

LINFANGITIS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN RELACIÓN CON NOCARDIOSIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Roberto Mon Fidalgo, Paloma Ortiz Pereira, Ana Isabel Simón Carrascal y María Sainz Valios (HUSO)

Introducción

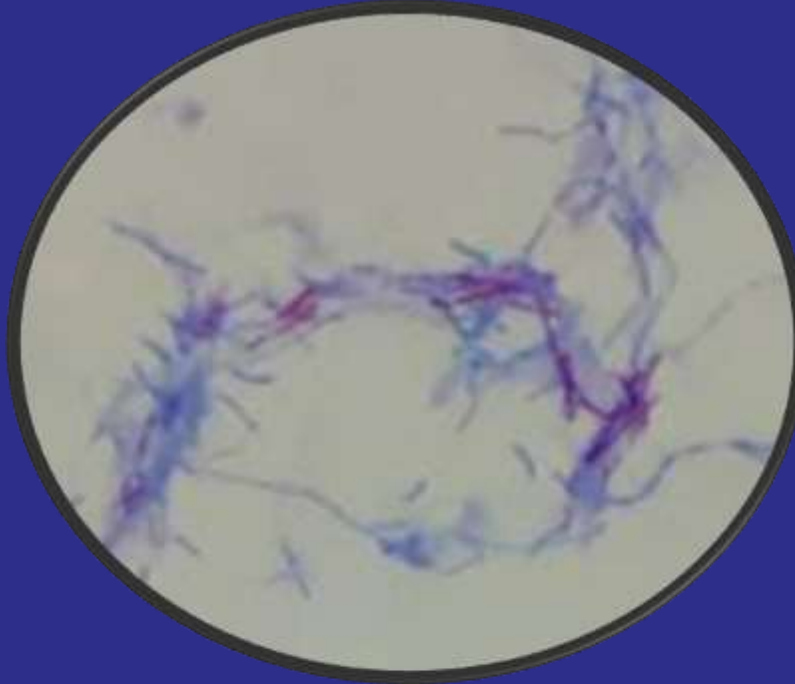
La linfangitis por Nocardia Brasiliensis es una patología poco común en nuestro medio, que requiere una alta sospecha clínica. La Nocardia Brasiliensis es un bacilo Gram-positiva, ramificado y aerobio que habita el suelo y la materia orgánica en descomposición. Las tres formas de presentación en inmunocompetentes son el actinomicetoma, la infección cutánea superficial y la infección linfocutánea, siendo el agente etiológico la N. Brasilienis en un 80% de los casos. Se adquiere en la mayoría de los casos por una inoculación traumática a través de la piel, presentándose en forma de lesiones nodulares, ulcerosas o pústulas satélites distribuidos a lo largo del trayecto linfático.

Objetivos

Revisión del caso clínico de una infección por Nocardia en miembro superior, sus posibles diagnósticos diferenciales, tratamiento y evolución

Métodos

- Se presenta el caso clínico de una paciente de 71 años, con único antecedente de mieloma múltiple en remisión completa, que acudió a Urgencias por dolor e inflamación en primer dedo de mano izquierda, tras lesión con cactus una semana antes, con mala evolución a pesar de tratamiento con Amoxicilina.
- Presentaba tumefacción, edema y colección subcutánea en borde cubital de primer dedo, con eritema periungueal y posible puerta de entrada a nivel distal. Además, presentaba celulitis en antebrazo hasta flexura de codo, palpándose cordón indurado y eritematoso a ese nivel.
- El ECO DOPPLER mostró hallazgos sugerentes de celulitis.
- Se realizó drenaje quirúrgico y toma de muestras de primer dedo, sin hallazgos de tenosinovitis ni cuerpos extraños.
- Se comenzó antibioterapia intravenosa empírica con Vancomicina y Cloxacilina.
- En los días siguientes presentó empeoramiento con extensión de celulitis, aumento de reactantes de fase aguda y presencia de posible linfangitis.
- Se plantearon diagnósticos diferenciales entre celulitis y linfangitis por hongo (Sporothrix) o bacteria (Nocardia). Se instauró tratamiento con Ceftriaxona, Clindamicina e Itraconazol.
- Se objetivó progresión en pocas horas, con aparición de pústulas sobre cordón linfático de antebrazo. Ante estos hallazgos se tomaron muestras para cultivo de forma percutánea de las lesiones.



Resultados

- Se obtuvieron cultivos intraoperatorios y de abscesos cutáneos positivos para Nocardia Brasiliensis, comenzando tratamiento dirigido con Trimetropim-Sulfametoxazol.
- Se realizó radiografía de tórax y TAC de cerebral sin objetivar alteraciones significativas.
- La paciente recibió el alta a los 13 días del ingreso, con buena evolución de heridas y reactantes de fase aguda controlados, con tratamiento de Trimetoprim-Sulfametoxazol 12 semanas.
- Actualmente se encuentra asintomática con resolución total del cuadro clínico, en seguimiento en consultas externas.

Conclusiones

- La linfangitis nodular tiene síntomas y signos clínicos específicos. Una historia clínica detallada, acompañada de identificación microbiológica en la biopsia cutánea y exudación, permite un tratamiento dirigido.
- Se requiere de un diagnóstico diferencial con otras causas de linfangitis cutánea, principalmente con la esporotricosis linfocutánea.
- Es necesario realizar un estudio de extensión cerebral y pulmonar, debido a sus diferentes formas de presentación clínica. Es frecuente que la Nocardiosis se presente como neumonía necrotizante con abscesos pulmonares y cerebrales.
- El Trimetoprim-sulfametoxazol es el antibiótico de elección.
- Las formas linfocutáneas pueden beneficiarse de un drenaje y lavado quirúrgico de las colecciones o abscesos.