



Endoftalmitis por *Nocardia* en una paciente con dermatomiositis

Federico Guillermo Arévalo Martínez,* Jorge Julio Badia 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 (creatin-fosfoquinasa (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, antimaláricos, 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 femenina 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 Mocol.

§ 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 trimetoprima-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, Yoshifuji 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 Childhood 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 Pract*. 1995; 4: 287.
- Uhde KB, Pathak S, McCullum I 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-Jo1 positive polymyositis during immunoglobulin and steroid therapy. *J Rheumatol*. 2001; 28: 215-217.
- Auzary C, Mouthon L, Soilleux M, Cohen P, Boiron P, Guillemin L. Localized subcutaneous *Nocardia farcinica* 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, Aydinli A, Erol N et al. Widespread nocardiosis in two patients with Behcet disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2001; 19: 459-462.