

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Médica / Medicina Intensiva

CAROLINE BASTOS CYRINO

Nocardiose Pulmonar: Uma Surpresa Microbiológica!

**Rio de Janeiro
2018**

CAROLINE BASTOS CYRINO

Nocardiose Pulmonar: Uma Surpresa Microbiológica!

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto
Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva como requisito parcial
para a conclusão do Curso de
Especialização em Medicina Intensiva

Orientador: André Gustavo Neves de
Albuquerque
Co-orientadora: Marianne Monteiro
Garrido

Rio de Janeiro
2018

NOCARDIOSE PULMONAR: UMA SURPRESA MICROBIOLÓGICA!

Introdução

Nocardia é um bastonete gram positivo (BGP), da ordem de actinomicetos e possui muitas espécies. Ocorre especialmente como infecção oportunista. Acomete principalmente o pulmão e pacientes imunocomprometidos. A nocardiose pulmonar possui uma alta taxa de mortalidade e a sua forma disseminada é potencialmente letal.

Entre os fatores de risco envolvidos estão: tumor maligno, síndrome da imunodeficiência adquirida, uso de corticosteroides e imunossupressores, diabetes mellitus e doenças pulmonares adjacentes como doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquiectasias.

Os sintomas que ocorrem na forma pulmonar, frequentemente são: tosse, escarro, dor torácica, febre, anorexia. Porém, há pacientes assintomáticos que somente apresentam alterações em exames complementares.

O diagnóstico pode ser feito por cultura do escarro, broncoscopia com lavado bronco-alveolar, hemocultura, aspiração por agulha fina guiada por método de imagem, cultura do líquido pleural, métodos de biologia molecular, entre outros. Exames de imagem também auxiliam no diagnóstico. Podem ser encontrados na tomografia computadorizada de tórax, alguns achados como: consolidação, nódulo, cavitação, podendo serem únicos ou múltiplos.

A terapia de escolha para Nocardia é sulfametoxazol com trimetropim. Podendo-se fazer também terapia dupla com amicacina e imipenem (ou meropenem) ou terapia tripla com sulfonamidas, amicacina e carbapenêmicos ou cefalosporina de terceira geração, em pacientes de alto risco.

Relato de Caso

Homem de 33 anos, com história de tuberculose pulmonar em 2012, posteriormente diagnosticado com tumor testicular tratado com orquiectomia + quimioterapia adjuvante, evolui com metástase pulmonar a esquerda que foi ressecada em abril de 2017.

Em maio do mesmo ano, retorna ao hospital com dor em flanco esquerdo, sendo visualizado imagem radiológica compatível com pneumonia, quando foi então iniciado amoxicilina com clavulanato de potássio, retornando 2 dias depois com febre, sendo mantido antibiótico (havia 24 horas do início).

Retorna em 5 dias depois com febre persistentemente diária + sudorese. Radiografia de tórax evidenciou melhora do padrão imagiológico e melhora laboratorial (queda da leucocitose e da PCR-t (proteína C reativa - titulada)). Com isso, mantido o mesmo antibiótico.

Após realizar 14 dias de amoxicilina com clavulanato de potássio, regressa sem melhora clínica. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou empiema pleural e pneumonia. Internado, drenado coleção via radiologia intervencionista e iniciado piperacilina com tazobactam intravenoso. Devido a drenagem ineficaz por radiointervenção, foi reabordado (toracotomia aberta), sendo lavada a cavidade. Foi encontrado em líquido pleural bactéria com morfologia de *Actinomyces* no gram. Iniciado penicilina cristalina para tratamento. Porém, 5 dias depois, o exame de espectrometria de massas MALDI-TOF (*Matrix Assisted Laser Desorption Ionization – Time of flight*) apresentou resultado compatível com *Nocardia*, o que torna necessária a troca do antibiótico para meropenem e sulfametoxazol com trimetropim. 5 dias depois, trocou-se para imipenem + sulfametoxazol com trimetropim. TC de tórax repetida e já não mostrava mais sinais de empiema, porém apresentou consolidação/destruição de parênquima pulmonar a esquerda. Após 15 dias do último esquema mencionado, trocado o antibiótico para moxifloxacino via oral para ser feito por mais 3-6 meses e concedido alta hospitalar com orientações quanto ao seguimento ambulatorial.

Conclusão

O achado na bacterioscopia de BGP leva ao diagnóstico diferencial de doença por micobactérias, *Actinomyces spp.* e *Nocardia*. São agentes de difícil crescimento e identificação pelos métodos convencionais. A grande semelhança morfológica pode levar ao tratamento incorreto. Esse caso mostra a importância dos exames de biologia molecular para o diagnóstico e terapia antimicrobiana adequada de algumas infecções relacionadas à assistência à saúde. No caso descrito, optou-se por fazer terapia combinada inicialmente já que o paciente foi considerado de alto risco e sabe-se que há uma mortalidade maior que 50% quando utilizado monoterapia. Além disso, já há relatos de sucesso com o uso de quinolona, portanto, escolhido para dar continuidade ao tratamento.

Referências Bibliográficas

OMASA, M., et al. Surgery of a nocardia lung abscess presenting as a tension pyopneumothorax. **Asian Cardiovascular & Thoracic Annals**, Kobe, v.25, n.4, 2017. Disponível em: < www.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2017.

SHARIFF, Malini; GUNASEKARAN, Jayanthi. Pulmonary Nocardiosis: Review of Cases and na Uptodate. **Canadian Respiratory Journal**, Delhi, 29 mar. 2016. Disponível em: < www.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2017.

TAKAHASHI, Koichiro, et al. Successful treatment of pulmonary nocardiosis with fluoroquinolone in bronchial asthma and bronchiectasis. **Respirology Case Reports**, Saga, 26 mar.2017. Disponível em: < www.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2017.

TAKIGUCHI, Yasuo, et al. Pulmonary Nocardiosis: A Clinical Analysis of 30 Cases. **Internal Medicine**, Chiba, 20 out. 2016. Disponível em: < www.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2017.