



A-188. - DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE NOCARDIOSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL DEL LEVANTE ESPAÑOL

J. Vega Cervantes¹, B. Alcaraz Vidal², G. Tornel Sánchez¹, A. Moreno Hernández¹, C. Smilg Nicolás¹, E. Ruiz Belmonte¹, F. Vera Méndez², G. García Parra¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Medicina Infecciosa. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: La nocardiosis es una infección producida por un actinomiceto aerobio, bacilo gram positivo ramificado ácido-alcohol resistente, saprofito ambiental ubicuo. De presentación creciente en los últimos años, el estado de inmunosupresión y la patología pulmonar previa se considera un factor de riesgo bien establecido. A continuación presentamos una serie de casos de nocardiosis, siendo los objetivos del estudio: 1) describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas, y 2) evaluar la patología de base y evolución con tratamiento específico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos con diagnóstico de nocardiosis atendidos en el Hospital General Universitario Santa Lucía (667 camas) durante el periodo de enero 2000-mayo 2013. Se incluyeron a todos los pacientes con presencia de *Nocardia* en muestras de esputo o broncoaspirado y clínica compatible. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, patología de base predisponente, estado de inmunosupresión, manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos, informes microbiológicos, tratamiento y evolución

Resultados: Durante el período analizado se detectaron 14 casos de nocardiosis, 7 varones y 6 Mujeres, con una mediana de edad de 68 años. El diagnóstico se obtuvo en un 71% (n = 10) por tinción de Gram del esputo y en un 35,7% (n = 5) por aspirado bronquial. La especie de *Nocardia* fue en el 71% (n = 10) de *Nocardia* spp, en tres casos *N. asteroides* y en un caso *N. travelansis*. En un 71% (n = 10) presentaban patología de base predisponente o factores de inmunosupresión (2 casos de VIH C3, 2 casos de enfermedad de Crohn, 1 trasplante pulmonar por fibrosis, 1 caso de leucemia linfática crónica, 1 caso de espondilitis anquilosante, 1 caso de carcinoma de mama, 1 caso de adenocarcinoma de sigma y 1 caso de VHC en tratamiento activo). En el 85% (n = 12) existía patología pulmonar previa (5 casos EPOC, 3 casos bronquiectasias), 2 casos asma y 1 caso trasplante pulmonar). La mitad de los casos habían recibido tratamiento antibiótico previo en los últimos 6 meses, siendo el más frecuente el ciclo con quinolonas (n = 4). La presentación clínica predominante fue la neumonía subaguda (78,5%, n = 11), sin afectación extrapulmonar en ninguno de ellos. El patrón radiológico fue el de nódulos pulmonares bilaterales en un 50% (n = 7) e infiltrados en un 35,7% (n = 5), con existencia de bronquiectasias en 4 casos. Uno de los pacientes con infección por VIH presentó un patrón superponible a una tuberculosis pulmonar con múltiples nódulos cavitados y precisó broncoscopia para el diagnóstico. Un 78,5% de los pacientes (n = 11) fueron tratados con cotrimoxazol, asociando tres casos un betalactámico. En los otros 3 casos en se

empleo un tratamiento distinto, en dos de ellos porque el antibiograma se informaba de resistencias a cotrimoxazol y penicilinas, por lo que fueron tratados con ciprofloxacino y en el otro caso con ceftazidima y amikacina; en el tercer caso hubo que suspender cotrimoxazol e iniciar doxiciclina por toxicidad asociada en forma de rash cutáneo. Todos los casos evolucionaron de forma satisfactoria con mejoría clínico-radiológica.

Conclusiones: 1. En la mayoría de los casos de nuestra serie existían factores de inmunosupresión y patología pulmonar previa. 2. La forma de presentación más frecuente fue la neumonía subaguda. 3. No detectamos un patrón radiológico predominante, aunque el más frecuente fue el de nódulos pulmonares bilaterales. 4. El diagnóstico se realizó por Gram de esputo en la mayoría de los casos. 5. La evolución fue favorable en todos los casos con tratamiento convencional y dirigido.