



VII Jornadas Infectológicas de Invierno

11 y 12 de agosto 2016 Salón Yacanto - Sheraton Hotel

1ras Jornadas de Control de Infecciones para Enfermeros

Hotel Dr. César Carman - ACA 13 de agosto 2016



Nº TI012

RESUMEN

TÍTULO: Nocardiosis Pulmonar

Autores: Ignacio ,Gutierrez Magaldi, Fernando, Camporro; Sofía, Furrer; Melina, Winocur

Institución: Clínica Reina Fabiola

Correo electrónico del autor presentador: furrersofia@gmail.com

* Cuerpo del Resumen: (máx 2500 caracteres sin espacios)

NOCARDIOSIS PULMONAR Autores: Gutierrez Magaldi, I; Camporro, F; Furrer, S; Winocur, M
INTRODUCCIÓN La infección pulmonar por Nocardia es una entidad poco frecuente. Se presenta por lo general en pacientes inmunodeprimidos. Exponemos el caso de una mujer con infección por Nocardia exalbida. **OBJETIVOS:** Conocer las diferentes formas de presentación de la infección por Nocardia, así como los huéspedes en quienes se desarrolla, su diagnóstico y tratamiento. **CASO CLÍNICO** Femenino de 51 años con APP de HTA y glioblastoma estadio IV, en tratamiento con bevacizumab y dexametasona desde hace 6 meses. Presenta dolor abdominal de 10 días de evolución, en hipocondrio derecho tipo puntada irradiado en hemicinturón, exacerbado con inspiración profunda. Niega vómitos, coluria, acolia, fiebre y síntomas sugestivos de compromiso de algún otro órgano. Examen físico: SV TA 140 / 80 FC 89 FR 14 Afebril Sat de oxígeno AA 98% Hemiparesia facio-braquio-crural izquierda secuelar. Se solicita Laboratorio: Hb 10.9 Hto 33.4 GB 8700 (70/28/2) VSG 30 BT 0.6 FAL 218 GGT 42 GOT 46 GPT 61 Cr 0.68 Ur 0.30 Orina: hematies TAC de tórax-abdomen-pelvis: imagen nodular cavitada en LSD en contacto con pleura, lámina de líquido. Infiltrado en vidrio esmerilado en LID. Se tomaron hemocultivos (3 muestras -), IF para Aspergillus. Serología para hidatidosis (-). Se realiza PAAF guiada por TAC: desarrollo de Nocardia exalbida. Se comienza tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol y se otorga el alta. **DISCUSIÓN:** La nocardiosis pulmonar es una patología poco frecuente y debe sospecharse en pacientes inmunocomprometidos. En especial en aquellos con compromiso de inmunidad celular, como SIDA, trasplantados, portadores de neoplasias, o en tratamiento con corticoides. También se reconoce como factor de riesgo enfermedades pulmonares de base como EPOC, TBC y/o bronquiectasias. Puede presentarse como un cuadro agudo, subagudo y/o crónico, indistinguible de otras infecciones pulmonares como TBC, hongos y neoplasias, con las cuales debe realizarse el diagnóstico diferencial. En su presentación pulmonar suele debutar con pérdida de peso, fiebre, tos, expectoración y dolor pleurítico por derrame pleural A nivel radiológico puede manifestarse como infiltrados alveolares, consolidaciones multilobares, masas solitarias, abscesos, infiltrados reticulonodulillar, derrame pleural. El diagnóstico se realiza mediante cultivo de esputo, o si es posible cultivo de lavado bronquioalveolar. No se utilizan test serológicos. El tratamiento de elección es con trimetoprima sulfametoxazol con una duración de seis semanas a un año, lo cual aún no se encuentra establecido. **CONCLUSIÓN** La infección producida por el género Nocardia, más allá de ser infrecuente, debe ser sospechada como diagnóstico diferencial en aquellos pacientes con inmunosupresión celular, que se presentan con manifestaciones respiratorias, cutáneas y/o compromiso de SNC.