



# Endocarditis por *Nocardia* asociada a cable de marcapasos: Reporte de un caso

Ciotti G<sup>1</sup>, Tomaz A<sup>1</sup>, Buceta B<sup>1</sup>, Calvo Zarlenga M<sup>1</sup>, García Olveira L<sup>1</sup>, Baez J<sup>1</sup>, Fiori M<sup>1</sup>, Pérez C<sup>1</sup>, De Rosa J<sup>1</sup>, Cuitiño M<sup>2</sup>, García Rubio C<sup>2</sup>, Giammaria M<sup>3</sup>, Campana J<sup>3</sup>, Machain M<sup>4</sup>, Pagola MA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Clínica Médica; <sup>2</sup>Servicio de Infectología; <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, Clínica La Pequeña Familia – Junín

<sup>4</sup>Servicio de Microbiología, Hospital de Junín; <sup>5</sup>Servicio de Infectología, Hospital de Chacabuco

## OBJETIVO

Las infecciones por *Nocardia spp* se presentan frecuentemente en pacientes inmunocomprometidos con déficit de la inmunidad celular. Las vías de infección son inhalatoria y transcutánea. La nocardiosis puede afectar diferentes sitios: como pulmones, piel, sistema nervioso central, entre otros. El compromiso cardiovascular es muy poco frecuente, pudiendo infectar catéteres y válvulas protésicas.

## DESCRIPCION

Masculino de 81 años hipertenso, con colocación de stent y marcapasos en 2011, y recambio del generador en 2015 por mal funcionamiento.

Comenzó 15 días previos a la internación con fiebre, escalofríos, tos con expectoración, siendo medicado en ambulatorio con amoxicilina por 7 días. Por persistencia de los síntomas se le roto a ceftriaxona durante 5 días, continuando con registros febriles. Debido a esto, fue internado en nuestra institución.

Al ingreso se encontraba febril, con rales crepitantes en pulmón izquierdo, sin soplos cardiacos ni lesiones cutáneas y sin relato de inmunocompromiso.

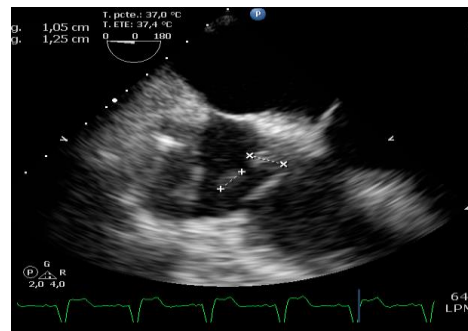
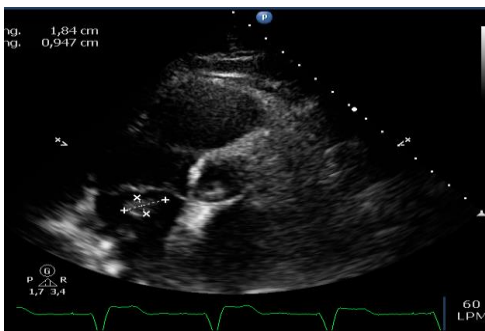
Laboratorio de ingreso: Hcto 42.4%, Hb 13.90 g/d, leucocitos 18100/mm<sup>3</sup> (PMN 86 %), creatinina 1.46 mg/dl, VSG 90 mm, TGO 178U/l, TGP 236 U/l, Fal 286 U/l, HIV negativo. Rx y TAC de tórax: área de vidrio esmerilado en lóbulo superior izquierdo. Se solicitaron hemocultivos y ecocardiograma visualizándose en cable de marcapasos vegetaciones móviles (24 mm x 12 mm) próximas a la válvula tricúspide.

Con presunción de foco endovascular asociado a marcapasos, con probable embolia pulmonar séptica, se inició tratamiento empírico con daptomicina y ceftriaxona, para cobertura de cocos Gram positivos. Los hemocultivos fueron negativos.

Se realizó extracción de marcapasos y colocación de otro epicárdico.

En el cultivo del cable se aisló *Nocardia spp*. Se rotó esquema a ceftriaxona y cotrimoxazol, cumpliendo seis semanas de tratamiento endovenoso, con buena evolución clínica. En búsqueda de foco oculto por *Nocardia spp*, se realizó TAC SNC siendo normal. TAC de tórax control con imagen nodular en lóbulo superior izquierdo (4 mm), de bordes irregulares, con infiltrado en vidrio esmerilado rodeando el nódulo y trazos fibrosos hasta pleura.

Se externó al paciente con tratamiento VO con cotrimoxazol, por imagen pulmonar, con buena evolución hasta la actualidad.



## CONCLUSIONES

Reportamos un caso de infección endovascular asociada a marcapasos por *Nocardia spp*. La infección por *Nocardia* suele presentarse en pacientes inmunocomprometidos, con déficit de la inmunidad celular. En este paciente fueron descartados infección por HIV, diabetes, enfermedad oncológica y corticoidoterapia previa. Debido a esto concluimos que el inmunocompromiso podría deberse al grupo etario. El compromiso endovascular por *Nocardia spp* es poco frecuente, pudiendo manifestarse como infección de válvula protésica, infección asociada a catéter y menos frecuente infección de válvula nativa. Es excepcional el compromiso de marcapasos por *Nocardia spp* como en nuestro caso. Encontramos en la literatura solo un reporte de infección por *Nocardia* en un desfibrilador.