

## CASUÍSTICA

# DETERIORO DEL SENSORIO EN PACIENTE DE 85 AÑOS INMUNOCOMPROMETIDA\*

Galván María Eugenia<sup>1</sup>, Rolando Luján<sup>1</sup>, Flores Marcos Ariel<sup>1</sup>

### INTRODUCCIÓN

El deterioro del sensorio es un motivo de consulta habitual en Geriatria. La degeneración neuronal y las causas de demencia son múltiples siendo las más comunes la demencia multiinfarto y la Enfermedad de Alzheimer sin olvidar las infecciosas, tanto en el huésped inmunocompetente como en el inmunocomprometido. La meningitis por criptococo es la segunda infección oportunista más común y una de las principales causas de muerte en los pacientes con SIDA. Se presenta habitualmente en estadios avanzados de la enfermedad, con recuentos de CD 4 < de 100.

### CASO

Ingresa a nuestro hospital una paciente de 85 años con antecedentes de HTA, y múltiples consultas en los años previos por deterioro cognitivo, astenia y depresión, siendo medicada con setralina. Se decide la internación por mayor deterioro general, pérdida de peso mayor a 10 Kg., hiporexia e incontinencia urinaria. Al examen físico presentaba desnutrición, rigidez generalizada sin meningismo claro, desorientación temporoespacial sin foco neurológico. Los análisis de laboratorio mostraron los datos volados en la TABLA 1. La Rx de tórax fue normal y por la sospecha de Hakim-Adams se realiza TAC de cráneo que muestra atrofia cerebral mixta. A las 48 hs presentó fiebre y mayor deterioro del sensorio. Se toman 2 hemocultivos, y un urocultivo (elementos levaduriformes en el sedimento). Un nuevo hemograma mostró GB 7.800 con fórmula desviada a la izquierda. Se realiza punción lumbar: líquido cristal de roca, Pandy negativo, proteínas 0.01mg/dl, glucosa 19 mg/dl, 3 elementos (linfocitos) con elementos levaduriformes en el directo y tinción de tinta china positiva. Se sospecha inmunocompromiso solicitándose serología para HIV e inicia tratamiento con Anfotericina B. El HIV fue positivo. Se confirma diagnóstico de meningitis por criptococo neoformans por cultivo (+) en LCR y UC. La evolución fue tórpida, nunca se logró esterilizar el LCR, y a los 40 días se produce el fallecimiento.

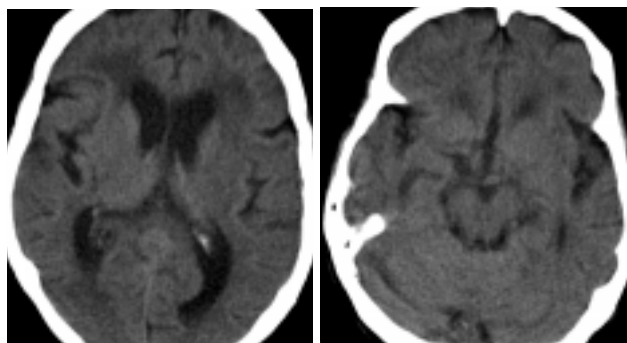
### DISCUSIÓN

La meningitis por criptococo neoformans es normalmente vista en el huésped inmunocomprometido.

La infección por criptococo neoformans puede afectar cualquier órgano teniendo predilección por el pulmón y el SNC. El pulmón es usualmente la puerta de entrada y puede provocar desde una colonización asintomática hasta una neumonía severa.

La manifestación más frecuente de la criptococosis es la meningitis. En pacientes con SIDA la forma de presentación es insidiosa con síntomas y signos como fiebre, cefalea, malestar, algias generalizadas, náuseas y vómitos, pérdida de peso, deshidratación y alteración del sensorio. El análisis del LCR evidencia un recuento celular bajo, proteínas elevadas y glucorraquia baja.

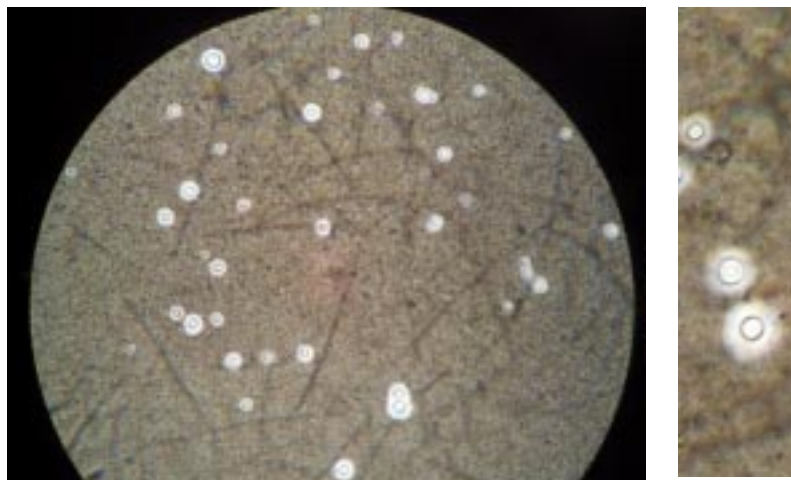
Existen diversos esquemas de tratamiento, el de elección es Anfotericina B (0.5- 0.8 mg/kg/día). La combinación de Anfotericina B y Flucitosina (150 mg/kg/día) es más efectiva que el uso de Anfotericina B sola pero se la asocia a supresión de la médula ósea. El Fluconazol (200- 400 mg/kg/día) puede ser usado en pacientes cuyos síntomas no son severos y quienes pueden tomar medicación oral. La profilaxis secundaria con Anfotericina B 1mg/kg endovenosa cada 1 a 2 semanas o Fluconazol (100-200 mg/día) vía oral se recomienda para prevenir la infección recurrente.



Figuras 1 y 2. Cortes tomográficos de cerebro.

<sup>1</sup> Servicio de Clínica Médica. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.

\* Poster Presentado en el XIV Congreso de Medicina, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina del 21 al 24 de noviembre de 2005 en la Ciudad de Buenos Aires.



Figuras 3 y 4. Tinción de tinta china al microscopio óptico (MO), se evidencias levaduras encapsuladas.

Tabla 1. Resultados de laboratorio.

	08/04	11/04	16/04	25/04
Hemograma	30/9,6/81/(219)/ 10,2; 81%S; 18%L 1%M	28/9,6/79/ (204)/7,5 80%S 10%L 1%E 8%M		
Creatininemia	1,82	2,23		2,02
Ionograma	128/4/93	134/3,6/100	137/3,9/106	
Glucemia	110	90	103	
Sedimento	Abundante cels. Levaturiformes.	Regular cels., reg.leucos, escasas cels. levaturiformes.	Escasas cels. , abundantes leucos, regular hematíes.	
Urocultivo	Criptococcus Neoformans	Criptococcus Neoformans.	Klebsiella sp.	
LCR		Turbio, elementos 3-100%LGlucosa 19mg% Alb.0,019. Abundantes levaduras. Cultivo: Criptococcus Neoformans	Incoloro, cristal de roca, glucosa 39, alb.0,03, elementos10 30%S 70%L. Cultivo: Crytococcus Neoformans.	Incoloro, cristal de roca, glucosa 51,elementos 2. Cultivo: Criptococcus Neoformans.
HIV		Positivo		
HC		Dos muestras negat.		
Rcto. CD4		1% menos 10  CD4 mm3.		

## CONCLUSIÓN

La principal causa de manifestaciones neurológicas en pacientes con SIDA son las infecciones del SNC causadas por TBC, toxoplasma y criptococo. El subdiagnóstico y la alta tasa de mortalidad podrían ser explicadas por la falta de sospecha, presentación solapada o atípica y un tratamiento tardío y/o ineficaz.

Lo interesante de este caso es el diagnóstico de la enfermedad de SIDA en estadio avanzado a través de una enfermedad oportunista en una paciente de 85 años.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cheung M, Rachlis A, Shumak L: A cryptic cause of cryptococcal meningitis. *CMAJ*. Feb 18, 2003; 168(4).
- Van Der Holst S, Saag M. Treatment of cryptococcal meningitis associated with acquired immunodeficiency syndrome. *NEJM* Vol 337 N° 1 1997 (15-22).
- Wenqi W, Ar C. Clinical manifestation of AIDS with cryptococcal meningitis. *Chin Med J* 2001; 114 (8): 841-843.
- Alvuquerque E, Ricarte Montero M. *Cryptococcus neoformans* causing meningitis in AIDS patients. *Rev Soc Bras. Med*, 35(5): 2002.
- Imwidthaya P, Pongvarin N. Cryptococcosis in AIDS. *Postgrad Med J* 2000; 76:85-88.
- Goldman, Bennett. *Cecil textbook of medicine*. 22° edición.
- Mandell, Douglas, Bennett: *Enfermedades Infecciosas* 5° edición

