



<https://www.revclinesp.es>

A-23. - INFECCIONES POR NOCARDIA DURANTE EL PERIODO 2004-2013 EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Martín Fernández¹, E. Cogollo García¹, A. Valbuena Parra¹, J. Sanz Moreno¹, A. Arranz Caso¹, E. Casas García¹, P. Gómez-Herruz², J. de Miguel Prieto¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Microbiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Resumen

Objetivos: La nocardiosis diseminada (ND) es una infección grave que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos y se asocia a una elevada morbilidad. Nuestro objetivo fundamental es revisar la experiencia en infecciones por Nocardia spp desde enero 2004 a junio 2013 en un hospital general (con 500 camas sin programa de trasplantes).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ND diagnosticados entre 2004-2013 en nuestro hospital. Se recogieron datos demográficos, clínicos, comorbilidades, hallazgos radiológicos (obtenidos mediante Rx tórax y/o TC), microbiológicos (especies de Nocardia spp aisladas, e identificación en su caso), antibiograma, pautas de tratamiento y evolución clínica. Todos los casos presentaron datos de nocardiosis invasiva.

Resultados: Se identificaron 15 pacientes con ND, de los cuales 10 ingresaron en Medicina Interna, 3 en Neumología y 2 en Nefrología. La edad media de los pacientes fue 68,46 años (32-82), siendo todos varones. El factor de riesgo más importante para ND fue EPOC (66,6%) y fibrosis pulmonar (6,66%) seguido de leucemia crónica e IRC secundaria a glomerulonefritis, todos ellos en tratamiento con esteroides y/o inmunosupresores. Un paciente era portador de trasplante renal, encontrándose en hemodiálisis. Un paciente presentaba infección VIH sin tratamiento y hepatocarcinoma. Los síntomas más frecuentes fueron disnea, tos, expectoración, fiebre y dolor torácico. Diez pacientes presentaban en Rx/TC torácico nódulos pulmonares cavitados, dos patrón intersticial, dos derrame pleural, uno de ellos con criterios de empiema. En un caso el paciente presentó afección cutánea y cerebral, sin aparente afectación pulmonar. Nocardia creció en secreciones respiratorias en diez pacientes, en tres de ellos mediante broncoaspirado. En un caso creció en cultivo del empiema pleural y en dos casos en abscesos cutáneos-musculares. Se realizó TAC cerebral en seis pacientes, objetivándose absceso cerebral en un solo caso que debutó con crisis convulsivas. Dos casos se identificaron como Nocardia nova, uno como farsinica, uno como brasiliensis, y en un paciente se aisló Nocardia cyriacigeorgica. Diez pacientes (los más antiguos de la serie) se etiquetaron como Nocardia asteroides o Nocardia spp. La identificación de Nocardia spp fue por características microscópicas y morfológicas de las colonias. La identificación a nivel de especie fue por análisis molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En todos los casos en los que se realizó antibiograma Nocardia era sensible a TSM, imipenem, amikacina, siendo dos resistentes a tetraciclinas y quinolonas. Todos los pacientes fueron tratados con imipenem, TSM y/o amikacina en diferentes combinaciones. Cinco pacientes (33,3%) fallecieron en relación con la infección. Los diez restantes (66,6%) presentaron buena evolución sin recidivas.

Discusión: En nuestra serie los esteroides fueron el factor de inmunodepresión más frecuente. Los nódulos pulmonares cavitados en pacientes con factor de riesgo deben orientar a la sospecha de ND, siendo conveniente su búsqueda en cultivo de esputo y/o BAS. En los últimos años es más frecuente la identificación de especie mediante PCR. La afección cutánea, cuyo abordaje puede favorecer el diagnóstico y también la cerebral, pueden acompañar a la ND, permitiendo así mismo un mayor índice de sospecha en el caso de estos hallazgos.

Conclusiones: 1) Las infecciones por Nocardia spp se describen con más frecuencia en los pacientes crónicos inmunodeprimidos, con una mejor identificación de las diferentes especies en los últimos años. 2) Dada la frecuente afección pulmonar en forma de infiltrados cavitados y su visualización por TC, el diagnóstico de sospecha y tratamiento de la infección pueden ser más precoces, lo que mejoraría la supervivencia. 3) La sensibilidad antibiótica permite la utilización de pautas clásicas de tratamiento.