

Nocardiosis pulmonar en paciente con infección por VIH

I. Vaqueiro – S^o de M. Interna, Hospital de Verín
A. Martínez – S^o de M. Interna, Hospital El Bierzo
G. Glez. Mediero – S^o de Microbiología, Hospital A. Cunqueiro

Caso clínico

•Varón de 61 años:

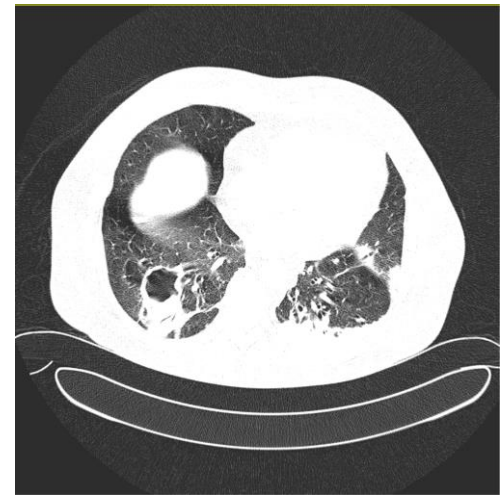
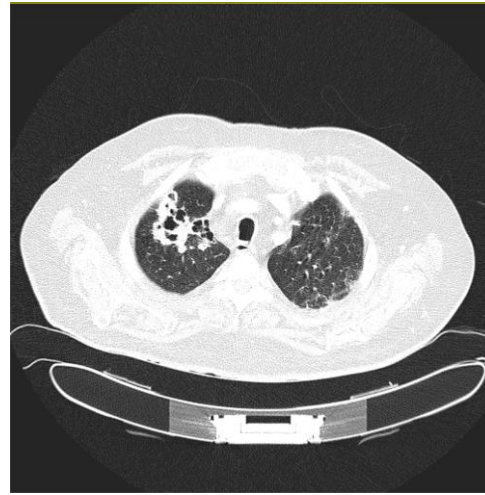
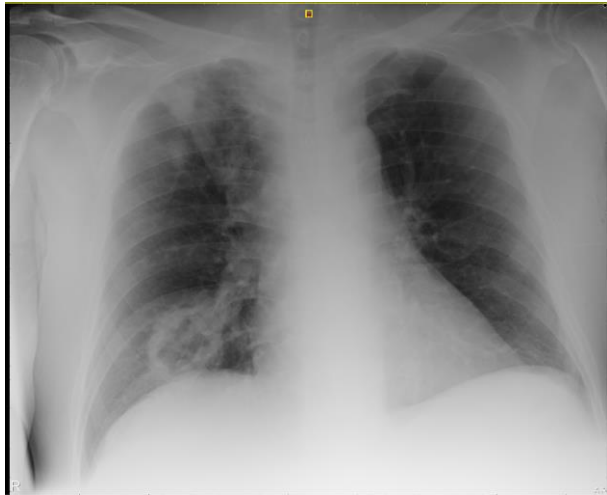
- Exfumador – HTA – DM tipo 2 – Dislipemia
- Infección por VIH diagnosticada 8 años antes:
 - Sin enfermedades oportunistas previas
 - ATZ/r + FTC/TDF → CV suprimida y ↓ CD4 (336 → 72)

•Presenta:

- Debilidad de EEII con paresia leve y marcada atrofia bilateral
- Tos no productiva, astenia, pérdida de peso
- T^a 38,7°C y crepitantes bilaterales
- Discreta neutrofilia y ↑ RFA

Caso clínico

• Rx y TC torácicas informadas como sugestivas de TB pulmonar

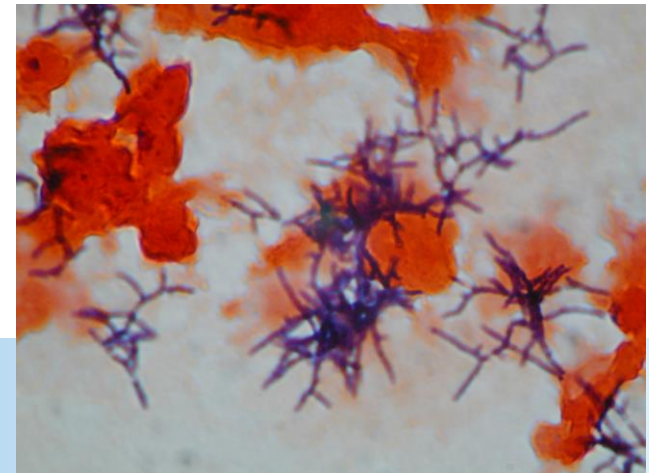


• Se inicia antibioterapia de amplio espectro, antifúngicos y tuberculostáticos

- Pruebas de imagen encefálicas y LCR normales
- EMG → miopatía del enfermo crítico
- Biopsia muscular → atrofia neurógena grave

Caso clínico

- Hemocultivos: bacilos G+ ramificados sospechosos de *Nocardia sp*
- Cultivo de esputo (ordinario y micobacterias) → *Nocardia farcinica*:
 - Sensible a **imipenem**, meropenem, amikacina, **TMP-SMX** y linezolid
- Antibioterapia parenteral (4 semanas) con mejoría clínica y radiológica
 - Mantenimiento con TMP-SMX oral hasta completar 12 meses
- Mantiene TARV habitual → CD4 > 550
 - No profilaxis secundaria
 - Sin recaídas hasta la actualidad



Nocardiosis

- Actinomiceto gram positivo, aerobio estricto, filamentoso
 - Amplia distribución en la naturaleza
 - Más de 30 especies afectan al ser humano
 - Incidencia en España → 0,45 casos/100000 habitantes/año
- Infección oportunista → inmunodepresión celular grave (trasplantes, SIDA, neoplasias, QT, corticoterapia...)
 - También en alcoholismo, neumopatía crónica o diabetes
 - 10-25% de casos se asocian a infección por VIH
 - No definitiva de SIDA por su baja frecuencia

Nocardiosis

- Formas clínicas más frecuentes:

- Pulmonar (inhalación)
- Cutánea (inoculación directa)
- SNC
 - Puede afectar cualquier órgano

- Los síntomas dependen del órgano afectado:

- No hay datos clínicos ni radiológicos patognomónicos
- Diagnóstico diferencial amplio → TB, otras IOs, neoplasias, vasculitis...

- Requiere alto índice de sospecha

Nocardiosis

- Diagnóstico → aislamiento e identificación en el tejido u órgano afectado
- Crecimiento lento → prolongar tiempo de cultivo
- Tratamiento prolongado (6-12 meses):
 - TMP-SMX + 1-2 antibióticos sinérgicos (imipenem o amikacina)
- Profilaxis secundaria con TMP-SMX ? → hasta recuperación inmune
 - Dosis usadas en VIH para *PCP* pueden ser insuficientes
- Mortalidad elevada (20-35%)
 - Si inmunosupresión grave, afectación diseminada o del SNC

Ideas clave

- La nocardiosis es una enfermedad poco frecuente que se desarrolla habitualmente en pacientes inmunodeprimidos
- En infección por VIH con bajo recuento de CD4 debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares y del SNC
- Requiere tratamiento antibiótico prolongado – plantear profilaxis secundaria para evitar recaídas