



## Nocardiosis pulmonar: ¿Es la nocardia un saprofito?

**Sr. Director:** Las nocardias son bacterias *Nocardiaceae* con características comunes a micobacterias, actinomicetos y corynebacterium ácido-alcohol resistentes, AAR+), comprendiendo tres especies patógenas para el hombre: *N. asteroides*, *N. brasiliensis* y *N. caviae*. La primera da lugar a infección pulmonar y sistémica, mientras que las segundas dan lugar a infección localizada, micetoma<sup>1</sup>.

La incidencia de la enfermedad es desconocida en nuestro país. En USA se ha cifrado en 500-1.000 nuevos casos por año<sup>2</sup>. Afecta sobre todo a pacientes inmunodeprimidos, con enfermedades colágeno-vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), otras infecciones crónicas y alcoholismo<sup>3,4</sup>. La prevalencia de la infección en pacientes sin factores de riesgo puede ser cercana al 25 %<sup>1</sup>. La incidencia es alta en trasplantados renales y en tratados con glucocorticoides<sup>5,6</sup>.

Presentamos un caso de tuberculosis pulmonar con cultivo positivo para nocardia y se discute su participación en la enfermedad. Se trata de un paciente varón de 57 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada en 1971, con disnea y procesos bronquiales de repetición desde hace 16 años, no fuma, no toma alcohol ni esteroides. Ingresó en diciembre de 1986 por hemoptisis de siete meses de evolución y disnea. En la exploración física resaltaba: adenopatía indolora y libre en fosa supraclavicular izquierda, estertores secos en vértice derecho y crepitantes en vértice izquierdo. Bioquímica, series hematológicas y enzima convertidora de angiotensina normales. Gases arteriales: alcalosis respiratoria con hipoxemia y normocapnia. PPD menor de 10 mm a las 48 horas. Baciloscopias de esputo y aspirado bronquial negativos. Cultivo de Löwenstein negativo. *Nocardia asteroides* en aspirado bronquial y esputo. En la radiología, se apreciaba fibrosis de ambos lóbulos superiores con retracción mediastínica. Espirometría forzada: FVC 60 %, FEV<sub>1</sub> 72 %. Broncoscopia: no se observó punto sangrante definido, signos endoscópicos de bronconeumopatía crónica. En biopsia de adenopatía granulomas epitelioides no caseificantes, sin gérmenes AAR. Se inició tratamiento con cotrimoxazol a dosis de 480/2.400 mg/día.

En el seguimiento no se ha objetivado cambio radiológico, habiéndose negativizado el cultivo, persistiendo hemoptisis y disnea.

El hallazgo de *N. asteroides* en esputo plantea la posibilidad de que pueda ser un saprofito<sup>7</sup>. En nuestro caso, la persistencia de la imagen radiológica sin modificar, tras negativizarse el cultivo con tres meses de cotrimoxazol, apoya esta hipótesis<sup>8</sup>. Young et al, encontraron nueve pacientes con *Nocardia sp.* en esputo con resolución espontánea sin tratamiento<sup>9</sup>. Sin embargo, se ha propuesto que pueda ser una forma asintomática de la enfermedad y que cultivo positivo en esputo para *Nocardia sp.* representa infección real y no sólo colonización o saprofitismo<sup>10</sup>. Esta eventualidad tiende a ocurrir en pacientes con mayor edad, con menor incidencia de factores predisponentes y con mortalidad muy baja<sup>4</sup>.

Sugerimos que *N. asteroides* puede ser un saprofito en pacientes inmunocompetentes, con EPOC y en fibrosis pulmonar postinflamatoria.

J.L. Alonso Martínez, G. Tiberio López,  
A.L. Samperiz Legarre y F. Escolar Castellón  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

## BIBLIOGRAFIA

1. Palmer DL, Harvey RL, Wheeler JK. Diagnostic and therapeutic considerations in *Nocardia asteroides* infection. *Medicine* 1974; 53:391-401.
2. Beaman BL, Burnside J, Edwards B et al. Nocardial infections in the United States, 1972-1974. *J Infect Dis* 1976; 134:286-289.
3. Curry WA. Human nocardiosis: a clinical review with selected cases reports. *Arch Intern Med* 1980; 140:818-826.
4. Frazier AR, Rosenow EC III, Roberts GD. Nocardiosis: a review of 25 cases occurring during 24 months. *Mayo Clin Proc* 1975; 50:657-663.
5. Stevens DA, Pier AC, Beaman BL et al. Laboratory evaluation of an outbreak of nocardiosis in immunocompromised hosts. *Am J Med* 1981; 71:928-934.
6. Cervantes Ruipérez A, Marín Pardo R. Nocardiosis pulmonar. A propósito de un caso. *Med Clin* 1985; 84:796-797.
7. Hosty TS, McDermont C, Ajello L et al. Prevalence of *Nocardia asteroides* in sputum examined by a tuberculosis diagnostic laboratory. *J Lab Clin Med* 1961; 58:107-114.
8. Smego RA, Moeller MB, Gallis HA. Trimethoprim-sulfamethoxazole therapy for nocardia infections. *Arch Intern Med* 1983; 143:711-718.
9. Young LS, Armstrong D, Blevins A. *Nocardia asteroides* infection complicating neoplastic disease. *Am J Med* 1971; 50:269-276.
10. Neu HC, Silva M, Hazen E et al. Necrotizing nocardial pneumonitis. *Ann Intern Med* 1967; 66:274-284.

## Nula respuesta al tratamiento con antiestrógenos en la afectación pulmonar por esclerosis tuberosa

**Sr. Director:** En relación a mi trabajo «Neumotórax espontáneo y esclerosis tuberosa» publicado en esa revista (*Arch Bronconeumol* 1987; 23:78-80), la paciente que se cita fue sometida a tratamiento con antiestrógenos (Tamoxifen) a razón de 20 mg/día. Para observar al año la evolución de su problema pulmonar, problema que se objetivó anatomopatológicamente como: áreas de enfisema de predominio intersticial con bullas tipo I y ampollas "blebs" subpleurales con hipertrofia de fibras musculares lisas en paredes de bullas capilares y linfáticas, y cuya traducción funcional respiratoria era: FVC 1.390 (52 %), FEV<sub>1</sub> 640, FEV<sub>1</sub>-FVC 46 (61,2 %), RV 3.570, TLC 4.860 (135 %) y RV-TLC 73 %, con gases arteriales basales de pH 7,42, PO<sub>2</sub> 41, PCO<sub>2</sub> 32.

Al cabo del año de tratamiento con tamoxifen, se evidenció en la espirometría: FVC 920 (35 %), FEV<sub>1</sub> 440 y FEV<sub>1</sub>-FVC 48 (64 %) y en la gasometría arterial con 26 % de FiO<sub>2</sub>, pH 7,36, pO<sub>2</sub> 41, PCO<sub>2</sub> 44, todo lo cual demuestra un serio deterioro funcional. El tratamiento con teofilina, betadrenérgicos y oxígeno fue mantenido durante el año citado.

El interés de frenar el estímulo hormonal estrogénico sobre la proliferación hamartomatosa de músculo liso, base de la afectación anatomopatológica, es analizado en recientes trabajos con resultados dispares, aunque se acepta unánimemente que teniendo o no detectados receptores estrogénicos en muestras de tejido afecto, el tratamiento antiestrogénico es necesario sugiriendo algunos, como Banner<sup>1</sup> que la ooforectomía estará en segunda opción si se responde aunque sea mínimamente, al tamoxifen o progesterona. El hecho de