



Infectio

Asociación Colombiana de Infectología

www.elsevier.es/infectio



REPORTE DE CASO

Coinfección de tuberculosis pulmonar y nocardiosis pulmonar

José Antonio de Jesús Batún-Garrido^{a,*}, Nicolás Valencia-Serrano^b
y Éufrates Hernández-Núñez^a

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco, México

^b Departamento de Infectología, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco, México

Recibido el 27 de julio de 2015; aceptado el 23 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis pulmonar;
Nocardiosis pulmonar;
Coinfección

KEYWORDS

Pulmonary tuberculosis;
Pulmonary nocardiosis;
Coinfection

Resumen La coinfección entre *Mycobacterium tuberculosis* y *Nocardia* es poco frecuente, con una prevalencia entre el 1 y el 6%; es más frecuente en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Las manifestaciones clínicas y radiológicas de la nocardiosis y la tuberculosis pulmonar suelen ser muy similares, lo cual dificulta el diagnóstico y puede retrasar el tratamiento específico. Existen pocos casos reportados en la literatura. Se reportan 3 casos de pacientes que presentaron datos compatibles con tuberculosis pulmonar, por lo que se realizó tinción de Ziehl-Neelsen en esputo, y se reportan bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles con *Mycobacterium tuberculosis* y *Nocardia*, iniciándose tratamiento específico, con el cual presentaron mejoría clínica.

© 2016 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Co-infection of pulmonary tuberculosis and pulmonary nocardiosis

Abstract Coinfection with *Mycobacterium tuberculosis* and *Nocardia* is rare, with a prevalence between 1-6%, and is more frequent in patients infected with HIV. Clinical and radiological manifestations of nocardiosis and pulmonary tuberculosis are very similar, making difficult the diagnosis and delaying the specific treatment. There are few cases reported in the literature. We report 3 cases of patients who presented with pulmonary

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.bg1986@hotmail.com (J.A.J. Batún-Garrido).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.10.008>

0123-9392/© 2016 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

tuberculosis-compatible data, whose sputum Ziehl-Neelsen staining test revealed acid-fast bacilli compatible with *Mycobacterium tuberculosis* and *Nocardia*. Specific treatment resulted in clinical improvement.

© 2016 ACIN. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Nocardia spp. es un actinomiceto grampositivo aerobio ramificado, parcialmente ácido-alcohol resistente, produce infecciones localizadas o diseminadas y compromete el pulmón en el 75% de los casos. Afecta principalmente a pacientes con compromiso de la inmunidad celular o con enfermedad pulmonar crónica como tuberculosis o EPOC, sin embargo, aunque menos frecuente, también puede presentarse en pacientes inmunocompetentes^{1,2}.

El diagnóstico de la nocardiosis pulmonar consiste en el aislamiento de *Nocardia* sp. en el esputo, y el tratamiento consiste en la administración de trimetoprima (TMP) sulfametoxazol (SMX) durante 6 meses, existiendo cierto grado de resistencia².

La tuberculosis pulmonar es producida por *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), caracterizada por síntomas insidiosos e inespecíficos que pueden confundirse con otras entidades patológicas, provocando retraso en el diagnóstico y en el tratamiento³.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar y la nocardiosis pulmonar son diferentes, por lo que es esencial la correcta identificación del agente para evitar una terapia ineficaz⁴.

La coexistencia entre la nocardiosis y la tuberculosis pulmonar oscila entre el 1 y el 6%. Pocos informes de casos de infección concomitante han sido publicados.

Se exponen 3 casos de pacientes que presentaron nocardiosis pulmonar coexistente con tuberculosis pulmonar.

Caso 1

Hombre de 33 años de edad, exrecluso, inició su padecimiento 2 meses previos a su ingreso al presentar fiebre de 38 °C, tos productiva con esputo amarillento, dolor torácico, pérdida ponderal, diaforesis nocturna y malestar general. A la exploración física se encontró campos pulmonares con disminución de los ruidos respiratorios y las vibraciones vocales en hemitórax derecho, pectoriloquia áfona, matidez a la percusión; estaba taquicárdico y polipneico. Paraclínicos: Hb 9,6 g/dL; linfopenia $0,7 \times 10^3/\mu\text{L}$; trombocitopenia $121 \times 10^3/\mu\text{L}$; ELISA para VIH negativo. En la radiografía de tórax anteroposterior se observa imagen radiopaca heterogénea en lóbulo superior derecho e inferior izquierdo, patrón nodular, aumento de los espacios intercostales, vidrio deslustrado (fig. 1A). Se sospechó neumonía adquirida en la comunidad y se inició tratamiento con ceftriaxona un gramo iv cada 12 h. Se solicitó detección de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en esputo: se

reportaron abundantes estructuras filamentosas y ramificadas compatibles con *Nocardia* (fig. 1B flechas arriba) y bacilos compatibles con *M. tuberculosis* (fig. 1B flechas abajo), los cuales se corroboraron mediante cultivos positivos para *M. tuberculosis* (Löwenstein-Jensen) y *Nocardia* (agar chocolate). Se administró tratamiento con TMP SMX y DOTBAL (rifampizina, pirazinamida, etambutol, isoniazida). Persistió con fiebre y expresó paraparesia, por lo que se solicitó tomografía simple y contrastada de tórax en la cual se observó absceso paraespinal a nivel de las vértebras T11-T12, presencia de nódulos de Schmorl a nivel de las vértebras T6-T10 (fig. 1C flechas derecha), aplastamiento de T12 (fig. 1C flecha izquierda), derrame pleural derecho, imagen en árbol de gemación y vidrio deslustrado (fig. 1D). Se realizó el diagnóstico de enfermedad de Pott y se inició prednisona 1 mg/kg, con dosis de reducción semanal. Después de 2 semanas de tratamiento presentó mejoría clínica, con recuperación de la fuerza de las extremidades inferiores; se egresó y se realizó seguimiento en consulta externa. Cumplió con 6 meses de tratamiento a base de TMP SMX y DOTBAL, con resultados de BAAR en esputo negativos.

Caso 2

Paciente femenina de 23 años de edad, COMBE positivo (hermano). Inició su padecimiento una semana previa a su ingreso con tos con esputo amarillento, acompañada de disnea progresiva hasta pequeños esfuerzos, incremento de tos, acompañada con expectoración hemoptoica, diaforesis nocturna, pérdida de peso, sin fiebre, por lo que se hospitalizó. A la exploración física presentaba mal estado general, taquicardia, estaba polipneica, con maniobras de amplexión y amplexación disminuidas, disminución de los ruidos respiratorios subescapulares bilaterales, crépitos bilaterales, pectoriloquia áfona. Paraclínicos a su ingreso: leucocitos $33,2 \times 10^3/\mu\text{L}$; neutrófilos $29,8 \times 10^3/\mu\text{L}$; linfocitos $2,4 \times 10^3/\mu\text{L}$; Hb 10,4 g/dL; plaquetas $767 \times 10^3/\mu\text{L}$; PCR 15,2 mg/dl; ELISA para VIH negativo. En la radiografía de tórax se observó múltiples zonas cavitarias, zona de condensación basal izquierda, presencia de patrón reticulonodular (fig. 2A). Se inició cefalosporina de tercera generación. Se realizó tomografía axial computerizada de tórax en ventana para mediastino en la que se observó afectación del espacio intersticial de tipo reticulonodular con predominio izquierdo, cavernas en pulmón izquierdo de localización principalmente apical con probable fistula al espacio pleural y zona de condensación bilateral (fig. 2B). Se solicitó BAAR en esputo donde se observaron bacilos alcohol resistentes compatibles con *M. tuberculosis*, y estructuras filamentosas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8745880>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8745880>

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