

3. Perronne C, Saba J, Behloul Z, Salmon-Ceron D, Leport C, Vildé JL, et al. Pyogenic and tuberculous spondylodiskitis (vertebral osteomyelitis) in 80 adult patients. *Clin Infect Dis*. 1994;19:746–50.
4. Gómez Rodríguez N, Penelas-Cortés Y, Ibáñez J, González M, Sánchez ML. Espondilodiscitis infecciosas en un área sanitaria gallega, 1983-2003. *Ann Med Interna (Madrid)*. 2004;21:533–9.
5. Weinstein MA, Eismont FJ. Infections of the spine in patients with human immunodeficiency virus. *J Bone Joint Surg*. 2005;87:604–9.
6. Pertuiset E, Beaudreuil J, Lioté F, Horusitzky A, Kemiche F, Richette P, et al. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994. *Medicine (Balt)*. 1999;78:309–20.
7. Gómez Rodríguez N. Espondilodiscitis infecciosas del adulto. Estudio de 76 casos y revisión de la literatura. *Salud (i) Ciencia*. 2006;14:281–4.
8. Corti M, Villafañe MF, Palmieri OJ. Abscesos epidurales. En: Corti M, Villafañe MF, Palmieri OJ. editores. *Atlas de neuroimágenes y neuropatología de la enfermedad HIV/sida*. 1.^a ed. Buenos Aires: GS Gráfica;2007. p. 64–55.

9. Corti M, Villafañe MF, Yampolsky C, Ambroggi M, Palmieri O. f Espondilodiscitis con absceso epidural espinal y del psoas por *Mycobacterium tuberculosis*. *Rev Panam Infect*. 2007;9: 50–3.
10. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*. 2010;65 (Suppl 3):11–24.

M. Corti^{a,*}, M.F. Villafañe^a, O. Palmieri^a y L. Gilardi^b

^a División B, Hospital de Enfermedades Infecciosas F.J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

^b Coordinador Científico, Sociedad Iberoamericana de Información Científica, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcelocorti@fibertel.com.ar (M. Corti).

doi:10.1016/j.rce.2012.03.016

Piomiositis de pectoral derecho por *Nocardia nova* identificada mediante espectrometría de masas

Nocardia nova as cause of right sided pectoralis pyomyositis identified by mass spectrometry

Sr. Director:

La identificación de microorganismos basada en el perfil de proteínas propio de cada especie obtenido mediante espectrometría de masas (*Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization-Time Of Flight* [MALDI-TOF]) ha empezado a usarse recientemente como un método rápido y fiable para la identificación bacteriana¹. En el caso de los microorganismos de crecimiento lento con perfil de sensibilidad a antimicrobianos variable, tal como sucede con *Nocardia* spp.^{2–5}, su utilidad clínica resulta evidente. Presentamos el caso clínico de un varón de 64 años con nocardiosis cutánea, que ilustra la utilidad de estas nuevas tecnologías microbiológicas.

El paciente consultaba por una tumoración dolorosa, de crecimiento progresivo, localizada en hemitórax derecho con limitación de la movilidad del brazo derecho, escalofríos y fiebre de hasta 39 °C. No refería ningún antecedente traumático. Era ex-fumador, presentaba hipertensión arterial y síndrome de Nelson. Seguía tratamiento hormonal sustitutivo con hidraltesona, fludrocortisona, levotiroxina y testosterona, junto a cabergolina, y temozolamida (tratamiento compasivo tras ser tratado previamente sin éxito con cirugía y radioterapia hipofisaria). Presentaba parálisis de III y IV par craneales derechos (secuela de cirugía transesfenoidal previa), temperatura axilar de 38 °C y una masa de 4 cm de diámetro en cara anterior de hemitórax derecho, que limitaba la movilidad activa del brazo derecho. La analítica practicada no mostraba otros datos de interés a añadir

a, un recuento de leucocitos de 5.400 mm³ (neutrófilos; 4.000; linfocitos: 500), velocidad de sedimentación globular de 120 mm y proteína C reactiva de 12,8 mg/dl. La serología al virus de inmunodeficiencia humana fue negativa. La tomografía axial computarizada (TAC) del tórax mostró un aumento de partes blandas en cara anterior de hemitórax derecho, con una zona hipodensa sugestiva de absceso en el pectoral mayor derecho (fig. 1). El absceso fue drenado percutáneamente obteniéndose 50 ml de exudado purulento. Las tinciones de la muestra mostraron bacilos Gram positivos ramificados, sugiriendo *Nocardia* spp. A las 72 h de la incubación en atmósfera de CO₂ al 5%, se obtuvo crecimiento en las placas de Agar sangre y Agar chocolate de varias colonias de color blanquecino con aspecto de tiza y olor característico a bodega cuya identificación realizada mediante espectrometría de masas correspondía a *Nocardia nova* (*N. nova*). Se efectuó TAC craneal y de abdomen, así como broncoscopia con lavado broncoal-



Figura 1 Corte transversal de tomografía axial computarizada en el que se aprecia masa abscesificada (flechas blancas) en músculo pectoral derecho previo al drenaje percutáneo.

veolar y broncoaspirado bronquial sin objetivar afectación por *N. nova*. Se inició tratamiento empírico en base al perfil de sensibilidad reportado en estudios previos³, con imipenem, amikacina y cotrimoxazol (2 semanas de tratamiento endovenoso). El antibiograma realizado mediante E-test (criterios del *Clinical and Laboratory Standards Institute*, M24-A) fue: a) resistencia a amoxicilina/clavulánico, ceftriaxona, moxifloxacino, ciprofloxacino, cotrimoxazol, tetraciclina y tobramicina; b) sensibilidad a imipenem, linezolid, amikacina y claritromicina, y c) sensibilidad intermedia a gentamicina. El paciente completó 4 semanas adicionales con linezolid 600 mg vo/12 h con resolución completa.

En las series de pacientes con nocardiosis cutánea primaria, forma clínica que presentaba nuestra paciente, el agente etiológico más frecuente es *Nocardia brasiliensis* (más del 80%) y en la práctica totalidad de los casos suele haber un antecedente traumático^{2,6}. En nuestro paciente sin embargo, no se objetivó antecedente traumático y se aisló *N. nova*. El único factor potencialmente patogénico implicado fue la inmunosupresión.

Las diferentes especies del género *Nocardia* spp. presentan distintos patrones de susceptibilidad antibiótica, con aumento progresivo en las últimas series de la resistencia a cotrimoxazol²⁻⁴. *N. nova* representa en torno al 28% del total del total de aislamientos de *Nocardia* spp.⁷, siendo resistente a cotrimoxazol en más de la mitad de los casos³. Series recientes⁴, describen que los únicos antibióticos activos frente a todos los aislamientos de las diferentes especies de *Nocardia* spp. fueron linezolid y amikacina, dato de gran interés a la hora de decidir un régimen antibiótico empírico.

El paciente presentado ilustra el gran papel, de indudable interés clínico, que pueden jugar las nuevas técnicas moleculares de diagnóstico microbiológico y, entre ellas, MALDI-TOFF, ya que pueden identificar a una amplia gama de microorganismos en pocas horas y facilitar la instauración de mejores tratamientos antibióticos al ajustarse al perfil de sensibilidad esperado para cada especie. Los estudios comparativos de identificación bacteriana entre métodos convencionales y MALDI-TOFF muestran una excelente correlación¹. En el caso de *Nocardia* spp., MALDI-TOFF permite la identificación a nivel de especie en un 88% de los casos en menos de una hora⁸.

Bibliografía

1. Ferreira L, Vega S, Sánchez Juanes F, González M, Herero A, Muniz MC, et al. Identificación bacteriana mediante espectrometría de masas *matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight*. Comparación con la metodología habitual en los laboratorios de microbiología clínica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:492-7.
2. Minero MV, Marín M, Cercenado E, Rabadán PM, Bouza E, Muñoz P. Nocardiosis at the turn of the century. *Medicine (Baltimore)*. 2009;88:250-61.
3. Brown-Elliott BA, Brown JM, Conville PS, Wallace Jr RJ. Clinical and laboratory features of the *Nocardia* spp. based on current molecular taxonomy. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19:259-82.
4. Uhde KB, Pathak S, McCullum Jr I, Jannat-Khan DP, Shadomy SV, Dykewicz CA, et al. Antimicrobial-resistant nocardia isolates, United States, 1995-2004. *Clin Infect Dis*. 2010;51:1445-8.
5. Larruskain J, Idígoras P, Marimón JM, Pérez-Trallero E. Susceptibility study of 186 *Nocardia* spp. isolates to 20 antimicrobial agents. *Antimicrob Agents Chemother*. 2011;14:2995-8.
6. Dodiuk-Gad R, Cohen E, Ziv M, Goldstein LH, Chazana B, Shafer J, et al. Cutaneous nocardiosis: report of two cases and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2010;49:1380-95.
7. Wauters G, Avesani V, Charlier J, Janssens M, Vanechoutte M, Delmee M. Distribution of nocardia species in clinical samples and their routine rapid identification in the laboratory. *J Clin Microbiol*. 2005;43:2624-8.
8. Verroken A, Janssens M, Berhin C, Bogaerts P, Huang TD, Wauters G, et al. Evaluation of matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry for identification of nocardia species. *J Clin Microbiol*. 2010;48:4015-21.

J.T. Algado^{a,*}, J. Ena^a y M. López-Perezagua^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josetomas.algado@gmail.com (J.T. Algado).

doi:10.1016/j.rce.2011.12.008

Tratamiento de la encefalopatía de Wernicke

Treatment of Wernicke encephalopathy

Sr. Director:

Recientemente Chamorro Fernández et al., han realizado una exhaustiva revisión sobre la encefalopatía de Wernicke (EW) en el paciente alcohólico¹, sobre la que quisiéramos matizar algunas de sus recomendaciones terapéuticas. Como bien señalan, no existen ensayos clínicos que avalen la dosis más adecuada de tiamina, vía o tiempo de administración, y recomiendan 200 mg por vía intravenosa 3 veces al día,

de acuerdo a las guías sobre el manejo de la EW de la Federación Europea de Sociedades de Neurología (EFNS)².

Sin embargo, existen muchos autores que recomiendan dosis mucho mayores³⁻⁵, al menos en alcohólicos. De hecho, también en las guías de la EW de la EFNS sugieren que en estos pacientes se pueden utilizar inicialmente dosis de 500 mg de tiamina 3 veces al día durante 2-3 días², aunque en el resto de pacientes el tratamiento con 600 mg/día sería suficiente. Estas megadosis de tiamina, que se utilizan de rutina en muchos centros, se justificarían por la experiencia de fracaso del tratamiento en algunos pacientes con las dosis menores, y su administración no implicaría un aumento significativo del coste, pudiendo evitar un grave daño neu-