

Caso	(300) Nocardiosis muscular
Autores	Rebeca Gil Vallano, María Del Mar Tapia Viñé, Susana Fernández Fernández, Kevin Acosta Velásquez, Fernando Sánchez Montoro, Daniel Bernabeu Taboada
Centro	Hospital Universitario La Paz

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes de ERC, fibrilación auricular y polineuropatía axonal desmielinizante, que acude al servicio de Urgencias por una tumoración lumbar izquierda de aparición súbita, sin traumatismo previo, hace 10 días. A su llegada, se encontraba febril (39,3°) y taquicárdico a 125 lat/min. En la exploración se identificó una tumoración pétreo dorsolumbar, dolorosa y sin cambios cutáneos.

Ante estos hallazgos, se solicita una ecografía de urgencia, visualizando una colección intramuscular heterogénea y de pared grosera, sin contacto costal y sin vascularización en el estudio Doppler color, que se interpretó como un hematoma en relación con anticoagulación. Debido a la fiebre no justificada, se completó estudio con TC abdomino-pélvico con contraste intravenoso, confirmándose la presencia de una colección en el músculo dorsal ancho con captación periférica del contraste y centro hipodenso. Dada la sospecha de absceso se realizó una punción ecoguiada con obtención de muestras para microbiología.

El resultado microbiológico fue *Nocardia asteroides*, y se documentó infección por VIH no conocida previamente. Se completó con PET-TC y RM cerebral, identificándose otros abscesos musculares en muslos y un absceso cerebeloso.

El paciente fue tratado con Trimetoprim-sulfametoxazol, con adecuada respuesta clínica y radiológica.

DISCUSIÓN

Nocardia es un organismo aeróbico perteneciente a la familia de los Actinomicetos, se trata de un germen que causa infección en animales y humanos, fundamentalmente en pacientes inmunocomprometidos. Se ha descrito en pacientes que reciben tratamientos inmunosupresores, trasplantes de órganos sólidos, pacientes con enfermedad pulmonar crónica y como en nuestro caso, pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana. (1)

La incidencia ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas en el contexto de un aumento generalizado en la tasa de pacientes inmunocomprometidos, con una incidencia en pacientes VIH que oscila entre el 0.1-0.3%. (2)

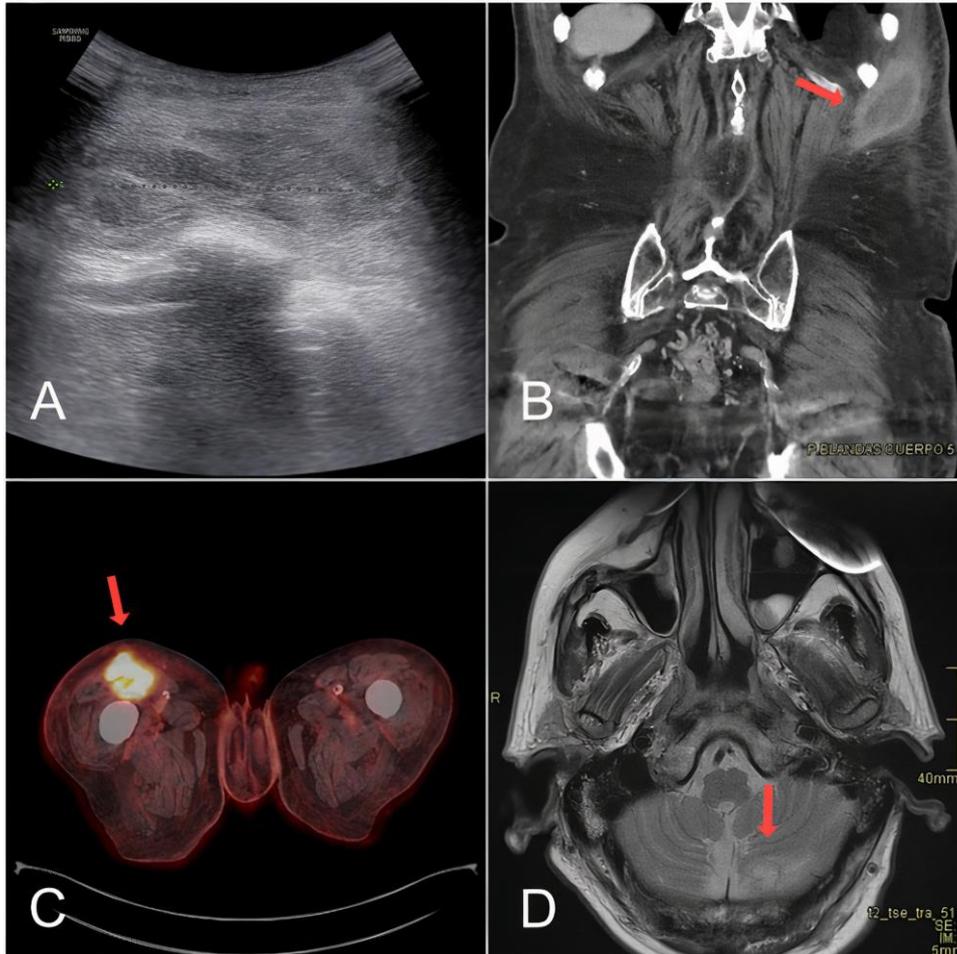
La presentación clínica más frecuente es la afectación pulmonar, puesto que la inhalación es la vía de entrada de la bacteria. La nocardiosis extrapulmonar es relativamente frecuente y puede ocurrir por diseminación hematogena o por contigüidad en contexto de una neumonitis necrotizante. El SNC es la localización más frecuente de afectación extrapulmonar alcanzando hasta el 44%, y le sigue en frecuencia la afectación cutánea y de partes blandas, que como en nuestro caso,

puede corresponder a una nocardiosis cutánea primaria. Otras localizaciones menos frecuentes, son la afectación ocular, cardíaca, hepática, esplénica, adrenal o tiroidea. (3)

En cuanto a su presentación radiológica los pacientes con afectación pulmonar, suelen presentar nódulos multifocales, masas cavitadas y consolidaciones sin clara distribución zonal. En el estudio intracraneal, se hallan lesiones con realce en anillo en secuencias T1 con contraste, y con mínimo componente de edema perilesional. La afectación de partes blandas, incluye la presencia de lesiones complejas intramusculares de contenido líquido con realce periférico y centro de baja atenuación, sin afectación del compartimento óseo. El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones, incluyen las lesiones metastásicas, infartos musculares, infecciones parasitarias, tuberculosas u otro tipo de infecciones bacterianas. (4)

CONCLUSIÓN

En esta presentación, ilustramos un caso clínico de urgencias de un paciente inmunocomprometido, con abscesos intramusculares múltiples y con un absceso único cerebeloso. El diagnóstico diferencial, en este contexto clínico, incluye tuberculosis, infecciones parasitarias y bacterianas de múltiples etiologías, por lo que dado el amplio espectro etiológico, juega un papel fundamental el papel intervencionista de nuestra especialidad a la hora de conseguir una muestra microbiológica, que nos permite orientar el tratamiento como se realizó en nuestro caso.



(A) Ecografía en modo B: masa heterogénea iso-hipoecoica parcialmente encapsulada. (B) TC abdomino-pélvico con contraste en fase venosa, MPR coronal, donde se identifica en el espesor del músculo dorsal ancho una colección heterogénea con captación periférica de contraste y centro hipodenso, trabeculación de la grasa circundante a la colección, sugestivo de absceso intramuscular (C) PET-TC colección hipercaptante de F18-FDG en espesor de músculo recto femoral derecho (D) RM cerebral sin contraste IV (dada altas cifras de creatinina del paciente) con reconstrucciones MPR en secuencias T1, objetivando en la vertiente inferio-medial del hemisferio cerebeloso izquierdo un área nodular con hiperseñal en T2, causa leve efecto de masa y componente de edema vasogénico, compatible con absceso intracraneal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) M.E. Corti, M. E. Villafañe Fioti. Nocardiosis: a review, International Journal of Infectious Diseases. Volume 7, Issue 4. 2003; 243-250. [https://doi.org/10.1016/S1201-9712\(03\)90102-0](https://doi.org/10.1016/S1201-9712(03)90102-0).
- 2) V. Pintado, E. Gómez-Mampaso, J Fortún et al. Infection with Nocardia Species: Clinical Spectrum of Disease and Species Distribution in Madrid, Spain, 1978-2001. Infection 30. 2002; 338-340. <https://doi.org/10.1007/s15010-002-2127>.
- 3) JW Wilson. Nocardiosis: updates and clinical overview. Mayo Clin Proc, 87(4). 2012; 403-407. <https://doi:10.1016/j.mayocp.2011.11.016>.
- 4) X. Lyu, Z. Chen, Y. Xie, Q. Liu, H.Bai, Radiological findings in patients with nocardiosis: A case series and literature review. Radiology of Infectious Diseases, Volume 4, Issue 2.2017; 64-69. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.09.122>.