



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/399 - NOCARDIOSIS PULMONAR

R. Gómez Torrado^a, T. Ye^b, M. Muriedas Fernández-Palacios^c y D. Toledo García^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quinto. Sevilla. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, fumadora desde los 16 años, diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar el 6.3.18. Estadio IV con metástasis cerebral. Se administra primer ciclo de quimioterapia (cisplatino-pemetrexed) el día 4.5.18, no hacía profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol. Acude a nuestra consulta de atención primaria dos semanas después por clínica de tos persistente y dolor en hemitórax izquierdo. Tras auscultar a la paciente se solicita radiografía de tórax que se realiza en la misma mañana derivando a la paciente a urgencias hospitalarias tras valoración de la imagen. A su llegada a urgencias la paciente presenta fiebre de 38,4 °C como nuevo síntoma, se extrae analítica y se realiza toracocentesis diagnóstica, siendo ingresada finalmente en planta de oncología para antibioterapia intravenosa y evolución.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta presenta auscultación cardiorespiratoria con roncus dispersos sin más hallazgos, afebril. Radiografía con incremento de la masa parahiliar derecha con ocupación de la cisura, imagen de condensación en lóbulo superior izquierdo y derrame pleural izquierdo. Analítica de urgencias con glucosa de 367, PCR 331,5, Na 130, leucopenia de 1.910 (neutropenia de 1.400), hemoglobina 108, resto sin alteraciones. Estudio microbiológico de líquido pleural positivo para *Nocardia cyriacigeorgica* sensible a betalactámicos. En planta se solicita resonancia magnética craneal para valorar diseminación de la infección sin objetivar cambios en su patología de base y ausencia de abscesos.

Orientación diagnóstica: Infección pulmonar en paciente oncológico e inmunodeprimido tras comienzo de quimioterapia.

Diagnóstico diferencial: Metástasis pulmonares. Atelectasias pulmonares.

Comentario final: La inmunosupresión y las enfermedades pulmonares crónicas son factores predisponentes, pero aproximadamente la mitad de los pacientes no tiene enfermedades preexistentes. El cuadro típico es una neumonía, pero también son comunes las infecciones de la piel y del SNC; la diseminación hematógena puede afectar a casi cualquier órgano. Sin tratamiento, la nocardiosis pulmonar y la diseminada suelen ser letales. Entre los pacientes tratados con los antibióticos adecuados, la tasa de mortalidad es más alta (> 50%) en aquellos inmunocomprometidos con infección diseminada, y de aproximadamente 10% en los inmunocompetentes con lesiones restringidas a los pulmones. Se debe tratar con trimetoprim/sulfametoxazol durante varios meses.

Bibliografía

1. Pulmonary nocardiosis: risk factors, clinical features, diagnosis and prognosis, Curr Opin Pulm Med. 2008;14:219-27.

Palabras clave: Adenocarcinoma pulmonar. Inmunosupresión. Nocardiosis.