

Abscesos de repetición en un trasplantado renal

José Luis del Pozo^a, Concepción Lecároz^a, Silvia Hernández^a, José Leiva^a y Belén Ballester^b

^aDepartamento de Microbiología y Parasitología Clínica. ^bDepartamento de Nefrología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Caso clínico

Varón de 35 años de edad portador de un segundo injerto renal desde hace 1 año y recibiendo tratamiento inmunosupresor, que presenta desde hace varios meses abscesos en región glútea izquierda que son drenados mediante punción, recidivando en todas las ocasiones; no presenta clínica sistémica. A la exploración física no se encuentran datos anómalos salvo enrojecimiento en región glútea izquierda con aumento de la consistencia a la palpación. En la ecografía de glúteo se detectó la presencia de dos colecciones hipocogénicas con bordes mal definidos localizadas en la porción medial y latero inferior del glúteo izquierdo. Se realizó punción de una de ellas obteniéndose una mínima cantidad de contenido espeso de aspecto pardo-rojizo. Se procedió a tinción de Gram (fig. 1) y a cultivo de la muestra (fig. 2).

Evolución

El paciente comenzó a recibir de forma empírica ofloxacina y amikacina por vía intravenosa, asociados a drenaje de los abscesos. Tras la identificación del microorganismo y obtención del antibiograma, se modificó la antibioterapia a trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas y ofloxacina 400 mg/día, ambos por vía oral. Se realizó radiografía de tórax y resonancia magnética (RM) cerebral resultando ambas normales. El tratamiento se mantuvo durante 1 año sin que los abscesos recidivasen, las dosis de inmunosupresores no fueron modificadas.

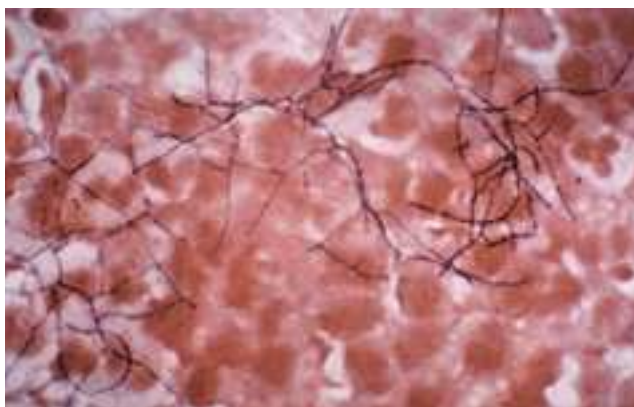


Figura 1.



Figura 2.

Correspondencia: Dr. J.L. del Pozo León.
Departamento de Microbiología y Parasitología Clínica.
Clínica Universitaria de Navarra. Avda de Pío XII 36.
31080 Pamplona. Navarra.

Manuscrito recibido el 28-7-1999; aceptado el 16-2-2000.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 73-74

Comentario

Nocardia spp. es un microorganismo habitual del suelo, no formando parte, en principio, de la microbiota normal humana. No se han encontrado reservorios animales de este microorganismo y tampoco ha sido descrito el contagio interhumano. Es un patógeno oportunista poco frecuente, de distribución mundial, que afecta primordialmente a pacientes inmunodeprimidos. Por todo ello el aislamiento en el hombre de *Nocardia* spp. a partir de cualquier tipo de muestra clínica debe sugerir la posibilidad de infección por este microorganismo (a pesar de que algunos autores han descrito casos de pacientes inmunosuprimidos con colonizaciones de la vía aérea superior por esta bacteria). La especie más frecuentemente aislada en clínica es *N. asteroides*, el segundo aislado más frecuente es *N. farcinica*^{1,2}. Al ser *Nocardia* spp. una bacteria intracelular facultativa, estas infecciones aparecen con más frecuencia en pacientes con defectos de la inmunidad celular^{3,4}. *Nocardia* spp. penetra en el organismo habitualmente por inhalación, produciendo así la enfermedad pulmonar primaria. Desde allí se extiende bien por contigüidad hacia pleura, pared costal y tejido celular subcutáneo o bien por vía hematógena hacia órganos distantes, siendo el tejido celular subcutáneo el punto de destino más frecuente de estas metástasis. Es rara la penetración a través del tracto gastrointestinal o la inoculación percutánea (micetoma). Hay que destacar que hasta en un 20% de la nocardiosis extrapulmonares no se encuentra la vía de entrada de esta bacteria.

En el caso que nos ocupa, encontramos una infección recidivante del tejido celular subcutáneo por *N. asteroides*, suponemos que los abscesos que presentó el paciente anteriormente estaban producidos por el mismo microorganismo a pesar de que no se realizaron cultivos. Los abscesos producidos por *Nocardia* spp. suelen ser colecciones supuradas de pared fina y con poca reacción granulomatosa o fibrosante alrededor y que tienden a la fistulización⁵ (aunque con menor frecuencia que *Actinomyces* spp.), habitualmente no son dolorosos. La clínica y el pronóstico de dichos abscesos van a depender fundamentalmente de la localización, variando desde un buen pronóstico (siguiendo el tratamiento adecuado) en los de localización subcutánea, hasta un pronóstico ignominioso a veces, en los localizados en el sistema nervioso central⁶. El diagnóstico es difícil, ya que no existe una presentación clínica típica de la nocardiosis³; además esta bacteria es de crecimiento lento por lo que su desarrollo en los medios de cultivo puede verse oscurecido por el de la microbiota comensal.

El interés de este caso radica en varios puntos: por una parte la aparente presentación como forma puramente

subcutánea (más típica de los pacientes inmunocompetentes)⁷, es importante recalcar que algunos autores recomiendan la búsqueda de posibles focos pulmonares (radiografía de tórax) y/o cerebrales (RM cerebral) en pacientes inmunodeprimidos, ya que en estos pacientes las formas subcutáneas pueden estar enmarcadas dentro de una nocardiosis sistémica⁷. Otro punto a destacar es el enfoque terapéutico de estas infecciones; es imprescindible la realización de un antibiograma para asegurar la eficacia del tratamiento (no siempre hay correlación *in vitro* - *in vivo*)¹. El tratamiento recomendado por la mayoría de los autores es trimetoprim-sulfametoxazol, junto con amikacina y/o imipenem si la inmunodepresión es grave o si hay afección del sistema nervioso central. Este tratamiento se administrará por vía parenteral durante el primer mes y tendrá una duración variable según la localización, siendo recomendable mantenerlo durante tres meses en el caso de las formas cutáneas y subcutáneas, seis meses en el caso de afección pulmonar y hasta 12 meses en los casos de afección del sistema nervioso central. Además los abscesos deben ser drenados si ello es posible. La duración del tratamiento en trasplantados sigue siendo controvertida, así como la modificación o no de las dosis de inmunosupresores³. En nuestro paciente se mantuvo el tratamiento durante 1 año, debido a su condición de inmunodeprimido, sin modificación de las dosis de inmunosupresores, observándose una buena evolución.

Como conclusión podemos señalar que *Nocardia* spp. es un agente a tener en cuenta en abscesos de etiología no filiada en los receptores de transplante renal, siendo necesario un cierto grado de sospecha para poder efectuar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Bani Sadr F, Hamidou M, Raffi F, Chamoux C, Caillon J, Frelaud C. Clinical and bacteriological aspects of nocardiosis. 9 cases. Presse Med 1995; 23: 1.062-1.066.
2. Schiff TA, McNeil MM, Brown JM. Cutaneous *Nocardia farcinica* infection in a nonimmunocompromised patient: case report and review. Clin Infect Dis 1993; 6: 750-760.
3. Nampoory MR, Khan ZU, Johny KV, Nessim J, Gupta RK, Al Muzairairi I, et al. Nocardiosis in renal transplant recipients in Kuwait. Nephrol Dial Transplant 1996; 6: 1.134-1.138.
4. Sánchez Muñoz-Torrero JF, Yñiguez TR, García Onieva E, Pascua FJ, Crespo L, Bacaicoa A, et al. Nocardiosis en pacientes con VIH en España. Rev Clin Esp 1995; 7: 468-472.
5. King CT, Chapman SW, Butkus DE. Recurrent nocardiosis in a renal transplant recipient. South Med J 1993; 2: 225-228.
6. Santamaria Saber LT, Figueiredo JF, Santos SB, Levy CE, Reis MA, Ferraz AS. Nocardia infection in renal transplant recipient: diagnostic and therapeutic considerations. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1993; 5: 417-421.
7. Marck Y, Meunier L, Pérez C, Meynadier J. Primary cutaneous *Nocardia asteroides* nocardiosis in an immunocompromised patient. Ann Dermatol Venereol 1995; 10: 675-677.