

# Criptococosis pleuropulmonar

Postgrado Dra. Sofía Griot

Asistente Dra. Victoria Frantchez

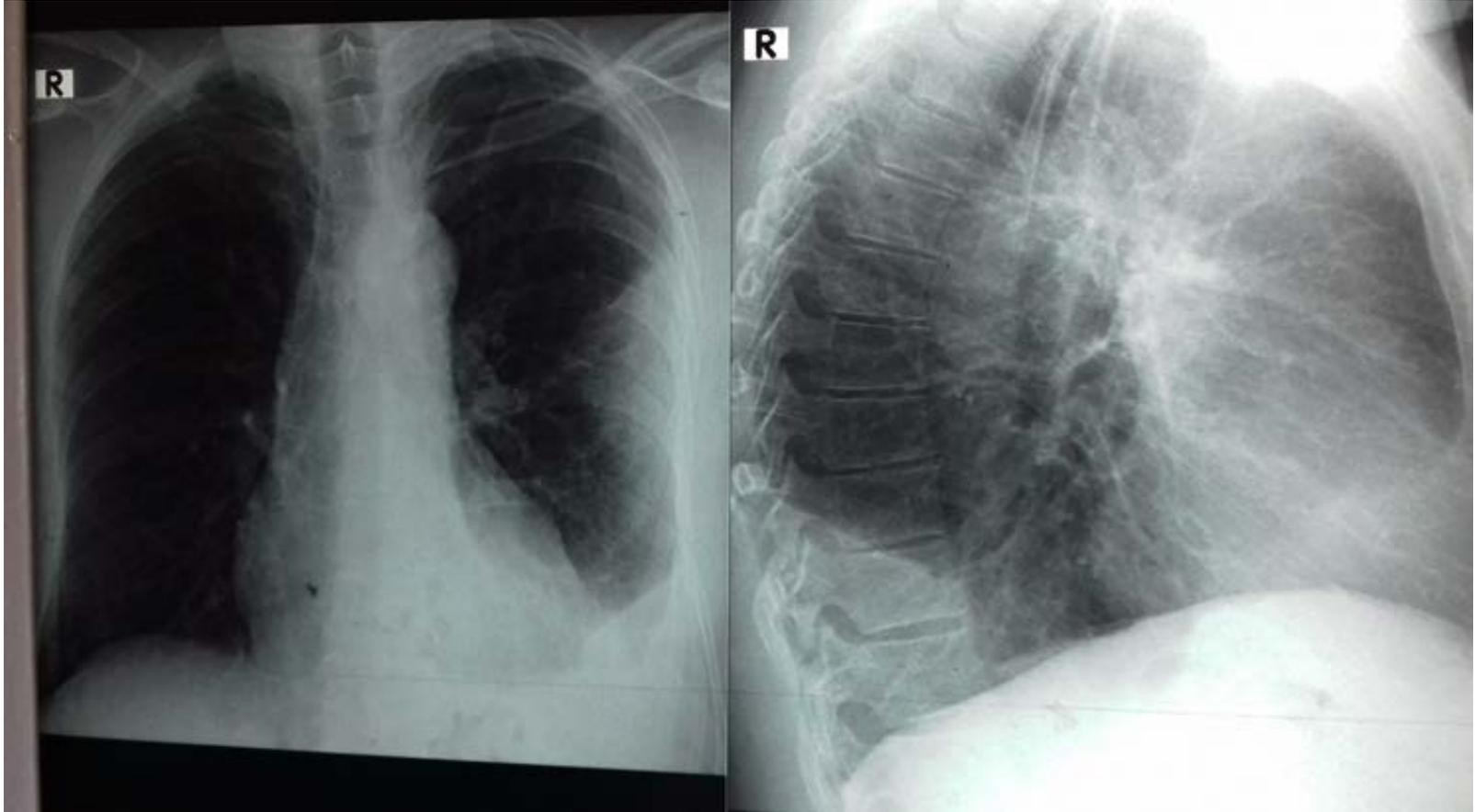


# Historia Clínica

- 47 años, sexo masculino.
- AP:
  - Herpes Zoster en 2014 y 2016.
  - Tratamiento (tto) con prednisona 5-10 mg/d por 6 meses por dermatitis.
- EA: 45 días de evolución:
  - Síndrome canalicular exudativo, fiebre y dolor pleurítico izquierdo.
  - Planteo de NAC: amoxicilina/clavulánico 875/125 mg vo c/12 hs /14 d.
  - Sin respuesta, se indica TMP/SMX 160/800 mg vo c/12 hs/14 d.
- Persistencia del dolor pleurítico y sudoración profusa nocturna. No disnea, no repercusión general. Sin antecedentes ambientales a destacar.
- EF: Buen estado general, dermatitis seborreica, hemodinamia s/p, SatO<sub>2</sub> VEA 98%, eupneico, síndrome en menos 1/3 inferior Htx izquierdo.
- Paraclínica:
  - ELISA VIH 4<sup>a</sup> gen: reactivo. CD4+ 26cel/mm<sup>3</sup>.



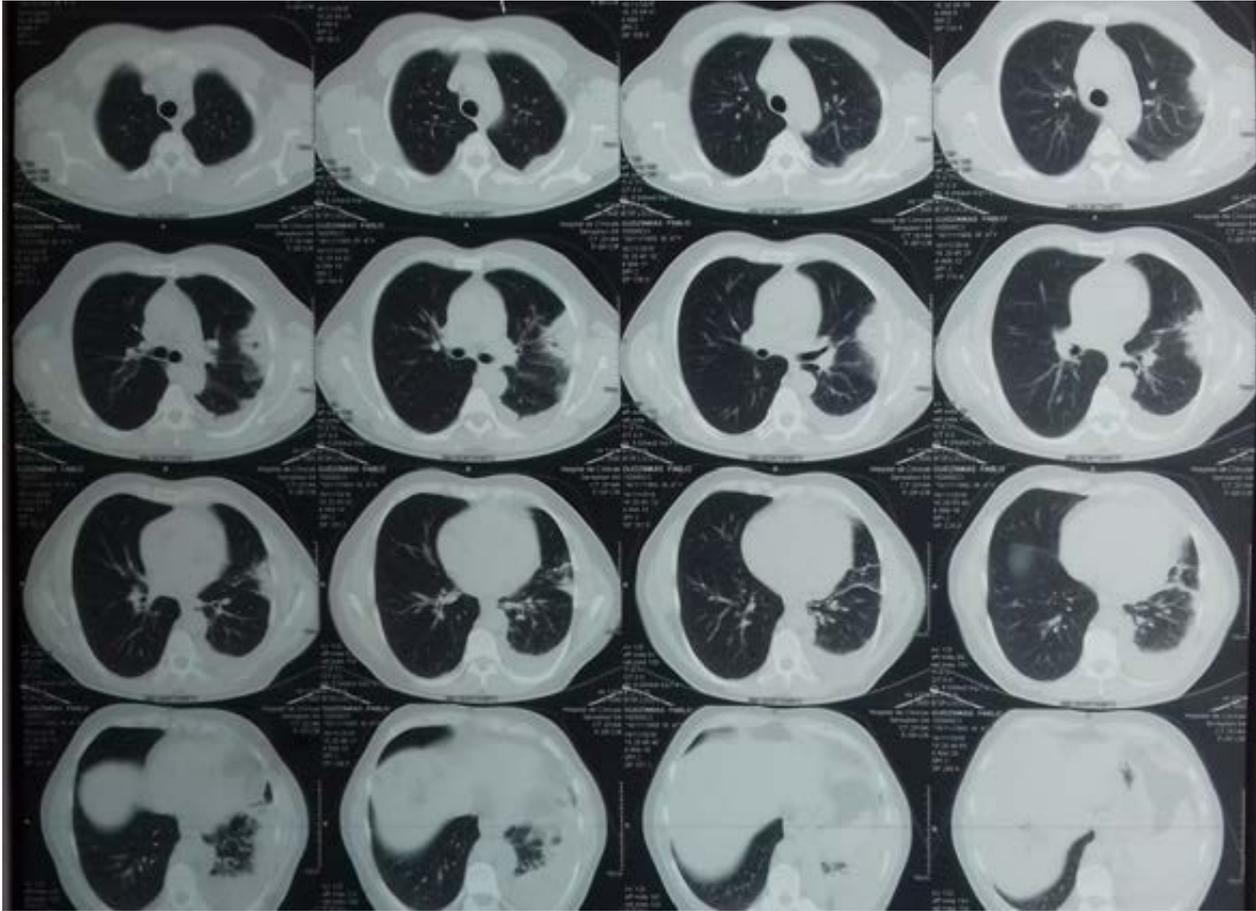
# RxTx del ingreso



Opacidad inhomogénea parahiliar izquierda con amplio contacto pleural.  
Derrame pleural izquierdo con ascenso axilar.



# TC tórax inicial



- Consolidación parenquimatosa en LSI con broncograma aéreo.
- Derrame pleural izquierdo con componente cisural.
- Aumento del número de ganglios mediastinales, no adenomegalias.

# Planteo diagnóstico.

- VIH +, inmunodepresión severa, neumopatía comunitaria subaguda de lóbulo superior izquierdo con derrame pleural.
1. Etiología infecciosa:
    - Bacteriana:
      - Tuberculosis (TBC) pleuro-pulmonar.
      - Más alejado: *Rhodococcus*, *Nocardia*, bacteriano inespecífico.
    - Fúngica:
      - Criptococosis, Histoplasmosis.
  2. Etiología neoplásica:
    - Linfoma.
    - Sarcoma de Kaposi.
    - Carcinoma broncopulmonar.



# Algoritmo diagnóstico

Líquido pleural: proteínas 57g/l, glucosa 0.92g/l, LDH 511. ADA 58 U/L.

Lavado bronquio-alveolar:

- Bacteriológico: directo y cultivo sin desarrollo.
- TBC: GenXpert y baciloscopía negativas.
- Micológico: IFD para *Pneumocystis jirovecii* negativa.
- **Tinta China positiva, Cultivo: *Cryptococcus neoformans*.**

## Diagnóstico nosológico:

Criptococosis respiratoria a forma de consolidación parenquimatosa y derrame pleural.

**Diagnóstico diferencial:** tuberculosis pleuro-pulmonar.

Alejado por estudios etiológicos negativos. El ADA elevado tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de TBC pero no es patognomónico. Se asocia a otras causas infecciosas como criptococosis, neoplasias y enfermedades autoinmunes.



# Algoritmo diagnóstico y terapéutico

Tratamiento inicial con Anfotericina B desoxicolato 0,7mg/kg/d iv.

## Se realiza valoración de extensión de la infección:

- Líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas 0.58 g/l, glucosa 0.49 g/l, GB 10, GR 50. Tinta china y cultivo micológico negativo (bajo tto).
- Hemocultivos sin desarrollo.
- No se realizó Ag criptocócico en sangre ni en LCR.

## Conducta:

Dada la inmunosupresión severa y la imposibilidad de descartar el compromiso meníngeo (LCR alterado con cultivo negativo al 5º día de tto antifúngico) se decide tratamiento de criptococosis diseminada asociando Fluconazol 400mg iv c/12hs.



# Evolución

- Muy buena evolución clínica.
- TC control: desaparición del derrame pleural, persiste la consolidación pulmonar con área de necrosis central.
- 20 días de biterapia, se plantea completar un mínimo de 8 semanas con Fluconazol 400 vo cada 12 horas.
- Se inicia TARV a las 5 semanas del inicio del tto antifúngico con TDF/3TC/EFV.



# Discusión

- El nivel de inmunosupresión es la llave diagnóstica para los planteos etiológicos en pacientes VIH+ con clínica respiratoria.
- Con inmunosupresión moderada a severa el diagnóstico es amplio, son frecuentes las co-infecciones y se debe realizar una búsqueda rápida y exhaustiva de todas las etiologías planteadas, que incluya procedimientos invasivos como FBC con LBA.
- En pacientes estables, no graves, es posible esperar, un plazo razonable, a la obtención de los resultados etiológicos para instaurar el tratamiento específico.
- En pacientes graves o con mala evolución, deben iniciarse tratamientos empíricos amplios.

Sax PE et al. Mandell, Douglas y Bennet., Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. 8° edición 2016;125:1634-1642  
Cabrera S. Pautas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH. Cátedra de Enfermedades Infecciosas 2016;9:215-223.



# Discusión

- La criptococosis es una enfermedad oportunista frecuente en el paciente severamente inmunodeprimido, siendo la forma respiratoria la segunda en frecuencia.
- La presentación de la criptococosis respiratoria varía desde formas asintomáticas, a formas graves con compromiso parenquimatoso y pleural.
- Con mayor frecuencia se presenta con nódulos o masas bilaterales con o sin cavitación, siendo la consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo y el derrame pleural formas infrecuentes.
- En pacientes inmunocomprometidos se debe sospechar compromiso sistémico, buscando activamente la meningoencefalitis, ya que determinará el pronóstico, el tratamiento antifúngico y el momento del inicio del TARV.



# Aprendizaje

- Ofrecer y promover la realización de la serología de VIH en cada contacto de las personas con los servicios de salud, especialmente frente a signos de alerta (Herpes Zoster y dermatitis seborreica).
- En pacientes VIH+ con inmunosupresión severa y clínica respiratoria la búsqueda etiológica debe ser amplia.
- Sospechar criptococosis con compromiso sistémico frente a formas respiratorias en pacientes inmunosuprimidos .





**Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2016**

