

Absceso cerebral por *Nocardia asteroides* en paciente trasplantado renal

M. Palomares, T. Martínez, J. Bravo, A. Osuna y C. Asensio

Servicio de Nefrología. Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves. Granada.

Señor director:

La infección por bacterias del género nocardia es rara en nuestro país y afecta preferentemente a pacientes inmunodeprimidos, en especial a los que presentan alteración en la inmunidad celular¹. Desde 1964 se describe su aparición en pacientes portadores de un injerto renal. Recientemente hemos tenido un paciente, trasplantado renal con un absceso cerebral por *Nocardia asteroides*, caso que describimos a continuación:

Varón de 59 años con insuficiencia renal crónica de etiología no filiada, en programa de diálisis peritoneal desde el año 1994. En 1996 recibe trasplante renal de cadáver, se realiza inducción con ciclosporina (8 mg/kg), esteroides (1 mg/kg) y linfoglobulina (10 mg/kg/7 dosis), con evolución satisfactoria inicial. Cinco meses postrasplante presenta una infección respiratoria con fiebre, tos poco productiva, disnea e intenso dolor pleurítico. La Rx tórax muestra un infiltrado intersticial perihilar e imagen nodular en lóbulo inferior derecho. Los cultivos realizados sólo son positivos a CMV, instaurándose tratamiento con ganciclovir y trimetopim sulfametoxazol (TMP-SMX) como profilaxis de *P. carinii*. Tras dos semanas de tratamiento, el paciente desarrolla una pancitopenia de origen farmacológico, y dada la mejoría clínico-radiológica, suspendemos la medicación. Quince días después presenta un cuadro de hemianopsia y disfasia; en el TAC realizado existe una lesión occipital izquierda, y siendo diagnosticado de accidente isquémico transitorio es dado de alta. Diez días más tarde desarrolla hemiparesia derecha, disfasia mixta y disminución del nivel de conciencia. Un nuevo TAC evidencia crecimiento de la antigua lesión occipital, con edema perilesional que colapsa ventrículo lateral. La RMN muestra un absceso, en cuya biopsia se aísla nocardia asteroides. Veinticuatro horas más tarde se extirpa el absceso en bloque, reinstauramos tratamiento con TMP-SMX y disminuimos en un 50% la dosis de ciclosporina. El paciente mantiene durante este tiempo normal la función del injerto y clínica-

mente queda como secuela una hemianopsia derecha.

Nocardia es una bacteria aerobia estricta, gram-positiva y débilmente ácido alcohol resistente; incluye tres especies patógenas para el hombre: *N. asteroides*, *N. brasiliensis* y *N. caviae*. Para muchos autores, las nocardiosis son infecciones oportunistas, que afectan casi exclusivamente a pacientes con defectos de la inmunidad celular y específicamente del sistema fagocítico-mononuclear. Forman parte de la microflora del suelo y penetran en el organismo por inhalación, originando una infección pulmonar que puede extenderse localmente o vía hematógena en un 50%, originando lesiones supuradas en otros órganos (cerebro [27%], piel [10%]) y con menos frecuencia en huesos, riñón, hígado, bazo, pericardio y endocardio^{2, 6}. En un 20% pueden encontrarse lesiones extrapulmonares aisladas sin puerta de entrada identificable. Algunos estudios han mostrado mayor incidencia de la enfermedad en trasplantados tratados con azatioprina y GAL⁴. Clínicamente los pacientes presentan fiebre, tos seca y dolor pleurítico desproporcionado para los cambios radiológicos^{3, 4}. La Rx de tórax muestra áreas de condensación nodulares que progresan a cavidades y formación de abscesos⁴. Es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento prolongado para evitar la aparición de metástasis a distancia, ya que la afectación cerebral conlleva una mortalidad elevada (mayor del 80%)^{1, 6}. En el caso presentado, la infección respiratoria (aunque sólo se aísla CMV en los cultivos) es posiblemente la manifestación inicial de la nocardiosis, y la retirada precoz del TMP-SMX hizo posible la diseminación del germen al SNC.

En la actualidad, el régimen antibiótico incluye TMP-SMX (a dosis de 100 mg/kg/d y 50 mg/kg/d, respectivamente), imipemen, amikacina o minociclina. La duración óptima del tratamiento es incierta, aunque todos los autores recomiendan un régimen prolongado (6-12 meses)^{4, 6} y escisión quirúrgica o drenaje de los abscesos⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Peabody JW, Seabury JH: Actinomycosis and nocardiosis. *Am J Med* 28: 99-115, 1980.

Correspondencia: Dra. Magdalena Palomares Bayo.
C/. Trajano, 8, 2º C.
18002 Granada.

2. Palmer DL, Harvey RL, Wheeler JK: Diagnostic and therapeutic considerations in nocardia steroides infection. *Medicine (Baltimore)* 53: 391-401, 1974.
3. Leaker B, Hellyar A, Neild GH y cols.: Nocardia infection in a renal transplant unit. *Transplant Proc* 21 (1): 103-104, 1989.
4. Pourmand G, Jazaeri SA, Mehrsai A y cols.: Nocardiosis: report of four cases in renal transplant recipients. *Transplant Proc* 27 (5): 2731-33, 1995.
5. Peral V, Alonso M, Rodríguez C y cols.: Systemic nocardiosis with cerebral abscess in a kidney transplant patients. *An Med Inter* 8 (4): 188-90, 1991.
6. Gutiérrez H, Salgado O, García R y cols.: Nocardiosis in renal transplant patients. *Transplant Proc* 26 (1): 341-2, 1994.
7. Hall WA, Martínez AJ, Drummer JS: Cerebral abscess by nocardia asteroides. *Surg Neurol* 28: 114, 1987.