

Problemas Clínicos en Micología Médica: problema nº 8

Ricardo Negróni, Silvia Helou

Unidad de Micología. Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Paciente C.V. de 54 años de edad, sexo femenino, nació en el área rural cercana a la ciudad de Encarnación, República del Paraguay. Desde hace 8 años vive en la ciudad de Florencia Varela, Provincia de Buenos Aires. Como antecedentes de patologías anteriores sólo registra hipertensión arterial e hipotiroidismo, razón por la cual toma T₄ y atenolol.

Había consultado al Servicio de Ortopedia del Hospital Fernández de la ciudad de Buenos Aires por lumbalgia de 8 meses de duración, acompañada de ligera pérdida de peso no medida. En dicho nosocomio comprobaron una ciatalgia bilateral y dolor a la compresión de las últimas vértebras lumbares. La radiografía de columna acusó la destrucción de la quinta vértebra lumbar, con colapso de la misma y compromiso de los discos intervertebrales, entre 4^a y 5^a lumbar, y entre ésta y 1^a sacra. La resonancia magnética nuclear presentó los mismos hallazgos en forma más nítida (Figuras 1 y 2). Se efectuó una punción aspiración de hueso bajo control tomográfico, cuyo estudio histopatológico acusó un proceso inflamatorio granulomatoso y en la tinción de mucicarmín se comprobó la existencia de elementos levaduriformes capsulados mucicarmín positivo (Figura 3).

Por las razones antes mencionadas, la paciente fue derivada al Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz el día 22 de agosto de 2003.

La paciente estaba en buen estado general, en decúbito activo, con pequeñas dificultades para la marcha relacionadas con su ciatalgia bilateral. En el examen físico se comprobó que la enferma estaba afebril, con una frecuencia respiratoria de 16 por minuto, una frecuencia cardíaca de 85 por minuto, sin arritmias, con dos ruidos en los 4 focos, sin soplos, la tensión arterial era de 160/100 y en el resto del examen físico sólo pudo detectarse hepatomegalia, espacio Traube mate y se palpó el polo inferior del bazo; se confirmó el dolor a la compresión de la columna lumbar y el cuadro de ciatalgia bilateral. Las radiografías de tórax frente y perfil no acusaron imágenes patológicas. La ecografía abdominal presentó hepatomegalia con pequeñas imágenes compatibles con granulomas, una esplenomegalia ligera de 126 mm de largo y el retroperitoneo no pudo ser evaluado por los gases intestinales. Los exámenes complementarios de laboratorio presentaron los



Figura 1

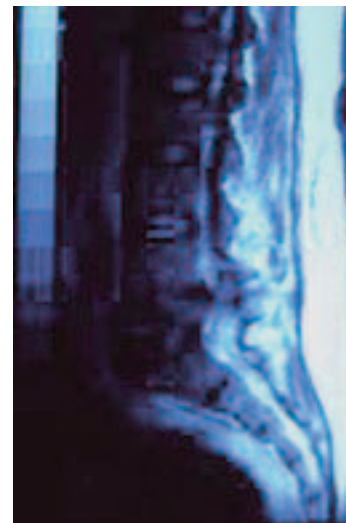


Figura 2

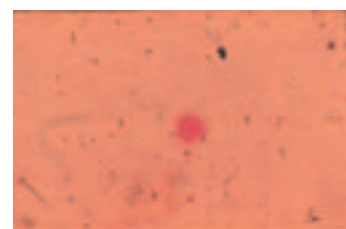


Figura 3

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negróni
Juncal 3475 - 4° "C"
1425 Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: hmmicologia@net.ar

©2004 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 Euros

siguientes resultados: eritrosedimentación 12 mm en la 1ª hora, hematocrito 39%, hemoglobina 12,9 %, hematíes $4,3 \times 10^6/\mu\text{l}$, leucocitos $5.000/\mu\text{l}$, plaquetas $127.000/\mu\text{l}$, neutrófilos 60%, eosinófilos 1%, basófilos 0%, linfocitos 37%, monocitos 2%, uremia 27 mg/dl, glucemia 93 mg/dl, creatinemia 0,68 mg/dl, bilirrubina total 0,68 mg/dl, bilirrubina 0,11 mg/dl, TGO 39 U/l, TGP 36 U/l, fosfatasa alcalina 202 U/l, tiempo de protrombina 100%, sodio 140 meq/l, potasio 4,4 meq/l, proteínas C reactiva negativa y serología para VIH no reactiva. El examen químico y citológico de orina fue normal.

Para completar su estudio se efectuaron urocultivos, hemocultivos y una prueba serológica. Esta última permitió confirmar el diagnóstico presuntivo elaborado a partir del hallazgo histopatológico.

Preguntas:

1. En base a los datos aportados, ¿cuál supone Ud. que es el diagnóstico de esta lesión ósea y por qué?
2. ¿Cuál fue la prueba realizada en el suero que permitió confirmar dicho diagnóstico?
3. ¿Cuál supone Ud. que ha sido la fuente de infección, teniendo en cuenta los lugares de residencia de la paciente y el hecho de no tratarse de una enferma inmunocomprometida?
4. ¿Cuál habrá sido la puerta de entrada de esta infección?
5. ¿Cuál habrá sido la vía de llegada hasta el hueso y qué otros estudios pediría Ud. para completar el reconocimiento de otras posibles localizaciones de la infección?
6. ¿Qué tratamiento indicaría en este caso y qué medidas ortopédicas podrían favorecer a la paciente?

Respuestas:

1. La totalidad de las micosis sistémicas pueden ocasionar lesiones óseas. La columna vertebral es atacada con frecuencia en estos casos. Sin embargo, la cantidad de agentes causales posibles se reduce cuando se piensa en un hongo levaduriforme que toma la coloración roja con el mucicarmín. En este caso sólo tenemos *Cryptococcus neoformans* y *Blastomyces dermatitidis*. Este último no existe en América del Sur. La criptococosis ósea se observa en el 10 % de los pacientes con criptococosis diseminada y tiene habitualmente un curso crónico con lesiones osteodestructivas.
2. Debido a que el material obtenido por punción ósea fue solo sometido a estudio histopatológico, no pudo confirmarse el diagnóstico por cultivos, debido a eso se solicitó una antigenemia para detectar antígeno capsular de *C. neoformans* en suero. Esta prueba dio resultado positivo hasta la dilución 1/100.
3. *Cryptococcus neoformans* presenta 4 serotipos, de A a D, y 3 variedades, las variedades *grubii* y *neoformans* son de distribución geográfica universal y se encuentran en la naturaleza en los excrementos de palomas, en tanto que la variedad *gattii* (serotipo B y C) se encuentra en zonas tropicales y subtropicales, como saprobio de la corteza y los frutos de árboles del género *Eucalyptus*.

Esta variedad produce, con mayor frecuencia que las anteriores, enfermedad progresiva en pacientes inmunocompetentes. Dado que esta enferma no tenía antecedentes previos de inmunodepresión, su serología para VIH resultó negativa y vivió gran parte de su vida en una zona de selva subtropical, es muy probable que esta infección fuera ocasionada por la variedad *gattii*.

4. La puerta de entrada de la criptococosis es habitualmente respiratoria y es común que no deje secuelas pulmonares visibles.
5. La vía de llegada a la columna vertebral ha sido hematogena, a partir de un foco pulmonar como ya hemos explicado. Dado que *C. neoformans* presenta un gran tropismo por el SNC y que el ataque a este sistema no siempre se traduce en manifestaciones clínicas llamativas, es habitual indicar un estudio de tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear de cerebro y una punción lumbar para estudiar las características físico-químicas, citológicas y microbiológicas del LCR. En este caso, tanto los estudios por imágenes como el del LCR, no acusaron anormalidades.
6. Las opciones terapéuticas actuales para la criptococosis son la utilización de anfotericina B por vía intravenosa, sola o asociada a 5-fluorocitosina por vía oral, el flucanazol por vía oral o intravenosa y el itraconazol. Dado el buen estado general de la enferma y la ausencia de lesiones graves, se descartó la anfotericina B asociada a 5-fluorocitosina como primera opción terapéutica. Entre los dos triazoles se prefirió al itraconazol por su mayor concentración en el tejido óseo. Por las razones antes expuestas, la paciente fue tratada con 200 mg de itraconazol en cápsulas, suministrados después del almuerzo y la cena y se le indicó un corset para aliviar las molestias ocasionadas por las alteraciones de la columna vertebral. En la actualidad la enferma lleva seis meses de tratamiento, los dolores han desaparecido, su estado general ha mejorado y la previsión es continuar con el mismo tratamiento hasta completar un año. Para entonces, será sometida a nueva biopsia ósea a fin de verificar la erradicación del agente causal.