que a “resposta ao tratamento da doença pulmonar causada pelo MABSC foi menos favorável do que a da doença pulmonar causada por outras micobactérias não tuberculosas”. Gostaríamos de compartilhar ideias sobre essa observação. Em nosso meio, a Índochina, uma alta prevalência semelhante de infecção pulmonar por micobactérias também é observada. O complexo MABSC tornou-se uma nova infecção emergente interessante. A fraca resposta à terapia padrão antimicobacteriana também é observada.(2,3)

A falha do tratamento geralmente está relacionada ao diagnóstico tardio e ao tratamento prévio com antibióticos devido à falta de testes microbiológicos padrão para confirmar a especificidade do patógeno. Essa situação parece ser semelhante à relatada por Monteiro et al.(1); a maioria dos pacientes recebe tratamento antibiótico antes de ter o diagnóstico final de MABSC. Além disso, a disponibilidade de medicamentos de escolha contra MABSC (como imipenem) é limitada em grandes hospitais terciários que não conseguem atender o aumento da incidência do problema em um hospital comunitário. O possível novo paradigma contra o surgimento do MABSC pode ser o diagnóstico precoce por confirmação específica de isolados micobacterianos e o apoio financeiro para a disponibilização de tratamentos antibióticos altamente eficazes em hospitais comunitários.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro JTC, Lima KVB, Barretto AR, Furlaneto IP, Gonçalves GM, Costa ARFD, et al. Clinical aspects in patients with pulmonary infection caused by mycobacteria of the *Mycobacterium abscessus* complex, in the Brazilian Amazon. *J Bras Pneumol.* 2018;44(2):93-98. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000378>
2. Phowthongkum P, Prasanthai V, Udomsantisook N, Suankratay C. Rapidly growing mycobacteria in King Chulalongkorn Memorial Hospital and review of the literature in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(8):1153-62.
3. Sungkanuparph S, Sathapatayavongs B, Prachartam R. Infections with rapidly growing mycobacteria: report of 20 cases. *Int J Infect Dis.* 2003;7(3):198-205. [https://doi.org/10.1016/S1201-9712\(03\)90052-X](https://doi.org/10.1016/S1201-9712(03)90052-X)

1. Sanitation 1 Medical Academic Center, Bangkok, Thailand.

2. D.Y. Patil University, Pune, India.

a. <http://orcid.org/0000-0002-5281-0369>; b. <http://orcid.org/0000-0003-1039-3728>

Resposta dos autores

José Tadeu Colares Monteiro^{1,a}

Inicialmente, gostaria de agradecer em nome da nossa equipe sua correspondência, objetivando a troca de conhecimentos à cerca de uma condição clínica tão complexa. O desafio de tratar infecções pulmonares por micobactérias do complexo *Mycobacterium abscessus* estabelece-se desde o início, seja pela dificuldade de isolamento e identificação da bactéria, seja pela gravidade dos próprios pacientes que, em sua maioria, apresentam alterações estruturais pulmonares anteriores ao adoecimento.⁽¹⁾

As infecções pulmonares por micobactérias não tuberculosas (MNT) representam um emergente problema de saúde pública; em um levantamento realizado entre pacientes de seguros de saúde na Alemanha em 2017, as hospitalizações daqueles com MNT eram três vezes maiores e responsáveis por 63% dos custos totais quando comparados a de pacientes controle pareados por idade, gênero e índice de comorbidade de Charlson.⁽²⁾

No cenário brasileiro, permanece difícil o acesso a centros que realizem a identificação genotípica, e o perfil de sensibilidade é limitado, o que representa um impasse na condução clínica desses pacientes. Segundo

as diretrizes da Sociedade Britânica de 2017, quando isolado *M. abscessus*, devem ser realizados testes de sensibilidade, incluindo no mínimo três antibióticos (claritromicina, ceftoxitina e amicacina), devendo constar também tigeciclina, imipenem, minociclina, doxiciclina, moxifloxacino, linezolida, cotrimoxazol e clofazimina.⁽³⁾

Essa ampla variedade de drogas compõe o arsenal terapêutico disponível para ser utilizado; isso se deve à resistência bacteriana desse complexo principalmente aos macrolídeos e aminoglicosídeos. Esse número excessivo de drogas causa entraves para um desfecho clínico satisfatório, sendo os principais a duração prolongada do tratamento, que torna a aderência difícil; a alta incidência de efeitos adversos; o longo período de internação hospitalar (devido ao uso de drogas por via parenteral); e o custo econômico alto.⁽¹⁾

Considerando-se que, em muitos países, essa condição encontra-se distante de estar sob controle, o intercâmbio de informações é sempre de grande valia, ampliando o conhecimento e construindo boas evidências científicas a respeito das infecções pulmonares pelo complexo *M. abscessus*.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro JTC, Lima KVB, Barretto AR, Furlaneto IP, Gonçalves GM, Costa ARFD, et al. Clinical aspects in patients with pulmonary infection caused by mycobacteria of the *Mycobacterium abscessus* complex, in the Brazilian Amazon. *J Bras Pneumol*. 2018;44(2):93-98. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000378>
2. Diel R, Jacob J, Lampenius N, Loebinger M, Nienhaus A, Rabe KF, et al. Burden of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease in Germany. *Eur Respir J*. 2017 Apr 26;49(4). pii: 1602109. <https://doi.org/10.1183/13993003.02109-2016>
3. Haworth CS, Banks J, Capstick T, Fisher AJ, Gorsuch T, Laurenson IF, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). *Thorax*. 2017;72(Suppl 2):ii1-ii64. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-210927>

1. Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária na Amazônia, Centro Universitário do Estado do Pará, Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

a.  <http://orcid.org/0000-0002-7359-5178>