



# Infectio

## Asociación Colombiana de Infectología

[www.elsevier.es/infectio](http://www.elsevier.es/infectio)



### REPORTE DE CASO

## Meningoencefalitis por *Nocardia* spp.: Reporte de un caso y revisión de la literatura



Álvaro Ignacio Arango Duque<sup>a,\*</sup>, Paola Andrea Ortiz Salas<sup>b</sup>,  
Juan Mauricio Pardo Oviedo<sup>c</sup>, Andrés Mora<sup>d</sup> y Franco Ruales<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Infectología, Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Neurología, Universidad del Rosario, Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Medicina Interna, Cuidado Intensivo, Universidad del Rosario, Fundación Cardio Infantil, Mederi, Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Universidad Nacional, Bogotá, Colombia

<sup>e</sup> Radiología, Universidad del Rosario, Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia

Recibido el 17 de febrero de 2013; aceptado el 25 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 16 de abril de 2014

#### PALABRAS CLAVE

*Nocardia* spp.;  
Nocardiosis;  
Meningitis

**Resumen** La nocardiosis es una rara infección oportunista que afecta principalmente a pacientes con alteración de la inmunidad celular, como pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida o postrasplantes. El compromiso del sistema nervioso central es generalmente como absceso y menos frecuentemente como meningitis primaria. El presente artículo hace el reporte de un caso de meningitis primaria por *Nocardia* en paciente inmunocompetente y revisión de la literatura.

© 2013 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

*Nocardia* spp.;  
Nocardiosis;  
Meningitis

***Nocardia* spp. meningoencephalitis: A case report and literature review**

**Abstract** Nocardiosis is a rare opportunistic disease that affects mainly patients with deficient cell-mediated immunity, such as those with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or transplant recipients. The central nervous system presentation is as cerebral abscesses and less frequently, as primary meningitis. Here, a case of primary nocardia meningitis is described in a patient without a predisposing condition, along with a literature review.

© 2013 ACIN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [aarango@cardioinfantil.org](mailto:aarango@cardioinfantil.org) (Á.I. Arango Duque), [paolaandrea.ortiz@gmail.com](mailto:paolaandrea.ortiz@gmail.com) (P.A. Ortiz Salas), [juan.pardo@urosario.edu.co](mailto:juan.pardo@urosario.edu.co) (J.M. Pardo Oviedo), [afmorar@gmail.com](mailto:afmorar@gmail.com) (A. Mora), [francoruales1@hotmail.com](mailto:francoruales1@hotmail.com) (F. Ruales).

## Introducción

*Nocardia spp.* es una bacteria grampositiva ramificada, parcialmente ácido-alcohol resistente, con más de 50 especies que causan infección; usualmente es un patógeno oportunista que se encuentra en pacientes con enfermedades supurativas y granulomatosas<sup>1,2</sup>.

La nocardiosis es una infección localizada o diseminada, comprometiendo el pulmón en un 75% y el sistema nervioso central (SNC) en 25%, por diseminación hematogena. La presentación en SNC generalmente es absceso y muy rara vez meningitis primaria. La mayoría de casos de meningitis por *Nocardia spp.* son asociados con inmunosupresión, antecedente de trauma cráneo encefálico o procedimiento neuroquirúrgico<sup>3,4</sup>.

La presentación clínica puede ser aguda, subaguda o más frecuentemente crónica. Tiene una alta morbimortalidad y recurrencia. Los pacientes inmunocompetentes usualmente desarrollan lesiones cutáneas, como celulitis, abscesos o formas esporotricoides<sup>5</sup>.

Presentamos el reporte de caso de un paciente inmunocompetente con meningitis primaria por *Nocardia spp.*

## Reporte de caso

Paciente masculino de 72 años, con antecedente de hipertensión arterial y dislipidemia, consulta a un centro de salud por presentar lesiones de aspecto vesicular sobre hemitórax derecho asociadas a fiebre, lo cual fue interpretado como herpes zóster y recibió manejo con aciclovir por 5 días. Durante este tiempo persiste febril y progresivamente presentó alteración del estado y contenido de conciencia, por lo que fue llevado a un hospital donde realizaron punción lumbar, con resultado anormal (tabla 1-A), por lo que se consideró meningoencefalitis bacteriana y se inició ceftriaxona, ampicilina y oxacilina. Sin embargo, dada la persistencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se escalonó antibiótico a vancomicina, cefepime y aciclovir intravenoso.

Se realizó punción lumbar de control al día 12 de tratamiento, con los hallazgos descritos en la tabla 1-B. Adenosina deaminasa (ADA) en 6,9 y ELISA para VIH,

negativo. Permaneció hospitalizado por 37 días y dieron egreso. Tres días después presentó somnolencia, desorientación y alucinaciones visuales y consultó a nuestra institución. Al ingreso, somnoliento, desorientado y con lesiones subdérmicas en piel de consistencia blanda no adherida a planos profundos y dolorosas a la palpación, localizadas en extremidades. Se realizó escanografía cerebral simple que documenta leucomalacia en región cerebelosa derecha (fig. 1A), sin lesiones ni masas extraaxiales agudas (fig. 1B).

Se solicitó IgG antiviral de Epstein Barr, negativo; LDH 135 u/l; fosfatasa alcalina 72; IgM antiviral herpes tipo 1, negativo; IgM virus herpes tipo 2, negativo; IgM virus varicela zóster, negativo; hemocultivos negativos (a las 72 h), líquido cefalorraquídeo (LCR) pleocitosis con predominio de neutrófilos (tabla 1-C) y cuadro hemático que mostraba leucocitosis con neutrofilia; se inició manejo antibiótico con vancomicina y meropenem pensando en meningoencefalitis bacteriana.

El paciente continuó con deterioro neurológico e insaturación de respuesta inflamatoria sistémica. Se adicionó al manejo anfotericina B + ganciclovir + tetraconjugado para tuberculosis por no mejoría clínica. Se consideró falla terapéutica a vancomicina y meropenem, que se suspendieron, y se inició tigeciclina.

Se completó esquema de 21 días con tigeciclina; continuó manejo antimicótico y tetraconjugado para tuberculosis, pero sin mejoría clínica ni paraclínica. Se toman serologías para *Histoplasma capsulatum* y *Borrelia burgdorferi* que resultaron no reactivas. Presentó estatus convulsivo mioclónico generalizado, que requirió soporte ventilatorio y se inició meropenem más linezolid.

Permaneció 2 semanas en UCI, se estabilizó clínicamente, sin presentar nuevas crisis convulsivas y con mayor alertamiento. EEG con trazado de sueño anormal con escasos periodos de alertamiento, actividad lenta de baja y mediana amplitud asociada a encefalopatía de leve a moderada. A los 14 días de este último tratamiento antibiótico y completado el manejo con aciclovir y anfotericina B, presentó nuevamente deterioro del estado de conciencia, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó nueva punción lumbar donde se encontró deterioro de citoquímico de LCR (tabla 1-E).

Tabla 1 A-F: Líquido cefalorraquídeo

Característica	15/01/2011 A	27/01/2011 B	23/02/11 C	05/04/11 D	24/04/11 E	28/04/11 F
Aspecto	-	-	Claro	Claro	Turbio	Turbio
Color	-	-	Incoloro	Incoloro	Xantocrómico	Amarillo pálido
Leucocitos	127	240	45	28	2.360	2.975
Neutrófilos (%)	67	70	64	15	90	90
Linfocitos (%)	31	23	36	85	10	10
Proteínas (mg/dL)	52	84,5	180,6	106,7	262	185
Glucosa (mg/dL)	74	50	32	40,59	14,5	15,7
Eritrocitos (/mm <sup>3</sup> )	-	-	17	8	20	12
VDRL	-	-	No reactivo	No reactivo	No reactivo	No reactivo
Tinta china	-	-	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Latex para <i>Cryptococcus</i>	-	-	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
ADA	-	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Baciloscopia	-	-	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3403760>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3403760>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)