



SESIÓN CLÍNICA 30/2019

SARAY SUÁREZ GARCÍA
ALBERTO MORÁN BLANCO

Caso clínico

- * Varón de 80 años.
- * Neumonía organizativa (esteroides desde hace 2 meses).
- * TEP secundario a TVP pierna dcha (hace un mes).
- * Adc próstata Gleason 8 (RT hace 6 años).
- * IQ: nefrectomía parcial por oncocitoma.

MOTIVO DE INGRESO

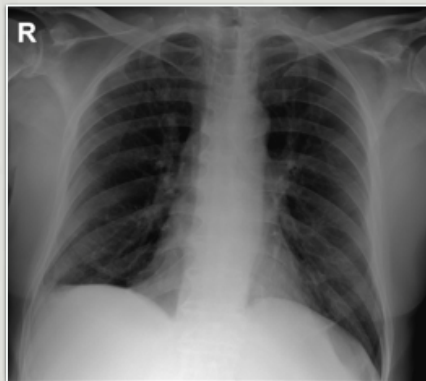
ABSCESO PANTORRILLA
PIERNA DCHA.



Se descartó TVP por Cirugía Vascular

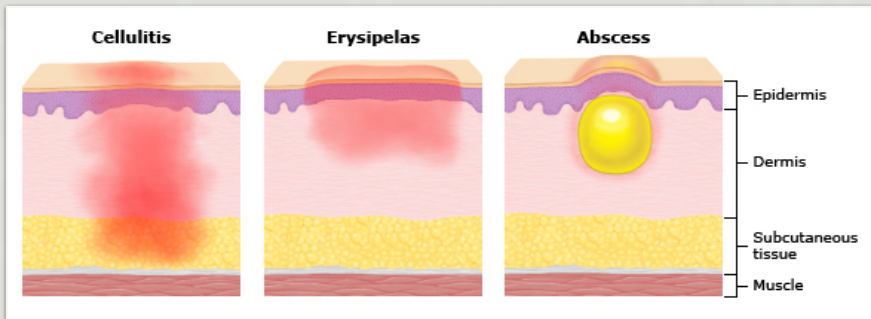
Caso clínico

- * Leucocitos 20900 (78 seg; 4 cay).
- * Hb 12,7 gr/dl.
- * INR 3.7.
- * VSG 28. PCR 51.
- * Fe 14, IST 9%, Ferritina 1083.



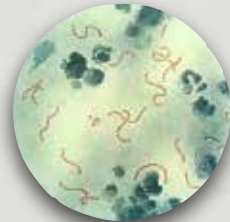
CELULITIS VS ABSCESO CUTÁNEO

Celulitis, erisipela y abscesos



Etiología: celulitis/erisipela

- * Streptococco beta hemolítico (grupos A, B, C, G y F):
 - * Streptococco pyogenes
- * Menos frecuente: Stafilococco aureus (incluso meticilin resistente).
- * Raramente: bacilos Gram negativos.



Etiología: abscesos cutáneos

- * *Stafilococco aureus* (incluso meticilin resistente): 75%.
- * Polimicrobiana.



Diagnóstico



Tratamiento

- * Antibióticos.
- * Drenaje quirúrgico:
 - * Absceso.
 - * Presenta drenaje de material purulento.

Tratamiento

- * Antibióticos vía oral si la infección es leve y vía parenteral si:
 - * Toxicidad sistémica ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$, hipotensión, taquicardia).
 - * Progresión rápida del eritema.
 - * Progresión después de 48 h de atb oral.
 - * No tolerar vía oral.
 - * Proximidad de prótesis articular o injerto vascular.

Tratamiento



- **Celulitis de cualquier localización en una persona sin enfermedad subyacente:** amoxicilina-clavulánico 875-125 mg/8 h, cefditoreno 400 mg/12 h, moxifloxacino 400 mg/día o clindamicina 300 mg/6 h, por vía oral (tratamiento domiciliario) o amoxicilina-clavulánico 1-2/0,2 g/6 h, cloxacilina 1-2 g/4 h o clindamicina 600 mg/6-8 h, por vía iv (pacientes hospitalizados). En alérgicos a los betalactámicos y en áreas donde la prevalencia de SARM sea $\geq 10\%$ de los aislados de *S. aureus*, puede emplearse una oxazolidinona (linezolid 600 mg/12 h, 10 días o tedizolid 200 mg/día oral, 6 días), daptomicina 6-8 mg/kg/día iv o dalbavancina 1 g iv seguido de 500 mg iv al cabo de 7 días o dosis única de 1.500 mg iv. La indicación de tratamiento activo frente a SARM es especialmente recomendable si la infección es grave o se acompaña de supuración.
- **Celulitis de cualquier localización en un paciente con enfermedad subyacente o inmunodepresión⁵¹ herida en contacto con agua⁵²:** cefotaxima 1-2 g/8 h iv o ceftriaxona 1-2 g/día iv asociadas a cloxacilina 2 g/4 h iv, linezolid 600 mg/12 h oral o iv, tedizolid 200 mg/día oral o iv, daptomicina 6-8 mg/kg/día iv o dalbavancina 1 g iv seguido de 500 mg iv al cabo de 7 días o 1.500 mg en una sola dosis.

NUESTRO CASO...

Evolución

- * Intervención por Traumatología, drenando absceso con contenido hematopurulento.
- * Tratado con amoxicilina-clavulánico.
- * Evolución favorable.
- * Y...



Evolución



- * A los 6 días aislamiento en Microbiología.

Tipo de Muestra ABS. PARTES BLANDAS	
H / LCR	-
TINCION DE GRAM	Bacilos Grampositivos Ramificados
CULTIVO	Positivo
BOTELLA PEDI-BACT	INST_POSITIVE
<i>Nocardia cyriacigeorgica</i>	
<i>N. cyriacigeorgica</i>	
Amoxi/Clav (E-Test)	8 S
Imipenem (E-Test)	0.75 S
Amikacina	0.50 S
Cotrimoxazol (E-Test)	0.023 S

ABSCESO CUTÁNEO

*Nocardia
cyriacigeorgica*



Aspectos a tener en cuenta...

- Bacteria filamentososa, grampositiva, aerobia. Crecimiento intracelular facultativo (puede tardar dos semanas). Ácido alcohol resistente débil.
- *N. cyriacigeorgica* : más frecuente en nuestro medio (25%).
- Transmisión: inhalación, ingesta o inoculación directa en piel.
- En más del 60% hay algún grado de inmunosupresión.
- Infección:
 - Pulmonar.
 - Cutánea.
 - Diseminada.
- A todo paciente con Nocardiosis extracerebral hay que hacer TAC y/o **RM** cerebral.
- Tratamiento: cotrimoxazol (TMP 10-15 mg/kg/día). Si inmunosupresión añadir (amikacina o cefalosporina 3ºG).
- La *N. cyriacigeorgica* a menudo es resistente a betalactámicos y quinolonas. El UpToDate dice que a la amoxicilina-clavulánico ?
- Duración: 12 meses si afectación SNC, infección diseminada o inmunosupresión. Sino 3 meses son suficientes en infección cutánea.