

Criptococosis meníngea como debut tardío de infección por el VIH

Autores: Cintia Tuñas Gesto, Ester Suárez Castro, Alba Doporto Fernández, Hortensia Álvarez Díaz, Ana Mariño Callejo, Ángel Manuel Aneiros Díaz, Irene Expósito Ruíz, Diego Santos García, Javier Abella Corral, Jesús Javier Naveiro Soneira, Mercedes Macías Arribí, Miguel Ángel Llana González.

Sección de Neurología. Complejo hospitalario universitario de Ferrol (CHUF).

Introducción:

La meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* se desarrolla en pacientes con infección por el VIH con cifras de linfocitos CD4+ menores de 100 cél/mcl. Su incidencia ha disminuido en áreas con acceso a la terapia antirretroviral (TAR), aunque todavía es causa importante de mortalidad en países en vías de desarrollo.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un varón de 67 años, fumador y con hábito enólico, que fue evaluado por deterioro del nivel de consciencia brusco y fiebre, sin otra focalidad neurológica.

La TC craneal y las determinaciones analíticas no mostraron alteraciones, salvo hiponatremia ligera. El electroencefalograma reflejó un trazado lento difuso de sufrimiento cerebral. El LCR mostró hiperproteínorraquia y presión de apertura elevada, sin otras alteraciones. Ingresó en UCI para soporte ventilatorio y se inició antibioterapia empírica para cobertura de meningoencefalitis bacteriana.

LCR	Presión	Células	Fórmula	Hematíes	Glucosa	Proteínas	ADA	LDH
1º	22	6		1	59	221	9	59
2º		440	95% MN	5	44	272	16.8	
3º	25	535	95% MN	70	48	224	26.8	115
4º	18	450	95% MN	5	46	81	16.5	93

Figura 1: Resultados de punciones lumbares seriadas.

Resultados:

Se objetivó serología de VIH positiva y 40 linfocitos CD4+/mcl. En hemocultivos y LCR se aisló *Cryptococcus neoformans*, iniciándose anfotericina B. En muestras seriadas de LCR se identificó pleocitosis de predominio mononuclear y elevación de ADA, asociándose tratamiento tuberculostático empírico. El paciente mejoró el nivel de consciencia, pero desarrolló disartria, paresia facial supranuclear derecha y hemiparesia derecha. Una RM encefálica mostró lesiones en los ganglios basales sugestivas de infección por *Criptococo*.

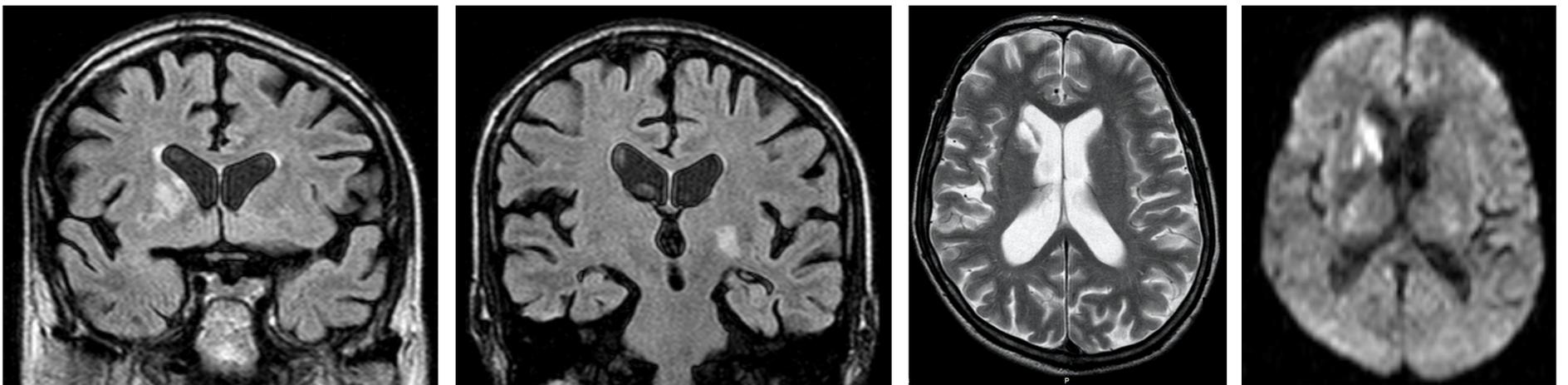


Figura 2: RM encefálica que muestra lesiones hiperintensas en núcleos de la base bilaterales con restricción de la difusión y sin captación de contraste.

Conclusiones:

Con la disponibilidad del TAR, la incidencia de meningoencefalitis por *Criptococo* ha disminuido en los pacientes infectados por el VIH. Sin embargo, debemos tener presente esta entidad como causa de afectación encefálica aguda difusa, fiebre y disociación albúminocitológica inicial en LCR cuando el diagnóstico de VIH es tardío.

Referencias bibliográficas:

1. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the infectious diseases society of america. *Clin Infect Dis* 2010; 50:291.
2. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf (Accessed on August 08, 2017).