



Cartas científicas

Absceso de psoas y cuello por *Nocardia farcinica*

Psoas and neck abscess by *Nocardia farcinica*



Si bien no es infrecuente diagnosticar infecciones por *Nocardia*, su especie *farcinica*, el comienzo del cuadro que se presenta, y su peculiar progresión en el organismo con el tratamiento consiguiente hacen del presente caso una circunstancia clínica especialmente inhabitual.

Varón de 78 años de edad, obeso, insuficiente renal, hipertenso y diabético descompensado. Ingresa con quebrantamiento general, fiebre de 40°C y severo dolor bajo fosa renal izquierda. Analítica con leucocitosis y neutrofilia, VSG de 122 mm y urinocultivo negativo. Las pruebas de imagen revelan absceso de psoas izquierdo (fig. 1), decidiéndose punción-drenaje bajo control ecográfico. Los cultivos de la colección identifican *Nocardia farcinica* sensible a aminoglucósidos y linezolid. Se inicia antibioterapia con este último a 600 mg/12 h IV.

En 48 h el paciente comienza con mialgia dorsolumbar homolateral irradiado cranealmente, imposibilitando la sedestación. Un estudio de RM detecta nuevo absceso sobre el anterior paraespinal izquierdo bajo el músculo dorsal ancho, coincidiendo con la punta del catéter. Retirado este, su cultivo aísla *Nocardia farcinica* y *Pseudomonas aeruginosa* sensible a quinolonas, asociando ciprofloxacino a 200 mg/12 h IV.

Subclínico y apirético durante 4 días, a la semana aparece abombamiento supraclavicular izquierdo indoloro, edema y tumefacción. Las imágenes de RM cervical identifican colección organizada bajo el trapecio con progresión a escalenos (fig. 1). La cervicotomía retira poca colección, pero obtiene 2 adenopatías reactivas de hasta 25 mm y fragmentos globulosos fibroconectivos, cuyo exudado identifica al microscopio estructuras cocobacilares Gram positivas y ácido-alcohol resistentes sin crecimiento en cultivos, pero congruentes a microscopía con nocardiosis. Se opta por tratamiento empírico con cotrimoxazol. La herida es revisada en quirófano varias veces para limpieza del lecho quirúrgico, prolongando su estancia hospitalaria 55 días. Al alta los 3 focos han desaparecido, manteniéndose cotrimoxazol 800/160 mg/12 h/3 meses.

La circulación linfática explica la progresión de colecciones abscesificadas en sentido caudocraneal. La linfangitis ascendente caracteriza a un limitado grupo de microorganismos, incluyendo nocardiosis, esporotricosis, micobacterias atípicas y actinomycosis¹.

Nocardia forma parte de la flora oral habitual, y crece en arenales, humedales y suelos potencialmente contaminantes, pudiendo adquirirse por inoculación directa cutánea o

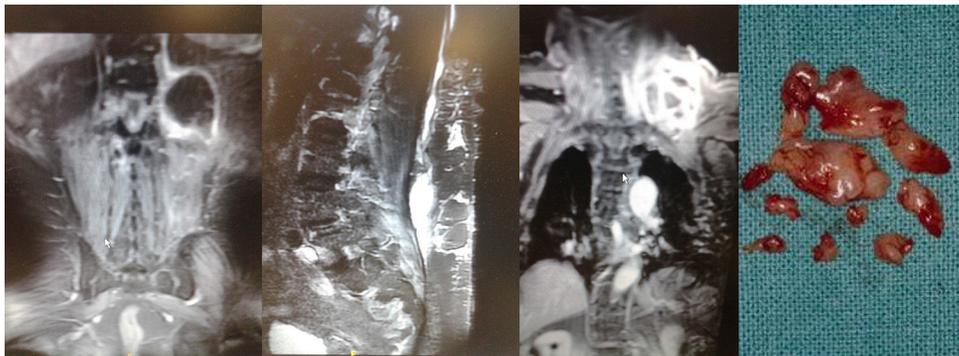


Figura 1 – Caracterización mediante RM de la progresión ascendente de la colección abscesificada por delante del músculo psoas izquierdo (estación 1) a nivel paraespinal superior (estación 2) y pretrapecial supraclavicular homolateral (estación 3), con aspecto de la muestra retirada.

inhalación^{2,3}. Hasta el 85% de los casos clínicos muestran afección concomitante y/o inmunodepresión —enfermedad pulmonar crónica, diabetes, cirrosis hepática, desórdenes autoinmunes, sida, sujetos oncológicos, trasplantados o tratados con glucocorticoides o inmunosupresores—⁴.

Su diseminación linfohematógena le permite alcanzar cualquier órgano, siendo su principal factor de virulencia la resistencia a la fagocitosis^{1,2}. La implantación traumática en tejido celular subcutáneo genera respuesta inflamatoria local con nódulos úlcero-necrosantes a distancia por efecto de sus endotoxinas.

Las formas clínicas más frecuentes son la pulmonar (50%), la cerebral (35-40%) y la cutánea (10-15%), por *Nocardia asteroides* y *brasiliensis*^{1,3}. Solo en las últimas décadas se comunican casos por especie *farinica*. El caso descrito no evidenciaba heridas desencadenantes ni infecciones contiguas a iliopsoas, aunque su comorbilidad potenciaría cualquier contaminación superficial. Parece claro que la infección paraespinal se debió a iatrogenia postevacuación.

La aparición retardada y focalizada en cuello obliga a pensar en un mecanismo de linfangitis ascendente. Ello supone el 25% de las linfangitis nodulares, clásicas de inoculaciones en miembros inferiores, pero extremadamente inusual en propagaciones únicas y a distancia²⁻⁴, aunque la reactividad ganglionar refuerza esta hipótesis. La vía hematológica no puede ser bien explicada sin fiebre ni enfermedad sistémica, que típicamente afecta a SNC, ojos y riñones².

El exudado de la exposición quirúrgica permite obtener muestras para aislamientos microbiológicos. *Nocardia* se sospechará en aerobiosis con tinción Gram positiva y ácido-alcohol resistente de grupos de bacterias ramificadas.

Este diagnóstico es definitivo con diversos cultivos (agar sangre, Sabouraud con dextrosa, Löwenstein-Jensen o Thayer-Martin), identificando colonias a 37 °C opacas, secas y tenuemente anaranjada. Los test de hidrólisis de caseína, xantina, hipoxantina y tirosina acaban de confirmar la especie *farinica*, cuya resistencia antibiótica resulta especialmente

llamativa. El tratamiento de elección sigue siendo las sulfamidas en pauta de 3 meses (6 para micetomas), siendo alternativas eficaces la amikacina, imipenem, meropenem y cefalosporinas de tercera generación. Linezolid constituye un buen agente de segunda línea para resistencias o alérgicos²⁻⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portolá O, Guitart R, Gómez F, Olona M, Vidal F, Castro A, et al. Epidemiología y manifestaciones clínicas de la infección por especies de *Nocardia* en Tarragona, 1997 a 2008: *Nocardia cyriacigeorgica* es un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27:585-8.
2. Valdezate S, Garrido N, Carrasco G, Medina-Pascual MJ, Villalón P, Navarro AM, et al. Epidemiology and susceptibility to antimicrobial agents of the main *Nocardia* species in Spain. *J Antimicrob Chemother*. 2017;72:754-61.
3. Torres OH, Domingo P, Pericas R, Boiron P, Montiel JA, Vázquez G. Infection caused by *Nocardia farinica*: Case report and review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19:205-12.
4. Kim YK, Sung H, Jung J, Yu SN, Lee JY, Kim SH, et al. Impact of immune status on the clinical characteristics and treatment outcomes of nocardiosis. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2016;85:482-7.

Javier García Callejo

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Correo electrónico: jgarciaall@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.07.005>
0009-739X/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.

Sarcoma de Ewing atípico: un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en los tumores del estroma gastrointestinal (GIST)[☆]

Ewing's Sarcoma: Differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumors (GIST)



Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes en el tracto digestivo. La mayoría poseen una mutación característica con ganancia de función del gen c-KIT, que codifica el receptor KIT (CD117)¹. La disponibilidad de un inhibidor para dicho receptor, mesilato de imatinib, tiene un papel importante

en el tratamiento quimioterápico de los GIST de alto riesgo, metastásicos y/o irreseables²⁻⁴. Para el diagnóstico anatómopatológico de los GIST se realizan tinciones inmunohistoquímicas. El 95% expresan CD117 y DOG1, además de otros marcadores como CD34 (60-70%), actina de músculo liso (15-60%), proteína S100 (10%) y desmina (rara vez)⁵. Sin

[☆] El caso clínico fue presentado como póster en el XXI Congreso Nacional de Cirugía celebrado en Málaga del 18 al 20 de octubre de 2017.