

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

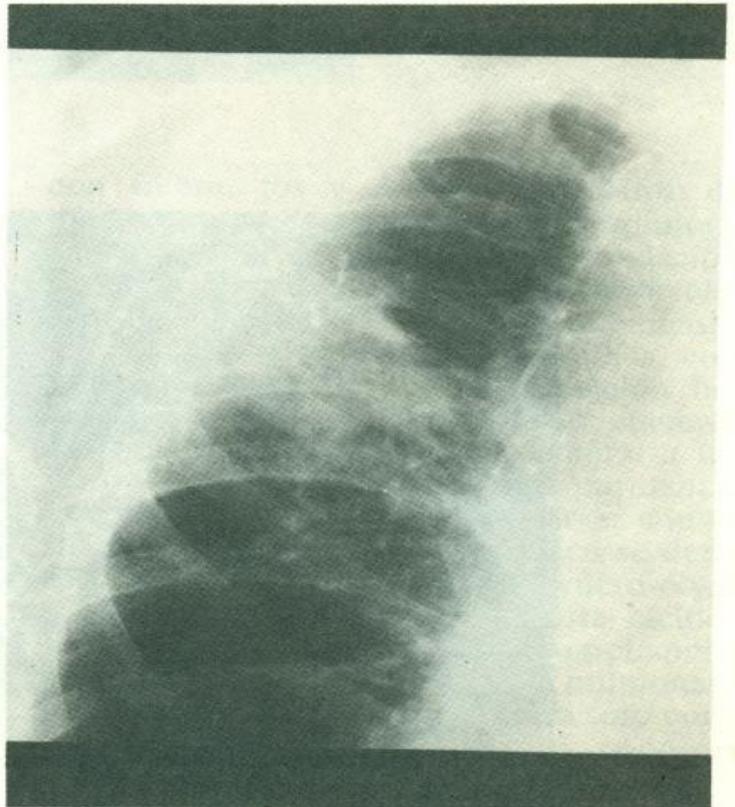
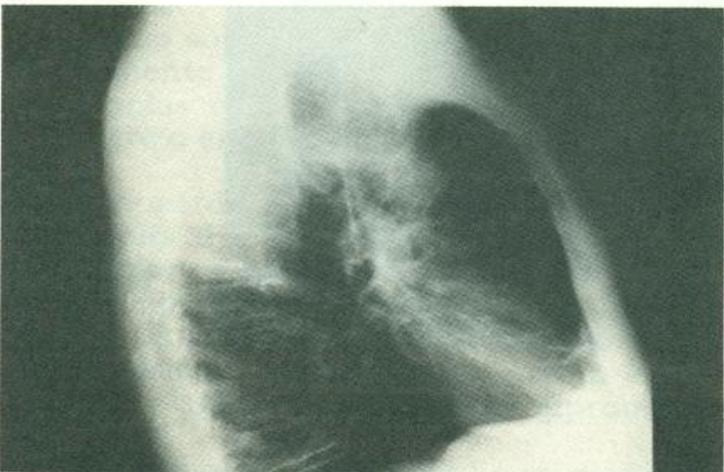
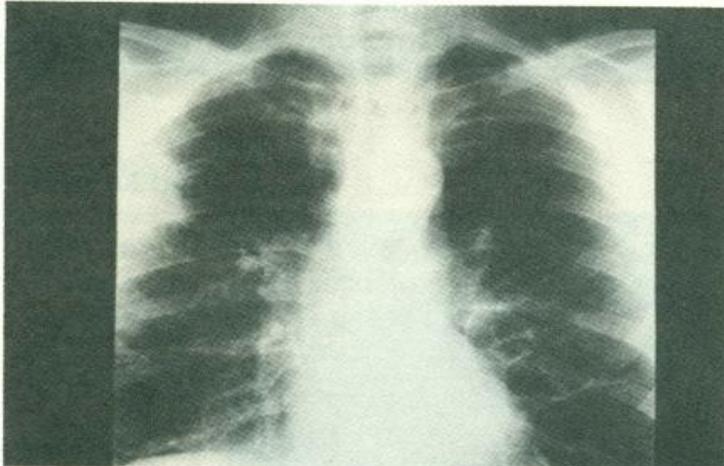
vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

* Dr. P. Barriga
** Dr. D. Oddó

CASO PROBLEMA

Hombre de 51 años, fumador exagerado con tos y expectoración crónicas. Desde hace más o menos tres meses presenta dolor permanente en hemitórax derecho a nivel de la línea axilar media. No acusa compromiso del estado general ni fiebre ni hemoptisis. En su examen físico no hay alteraciones de las partes blandas del tórax ni dolor a la palpación. Por la persistencia de sus síntomas se practicó el estudio radiológico que aparece en las figuras 1, 2 y 3.

¿Cuál es su diagnóstico?



* Depto. Radiología.

** Departamento Anatomía Patológica.
Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile.

RESPUESTA

a) Hallazgos radiológicos.

En el lóbulo superior derecho, en situación marginal y posterior se observa una sombra de bordes irregulares de densidad no homogénea, con áreas de menor densidad en su interior. No se observa compromiso de la parrilla costal.

b) Evolución y tratamiento

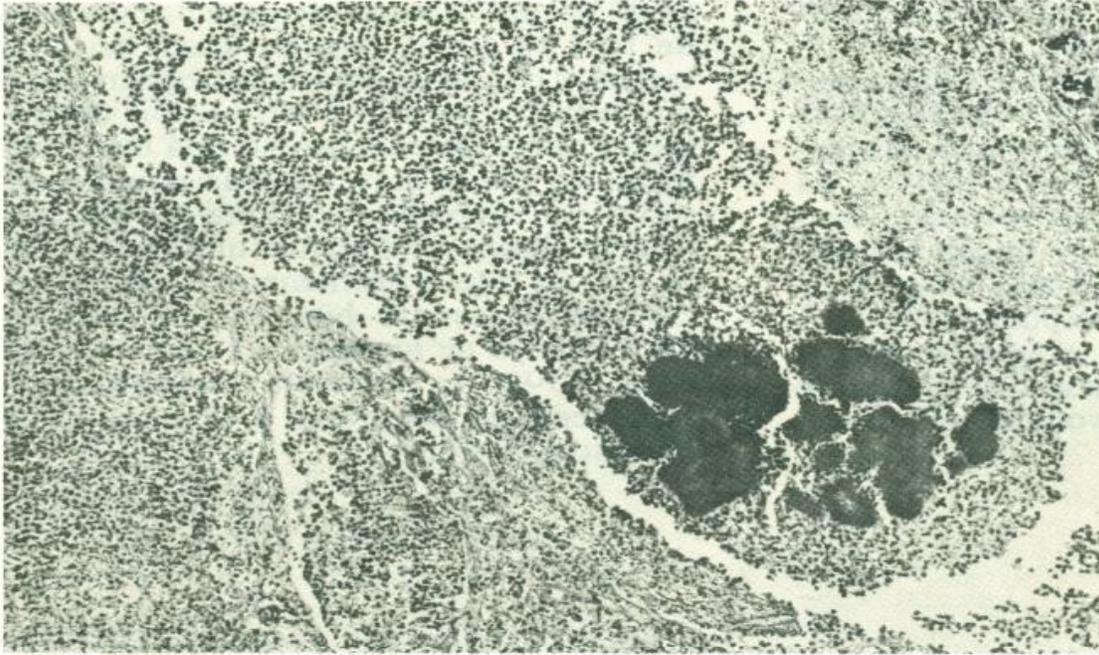
Se practicó una lobectomía superior derecha con vaciamiento ganglionar siendo la impresión diagnóstica del cirujano la de un carcinoma bronquial.

c) Anatomía Patológica

En el informe macroscópico se describe una pleura engrosada y al corte una masa blanquecina amarillenta mal delimitada de 10 x 6 x 9 cms, de ubicación subpleural y con focos necróticos.

En un foco supurado se encontraron varios gránulos constituidos por material amorfo y elementos bacterianos filamentosos de disposición radiada, de 10 a 50 u de longitud por 0.5 a 1 um de grosor, gram positivos, positivos para la impregnación argéntica de Gomori-Grocott y parcialmente ácido-alcohol resistentes con la tinción de Kinyoun (Figuras 4 y 5).





Diagnóstico:

Bronconeumonía crónica con focos supurados y abscesos con gránulos actinomicóticos del género *Nocardia*.

d) Comentario

La nocardiosis es una enfermedad bacteriana, producida por un actinomicete aeróbico, que forma hifas ramificadas, las que son débilmente gram (+) y parcialmente ácido-alcohol resistentes. Las colonias crecen en 2 a 5 días en agar sangre o en medio de Sabouraud.

La nocardia es un saprófito del suelo, de amplia distribución. La infección sólo se adquiere del ambiente (tierra, aire), pero no de personas o animales. Es dos a tres veces más frecuente en hombres, no tiene predisposición etaria pero sí afecta especialmente a pacientes inmunocomprometidos.

La neumonía por nocardia se presenta

con fiebre, tos y desgarro purulento de días a meses de evolución, que radiológicamente aparece como una consolidación sin distribución segmentaria reconocible. Con frecuencia, a pesar del tratamiento antibiótico, el cuadro se complica con abscesos pulmonares y diseminación hematogena al cerebro y tejidos subcutáneos. La ruptura de un absceso cerebral a los ventrículos provoca meningitis purulenta.

El germen es difícil de observar con la tinción de Gram y el diagnóstico se debe sospechar con el hallazgo de microorganismos ramificados, débilmente ácido-alcohol resistentes. Esto debe complementarse con el cultivo y la biopsia pulmonar. El cultivo se facilita si la muestra sólo contiene nocardias pero rinde muy poco en presencia de otros contaminantes. En la biopsia, el diagnóstico diferencial debe hacerse con gránulos actinomicóticos del género *actinomyces*, gránulos eumicóticos (producidos por hongos verdaderos) y gránulos botriomicóticos (producidos por bacterias usuales). El diagnóstico se facili-

ta enormemente con la impregnación argéntica de Gomori-Grocott.

El tratamiento de elección son las sulfas (p. ej. sulfadiazina 100 mg/Kg/día) dadas de modo de mantener una concentración plasmática de 10-15 mg^o/o. La sulfadiazina logra buena penetración tisular. Debe mantenerse muy buena hidratación y alcalinización urinaria para evitar así la cristalización. Después de 4 a 6 semanas de tratamiento, si la evolución es favorable, puede cambiarse a sulfisoxazole 60 mg/Kg/día (que provoca menos crista-

luria) la que debe mantenerse por un total de 12 a 18 meses. Algunos casos han sido tratados con éxito con trimetoprim-sulfametoxazole, pero la contribución del trimetoprim al tratamiento no está bien definida. En casos graves puede combinarse sulfas con ampicilina 150 mg/Kg/día. Los abscesos deben ser drenados quirúrgicamente. En un sujeto previamente sano, la nocardiosis pulmonar bien tratada cura en un 50-60^o/o de los casos; la cerebral sólo en un 13^o/o. La respuesta terapéutica, naturalmente es más pobre si se mantiene la inmunosupresión.

REFERENCIAS

- Fraser and Paré: Diagnosis of diseases of the chest. 2nd Edition W. B. Saunders Company. Vol 2: 801-804.
- Palmer DL et al: Diagnostic and therapeutic considerations in Nocardia asteroides infection. Medicine 53: 391, 1974.
- Bennett J. Nocardiosis. En Harrison's: Principles of Internal Medicine. Ninth Edition. Cap. 152. Pág. 735-736. 1980.