

Criptococosis en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Dres. Mariela Mansilla, Adelina Braselli, Héctor Purstcher, Aníbal Dutra, Laura Oliver, Elbio Gezuele

Resumen

La criptococosis, enfermedad poco habitual hasta hace unos años, es ahora más frecuente por la presencia de una población inmunodeprimida susceptible. Si bien la puerta de entrada es respiratoria, la forma de expresión clínica más común es la meningoencefálica. La falla de los mecanismos de defensa locales explican la localización predominante de la enfermedad en el sistema nervioso central (SNC). A este nivel la confirmación diagnóstica suele ser fácil. El pulmón es el segundo órgano más comprometido y en ocasiones la única localización. Es más frecuente que el diagnóstico de criptococosis pulmonar sea secundario al de meningoencefalitis.

En pacientes inmunodeprimidos la reacción inflamatoria meníngea puede ser escasa o nula y el síndrome meníngeo estar ausente, debiendo pensarse en criptococosis en todo paciente infectado con el VIH que tenga un cuadro febril prolongado sin causa evidente que lo explique. Se aconseja frente a esta eventualidad el estudio microbiológico del líquido céfalo-raquídeo (LCR) con tinción especial que permita visualizar el germen.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-complicaciones. HTLV III. Criptococosis

Dra. Mariela Mansilla
Asistente, Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Dra. Adelina Braselli
Profesor Agregado, Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Dr. Héctor Purstcher
Profesor Adjunto, Clínica de Enfermedades Infecciosas

Dr. Aníbal Dutra
Postgrado, Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Dra. Laura Oliver
Practicante Interno, Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Dr. Elbio Gezuele
Profesor Agregado, Departamento de Parasitología.

Introducción

La criptococosis es una infección oportunista sistémica, rara hasta hace unos años, producida por un hongo levaduriforme capsulado: *Cryptococcus neoformans*.

Es éste un germen de distribución universal que ha sido aislado de la tierra y excrementos de palomas, en los cuales encuentra los sustratos necesarios para su desa-

rollo y donde sobrevive durante largos períodos. Se distinguen dos variedades: *C. neoformans neoformans* y *C. neoformans gatti*. La criptococosis producida por la variedad *neoformans* se observa en todo el mundo, mientras que la producida por la variedad *gatti* se origina en zonas rurales relacionándose con la presencia de un eucalipto (*Eucalyptus camaldulensis*).

Si bien la infección por *C. neoformans* en la mayoría de las personas cursa en forma asintomática, en pacientes inmunocomprometidos tiene una alta morbilidad y mortalidad.

En los últimos años la frecuencia de la criptococosis ha aumentado por el mayor número de pacientes inmunocomprometidos. En este grupo se incluyen enfermos con: patologías malignas linforreticulares, diabetes, insuficiencia renal crónica, receptores de transplante de órganos y

Trabajo realizado por la Clínica de Enfermedades Infecciosas y el Departamento de Parasitología de la Facultad de Medicina.

Correspondencia: Dra. Mariela Mansilla, Instituto de Higiene.

Avda. Ricaldoni 3051 5º piso.

Montevideo. CP 11600.

Recibido 20/2/92

Aceptado 30/4/92

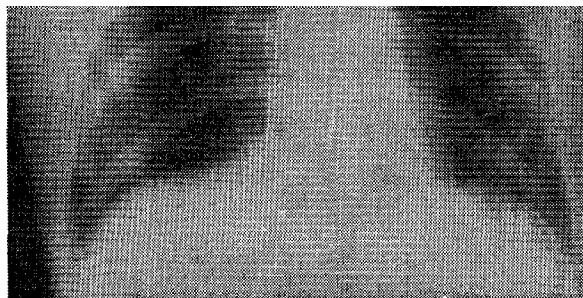


Figura 1 Imagen nodular excavada parahiliar izquierda.

tratados con drogas inmunosupresoras. Recientemente, los pacientes con SIDA constituyen el mayor grupo susceptible a la criptococosis (2).

Excluyendo al grupo de inmunodeprimidos por el VIH, 50% de los pacientes con esta micosis no presentan una enfermedad anterior favorecedora. Sin embargo se afirma que éstos tienen a menudo defectos de la inmunidad mediada por células (3).

En personas infectadas por el VIH el desarrollo de una criptococosis es marcadora de la etapa SIDA (1-3).

El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de las formas de presentación clínica, de la paraclínica, del tratamiento y de la evolución de la criptococosis en enfermos con SIDA, en relación a 6 pacientes internados en nuestra clínica.

Material y método

Se revisaron 107 historias clínicas de pacientes estudiados y controlados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina y en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Ministerio de Salud Pública, entre los años 1983 y 1991.

Todos presentaban SIDA según criterios del Center for Disease Control (CDC) (3). De ellos 6 presentaron criptococosis.

Todos tenían serología positiva para VIH por técnicas de ELISA y Western Blot. El diagnóstico de criptococosis se realizó mediante estudios microbiológicos, histopatológicos, o ambos de materiales tales como líquido cefalorraquídeo (LCR), fragmentos de ganglios obtenidos por biopsia y fluido del lavado bronquial (LB).

Los 6 pacientes con SIDA y criptococosis pertenecían al sexo masculino y tenían comportamiento de riesgo para adquirir la infección por VIH. Sus edades oscilaron entre 28 y 46 años. En 5 de los 6 enfermos el diagnóstico de SIDA precedió a la criptococosis y en el restante la criptococosis fue marcadora de la etapa SIDA. En 2 casos el diagnóstico y el tratamiento se hicieron en el extranjero.

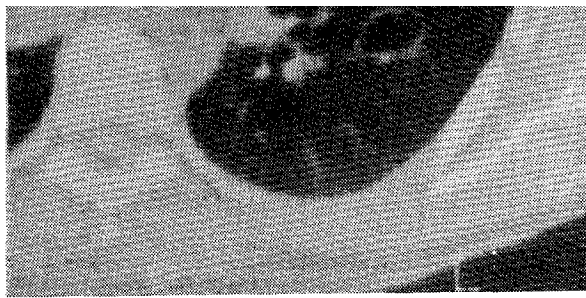


Figura 2 Tomografía axial computada de tórax que muestra la imagen cavitaria de pared fina.

Resultados

Los 4 pacientes diagnosticados en nuestra clínica presentaron un síndrome febril prolongado. Tres de ellos agregaron posteriormente cefaleas y signos de irritación meníngea, siendo en un paciente de aparición más precoz y en los dos restantes de instalación tardía, posterior al estudio del LCR que confirmó el diagnóstico etiológico. El componente encefálico se expresó por bradisiquia y trastorno del carácter en los tres enfermos. En uno se agregó en la evolución parálisis de la musculatura extrínseca ocular (parálisis bilateral del VI par a predominio izquierdo). En uno de los pacientes, precediendo a la instalación del síndrome meningoencefálico, la radiografía de tórax efectuada en búsqueda de la causa del síndrome febril puso en evidencia una imagen cavitaria parahiliar izquierda (figuras 1 y 2) en ausencia de sintomatología respiratoria. Este paciente presentó además escasas adenomegalias superficiales. En el cuarto enfermo el cuadro febril prolongado se acompañó de poliadenomegalias generalizadas y de un cuadro abdominal doloroso.

En los tres pacientes que cursaron con cefaleas se realizó punción lumbar (PL) obteniéndose líquido claro. En uno el estudio citoquímico fue normal y en los otros dos se encontró una discreta proteinorraquia, leve descenso de glucosa y ligero aumento del número de elementos (Cuadro I). En los tres casos al examen directo del LCR con tinción de tinta china se observaron elementos levaduriformes con morfología de *C. neoformans* que fue confirmado con el cultivo. En el estudio histopatológico y microbiológico del material obtenido por biopsia ganglionar de los dos pacientes que cursaron con adenomegalias y en el estudio microbiológico del fluido del LB del paciente con la imagen pulmonar, se identificaron *C. neoformans*. Se efectuó TAC de cráneo a los tres pacientes con meningoencefalitis encontrándose signos de atrofia cerebral difusa (Figura 3).

En dos enfermos se realizó estudio de subpoblaciones linfocitarias siendo los niveles de linfocitos T4 de 318 por ml y de 39 por ml respectivamente. Uno no recibió tratamiento específico porque el informe confirmatorio se obtuvo des-

