



Endoftalmitis por Nocardia en una paciente con dermatomiositis

Federico Guillermo Arévalo Martínez,* Jorge Julio Badía Flores,† Anyely Arciniega Arriola‡

INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por debilidad muscular proximal e inflamación del musculoesquelético. Las MI han sido clasificadas en cinco grupos: polimiositis idiopática primaria, dermatomiositis idiopática primaria asociada a malignidad, juvenil asociada a vasculitis y asociada a enfermedad vascular colágena.^{1,2} El inicio de la dermatomiositis (DM) muestra dos picos, de 5 a 15 años y de 45 a 65 años, siendo más común en mujeres que en hombres, 2:1.³ Se desconoce la etiopatogenia de la enfermedad e involucra factores genéticos y ambientales. La DM se caracteriza por mialgias, debilidad muscular proximal simétrica y las manifestaciones cutáneas patognomónicas (signo de Gottron) y por características de la enfermedad (heliotropo, signo del chal, signo de V y distrofia cuticular),^{1,4} elevación de niveles de enzimas séricas de origen musculoesquelético (creatín-fosfocinasa (CPK), aspartato-aminotransferasa (TGO), alanina-aminotransferasa (TGP), deshidrogenasa láctica (LDH), aldolasa), anticuerpos antinucleares presentes en 60-70% y autoanticuerpos específicos anti-Jo-1 y anti-Mi-2^{5,6} que están asociados a cuadros clínicos distintivos; la electromiografía (EMG) evidencia cambios consistentes con inflamación y la biopsia muscular revela necrosis y regeneración con infiltrado celular mononuclear perimisial, pudiendo variar de acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad.⁷ El tratamiento de la DM incluye esteroides, antimálaricos, metotrexate, azatioprina,

ciclofosfamida, ciclosporina A, tacrolimus, inmunoglobulina IV y rituximab.⁸⁻¹⁷ Se presenta el caso de una paciente con dermatomiositis (DM) cuyo padecimiento se complicó durante la evolución con una infección ocular por Nocardia. Las Nocardias son actinomicetos aerobios grampositivos, saprofitos habituales del suelo y el agua. Se han asociado 7 especies de Nocardia a enfermedad en humanos, siendo las más frecuentes las infecciones por *Nocardia asteroides* y *Nocardia brasiliensis*. Las infecciones se adquieren generalmente a través de inhalación o inoculación cutánea. Las manifestaciones más comunes de nocardiosis son la infección pulmonar y la nocardiosis primaria cutánea, siendo ambas más frecuentes en pacientes inmunocompetentes. La mayoría de los casos de nocardiosis ocular se asocia a la cirugía ocular, traumatismo ocular e infección diseminada.¹⁸⁻²¹ La terapia inmunosupresora y los padecimientos autoinmunes son factores que predisponen al paciente a infecciones intercurrentes.

OBJETIVO

Presentar un caso de endoftalmitis endógena y absceso subretinal por Nocardia en una paciente con DM.

CUADRO CLÍNICO

Paciente femenino de 49 años que inició hace 8 años con manifestaciones dermatológicas típicas de dermatomiositis, presentando en una etapa posterior mialgia generalizada y disminución progresiva de la fuerza muscular proximal de predominio en miembros inferiores. Acudió a nuestra consulta en abril de 2013, observándose al examen físico el signo de V, pápulas de Gottron, distrofia ungueal y cuticular y disminución de la fuerza muscular proximal en miembros inferiores 3/5. Los estudios de laboratorio realizados revelaron TGO 166/39, TGP 164/52, anticuerpos antinucleares 1:320/1:80, CPK total 2318/22; se realizó EMG y biopsia de piel y músculo que confirmaron miopatía inflamatoria. Se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg de peso corporal (60 mg/día) y metotrexate 10 mg por semana con buena respuesta. 3 meses después presentó en ojo derecho dolor progresivo hasta volverse intolerable, en-

* Reumatólogo del Hospital Ángeles Metropolitano.

† Reumatólogo del Hospital Ángeles Mocel.

‡ Residente de segundo año de Medicina Interna del Hospital Ángeles Metropolitano.

Correspondencia:

Federico Guillermo Arévalo Martínez
E-mail: arevaloguillermo@hotmail.com

Aceptado: 31-07-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

rojecimiento, disminución progresiva en la agudeza visual y secreción seropurulenta. Por ultrasonografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética se evidenció desprendimiento de retina, colección subretinal purulenta, engrosamiento escleral, cambios inflamatorios en grasa periorbitaria y en el nervio óptico y proptosis. Por tinción de Gram (y cultivos) se detectó infección por *Nocardia asteroides*, iniciándose triple esquema de antibioticoterapia con trimetroprima-sulfametoxazol, amikacina intravenosa (IV), imipenem IV e intraocular, sin respuesta al mismo y con progresión de la infección detectada por los estudios de gabinete, por lo que se decide la enucleación.

COMENTARIOS

La endoftalmitis secundaria a *Nocardia* es rara pero con frecuencia augura un pobre pronóstico visual debido comúnmente a la naturaleza avanzada de la enfermedad y a un retardo en el diagnóstico e inicio del tratamiento. Suele ser muy severa y refractaria al tratamiento. El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales para evitar la progresión de la infección. Las condiciones predisponentes son inmunodeficiencias, enfermedades autoinmunes y terapia con esteroides e inmunosupresores. Deberá considerarse endoftalmitis y absceso subretinal por *Nocardia* en pacientes con patologías autoinmunes y terapia inmunosupresora. Existen reportes de casos de infección ocular por *Nocardia* en pacientes con lupus eritematoso sistémico y Behcet.²²⁻²⁶

REFERENCIA

- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *New Engl J Med.* 1975; 292: 344.
- Selva O'Callaghan A, Trallero AE. Inflammatory Myopathies. Dermatomyositis, polymyositis and inclusion body myositis. *Reumatol Clin.* 2008; 4 (5): 197-206.
- Leon G, Blancas F. Dermatomiositis. PAC Dermatología, Intersistemas, 2010, pp. 21-24.
- Tymms KE, Webb J. Dermatopolymyositis and other connective tissue diseases: a review of 105 cases. *J Rheumatol.* 1985; 12 (6): 1140.
- Targoff IN. Autoantibodies and their significance in myositis. *Curr Rheumatol Rep.* 2008; 10: 333-340.
- Mimori T, Imura Y, Nakashima R, Yoshifiji H. Autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathy: an update on clinical and pathophysiological significance. *Curr Opin Rheumatol.* 2007; 19: 523-529.
- Smith ES, Hallman JR, De Luca AM et al. Dermatomyositis: a clinicopathological study of 40 patients. *Am J Dermatopathol.* 2009; 31: 61-67.
- Stringer E, Ota S, Bohnsack J et al. Diversity of treatment approach juvenile dermatomyositis (JDM) across North America: The Child-hood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) JDM treatments study. *Arthritis Rheum.* 2008; 58: S255.
- Rouster-Stevens KA, Gursahaney A, Ngai KL et al. Pharmacokinetic study of oral prednisolone compared with intravenous methylprednisolone in patients with juvenile dermatomyositis. *Arthritis Rheum.* 2008; 59: 222-226.
- Seshadri R, Feldman BM, Ilowite N et al. The role of aggressive corticosteroid therapy in patients with juvenile dermatomyositis: a propensity score analysis. *Arthritis Rheum.* 2008; 59: 989-995.
- Riley P, Maillard SM, Wedderburn LR et al. Intravenous cyclophosphamide pulse therapy in juvenile dermatomyositis. A review of efficacy and safety. *Rheumatology (Oxford).* 2004; 43: 491-496.
- Cooper MA, Willingham DL, Brown DE et al. Rituximab for the treatment of juvenile dermatomyositis: a report of four pediatric patients. *Arthritis Rheum.* 2007; 56: 3107-3111.
- Bader-Meunier B, Decaluwe H, Barnerias C et al. Safety and efficacy of rituximab in severe juvenile dermatomyositis: results from 9 patients from the French autoimmunity and rituximab registry. *J Rheumatol.* 2011; 38: 1436-1440.
- Hollar CB, Jorizzo JL. Topical tacrolimus 0.1% ointment for refractory skin disease in dermatomyositis: a pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2004; 15: 35-39.
- García-Doval I, Cruces M. Topical tacrolimus in cutaneous lesions of dermatomyositis: lack of effect in side-by-side comparison in five patients. *Dermatology.* 2004; 209: 247-248.
- Manlhiot C, Tyrrell PN, Liang L et al. Safety of intravenous immunoglobulin in the treatment of juvenile dermatomyositis: adverse reactions are associated with immunoglobulin A content. *Pediatrics.* 2008; 121: e626-e630.
- Ruperto N, Pistorio A, Oliveira S et al. A randomized trial in new onset juvenile dermatomyositis: prednisone versus prednisone plus cyclosporine versus prednisone plus methotrexate. ACR Meeting (2012). *Arthritis Rheum.* 2012; 64: S1042.
- McNeil MM, Brown JM, Hutwagner LC, Schiff TA. Evaluation of therapy for *Nocardia asteroides* complex infections. *Infect Dis Clin Prac.* 1995; 4: 287.
- Uhde KB, Pathak S, McCullum Jr et al. Antimicrobial-resistant *Nocardia* isolates, United States, 1995-2004. *Clin Infect Dis.* 2010; 51: 1445-1448.
- Brown-Elliott BA, Biehle J, Conville PS et al. Sulfonamide resistance in isolates of *Nocardia* spp. from a US multicenter survey. *J Clin Microbiol.* 2012; 50: 670-672.
- Ambrosioni J, Lew D, Garbino J. Nocardiosis: updated clinical review and experience at a tertiary center. *Infection.* 2010; 38: 89-97.
- Yshibashi Y, Watanabe R, Hommura S, Koyama A, Ishikawa T, Mikami Y. Endogenous *Nocardia asteroides* endophthalmitis in a patient with systemic lupus erythematosus. *Br Ophthalmol.* 1990; 74: 433-436.
- La Civita L, Battiloro R, Celano M. *Nocardia* pleural empiema complicating anti-Jo-1 positive polymyositis during immunoglobulin and steroid therapy. *J Rheumatol.* 2001; 28: 215-217.
- Auzary C, Mouthon L, Soilleux M, Cohen P, Boiron P, Guillevin L. Localized subcutaneous *Nocardia farrcinica* abscess in a woman with overlap syndrome between systemic scleroderma and polymyositis. *Ann Med Interne.* 1999; 150: 582-584.
- Yap EY, Fam HB, Leong KP, Buettner H. *Nocardia* chroidal abscess in a patient with systemic lupus erythematosus. *Aust N Z J Ophthalmic.* 1998; 26: 337-338.
- Korkmaz C, Aydini A, Erol N et al. Widespread nocardiosis in two patients with Behcet disease. *Clin Exp Rheumatol.* 2001; 19: 459-462.