



<https://www.revclinesp.es>

1090 - EVOLUCIÓN DE LA NOCARDIOSIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ENTRE 2015 Y 2022

Diana Ruiz Cabrera¹, Sabina Herrera², Abiu Sempere², Scarleth Mendoza Lizardo³, Laura Morata², Alex Soriano² y Marta Bodro²

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España. ²Hospital Universitario Clínic Barcelona, Barcelona, España. ³Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: La infección por *Nocardia* spp se ha asociado clásicamente a estados de inmunosupresión o neumopatías, manifestándose con frecuencia con abscesos pulmonares, cerebrales o cutáneos. **Objetivo:** Describir la presentación y manejo de la nocardiosis en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes con aislamiento de *Nocardia* spp atendidos en nuestro centro entre 2015-2022.

Resultados: Se identificaron 26 pacientes con aislamiento de *Nocardia* spp, con edad media de 65 años (r: 36-83), el 53,8% varones. Entre las comorbilidades más frecuentes: ocho presentaban diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular; dieciséis algún tipo de neumopatía, principalmente bronquiectasias (ocho) y EPOC (siete); siete eran trasplantados (cuatro de órgano sólido, cuatro de progenitores hematopoyéticos); ocho padecían una enfermedad oncológica y once una autoinmune. La mitad de los pacientes tomaba corticoesteroides y solo dos mantenían profilaxis con cotrimoxazol a dosis estándar. El aislamiento se realizó en muestras respiratorias en 21 pacientes, cuatro en aspirado de absceso y uno en biopsia. Se identificaron siete aislamientos del género *Nocardia* spp, siete *N. abcessus*, cinco *N. cyriacigeorgica*, cuatro *N. farcinica*, dos *N. brasiliensis* y una *N. nova*. En relación con el perfil de sensibilidad antibiótica, el 100% de los testados fueron sensibles a cotrimoxazol, linezolid y amikacina, el 95% a minociclina y aproximadamente el 65% a amoxicilina-clavulánico e imipenem, siendo las tasas de sensibilidad mucho menores a cefotaxima (52%), levofloxacino (27%), eritromicina (19%) o ciprofloxacino (11%). Se interpretaron como colonización tres aislamientos (dos de *N. abcessus*, uno de *N. cyriacigeorgica*) en un paciente EPOC y dos con bronquiectasias sin clínica ni inmunosupresión de base. La presentación más frecuente fue la afectación pulmonar (85%), presentando afectación cutánea solo tres pacientes con infección por *N. brasiliensis* y *N. farcinica*, y tres afectación neurológica (dos cerebral y un absceso paraespinal) por *N. farcinica*. El fármaco más empleado fue el cotrimoxazol (utilizado en el 82% de los tratados), generalmente asociado inicialmente a un betalactámico (cefalosporina de tercera o carbapenémico), linezolid o minociclina. Excluidos del análisis los pacientes que no han finalizado el tratamiento, el tiempo medio de antibioterapia fue 26 semanas, tratándose entre 12-14 meses los pacientes graves o con afectación cerebral. Seis pacientes fallecieron (en dos se limitó el esfuerzo terapéutico) como consecuencia de la gravedad del evento y sus patologías de base. Cuatro presentaron recidiva de la infección.

Conclusiones: La nocardiosis es una infección poco frecuente y de difícil manejo, asociada a una morbilidad importante y un tratamiento complejo y prolongado no exento de toxicidad. La incidencia de especies en

nuestro centro es similar a la reportada previamente. *N. farcinica* es una especie virulenta intrínsecamente resistente a cefalosporinas, en nuestra serie muy asociada a la infección del sistema nervioso central y el trasplante, por lo que la sospecha y el tratamiento empírico adecuado en estos pacientes es fundamental. Destacan las bajas tasas de sensibilidad a betalactámicos, quinolonas y macrólidos, que no deberían utilizarse en monoterapia al menos de forma empírica. Los dos casos de nocardiosis tras profilaxis con cotrimoxazol apoyan evidencia previa que sugiere que las dosis estándar podrían no ser suficientes para prevenir la infección.