



## Secreción inapropiada de hormona antidiurética en la nocardiosis pulmonar

**Sr. Director:** El género *Nocardia* incluye varias especies que se han implicado en la infección humana<sup>1-3</sup>. Por su rareza, presentamos el caso de una paciente con infección pulmonar por *Nocardia asteroides* que desarrolló una hiponatremia grave por síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH).

Mujer de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tuberculosis pulmonar en la infancia, bronquiectasias y depresión. Acudió a nuestro centro por presentar en los 4 días previos disnea de pequeños esfuerzos, tos y expectoración amarillenta. En la exploración física estaba consciente y orientada, afebril y normotensa. La auscultación pulmonar mostraba sibilantes bilaterales. No había edemas y la exploración abdominal y la neurológica estaban dentro de la normalidad. En la gasometría arterial el pH era de 7,37, la presión arterial de oxígeno de 55 mmHg, la presión arterial de anhídrido carbónico de 45 mmHg y la saturación de oxígeno del 88%. El análisis de sangre mostraba leucocitosis (29.800 leucocitos/ $\mu$ l) con fórmula normal y sodio de 128 mEq/l; el resto de las determinaciones estaba dentro de los límites de referencia. La radiografía de tórax puso de manifiesto lesiones residuales de su antigua tuberculosis en el lóbulo superior derecho y un nuevo infiltrado pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1). En el esputo se aisló *N. asteroides* sensible a los antibióticos testados; el resto de las determinaciones microbiológicas fue negativo.

La paciente recibió, entre otros, tratamiento antibiótico (cotrimoxazol, imipenem, meropenem y aminoglicósidos). Se produjo una mejoría inicial, pero en los días siguientes presentó decaimiento e hiponatremia grave (sodio: 116 mEq/l) por SIADH (osmolalidad plasmática: 246 mOsm/kg; osmolalidad urinaria: 421 mOsm/kg; sodio urinario: 169 mEq/l). La tomografía axial computarizada (TAC) craneal no mostró hallazgos patológicos. Con restricción de líquidos y perfusión de suero salino hipertónico al 3%, mejoraron las cifras de sodio plasmático, pero a los 27 días de hospitalización la paciente presentó una parada cardiorrespiratoria que no respondió a las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

*N. asteroides* es un bacilo irregularmente grampositivo, ramificado y parcialmente ácido-alcohol resistente, inmóvil, no capsulado, aerobio estricto y productor de catalasa y superóxido dismutasa<sup>3</sup>. El 90% produce betalactamasas<sup>3</sup>. No forma parte de la flora comensal humana y suele constituir colonias con un olor característico a tierra mojada<sup>3</sup>.

**Fig. 1.** Radiografía posteroanterior de tórax, donde se observan lesiones residuales de antigua tuberculosis en el lóbulo superior derecho y un nuevo infiltrado pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo



La nocardiosis pulmonar se adquiere por inhalación y se comporta como una infección subaguda o crónica. En el 15-40% de los casos presenta diseminación hematogena preferentemente cerebral (abscesos cerebrales múltiples) y cutánea<sup>2,3</sup>. Su diagnóstico es difícil porque los síntomas suelen ser inespecíficos<sup>1,3</sup>. El 80-90% de los pacientes diagnosticados de nocardiosis pulmonar posee algún factor predisponente, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias o tuberculosis antigua, como sucedía en el caso de nuestra paciente. En este sentido, en un estudio de 129 muestras positivas para *Nocardia*, Ferrer et al<sup>4</sup> observaron que gran parte de los infectados padecía bronquiectasias y recibía tratamiento prolongado con corticoides. En los últimos años se ha apuntado un aumento de la prevalencia de la nocardiosis pulmonar, entre otras razones, por el aumento de la supervivencia de pacientes inmunodeprimidos. La mortalidad global puede ser elevada<sup>3</sup>.

El SIADH es una secreción mantenida e inapropiada de la hormona, en ausencia de estímulos osmóticos y no osmóticos y de cualquier otra causa de hiponatremia. Se excreta orina concentrada, a pesar de la hiposmolalidad existente en el plasma<sup>5</sup>. En el año 1999 Rámila et al<sup>6</sup> comunicaron el primer caso de una paciente con nocardiosis pulmonar que se manifestó con SIADH, con fatal desenlace a pesar del tratamiento. La TAC craneal y la autopsia pusieron de manifiesto abscesos cerebrales por *Nocardia*. En nuestro conocimiento, el actual es el segundo caso comunicado de SIADH en un paciente con nocardiosis pulmonar, aunque, a diferencia del anterior, en nuestro caso sin evidencia en

la TAC craneal de alteraciones en el sistema nervioso central.

**Gemma Mencía Sánchez<sup>a</sup>**  
**Francisco Carrión Valero<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Alergología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España

<sup>b</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España

1. Ferreres Franco J, Blanquer Olivas J, Dosdá Muñoz R, Carbonell Monleón N, Moreno Clari E, Pérez Sancho E. Síndrome de distrés respiratorio agudo provocado por nocardiosis pulmonar en un paciente con lupus eritematoso sistémico. Arch Bronconeumol. 2005;41:290-2.
2. Pintado V, Gómez-Mampaso E, Fortún J, Meseguer MA, Cobo J, Navas E, et al. Infection with *Nocardia* species: clinical spectrum of disease and species distribution in Madrid, Spain 1978-2001. Infection. 2002;30:338-40.
3. Llorenç V, Ferrer A, De Gracia J, Codin G, Carpin N, Crespo E. Nocardiosis pulmonar. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002;20 Supl 1:1-7.
4. Ferrer A, Llorenç V, Codina G, De Gracia-Roldán J. Nocardiosis y bronquiectasias. ¿Una asociación infrecuente? Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23:62-6.
5. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. 15.<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2004. p. 2049-50.
6. Rámila E, Martino R, Santamaría A, Sierra J. Inappropriate secretion of antidiuretic hormone as the initial sign of central nervous system progression of nocardiosis in a patient with chronic lymphocytic leukemia. Haematologica. 1999;84:1155-6.

### VI Congreso Nacional del Comité Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo

Logroño, 26-28 de octubre de 2006

**Secretaría técnica:**

Viajes Iberia Congresos

C/ Tetuán, 24. 41001 Sevilla. España.

Tel. 954 224 095. Fax. 954 210 215

**Correo electrónico:** congresos.sevilla@viajesiberia.com

<http://www.congresocnpt2006.com/>