

## Meningitis criptocócica y criptococoma pulmonar en paciente con linfocitopenia CD4 idiopática

**Sr Director.** *Cryptococcus neoformans* es un hongo aislado en suelos contaminados con excrementos desecados de aves. No forma parte de la flora del hombre y penetra en su organismo al inhalar aerosoles formados a partir del suelo contaminado. La localización primaria del criptococo es el pulmón, donde provoca una infección que cura espontáneamente en pacientes inmunocompetentes, o por el contrario, en pacientes inmunocomprometidos se disemina principalmente al sistema nervioso central donde origina meningoencefalitis aguda o insidiosa. Con el aumento de fármacos inmunosupresores y la inmunodeficiencia del sida, la incidencia de criptococosis como infección oportunista ha aumentado<sup>1</sup>.

Describimos un caso de meningitis criptocócica y criptococoma pulmonar en una linfocitopenia CD4 idiopática.

Se trata de una mujer de 29 años que ingresa por cefalea frontal pulsátil, intensa febrícula y fotopsias de una semana de evolución. No refiere alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, historia familiar de inmunodeficiencias, contactos sexuales de riesgo, ni tratamientos farmacológicos. Su profesión era odontóloga. Un mes antes del ingreso se hace análisis: leucopenia con linfocitopenia y monocitosis, haciéndose serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que fue negativa. La exploración mostró los siguientes datos: temperatura de 37,4°C; tensión arterial 120/70 mmHg; estaba consciente y orientada, con mínima rigidez de nuca, siendo el resto de la exploración neurológica y de otros aparatos sin alteraciones. El fondo de ojo mostró una papila normal. Hemograma: leucocitos 3.200/ul (68%N; 10%L; 20%M; 2%E), el resto fue normal. Creatinina, transaminasas, LDH, fosfatasa alcalina, gammaglutamil transpeptidasa, proteinograma y coagulación normales. Velocidad de sedimentación glóbular 40mm/primer hora. La radiografía de tórax era normal. Líquido cefalorraquídeo (LCR): glucosa 51mg; proteínas 55mg/dl; hematíes 4/mm<sup>3</sup>; leucocitos 14/mm<sup>3</sup> (18%PMN; 54%L). Tomografía computarizada (TC) craneal sin alteraciones. Se consideró que la paciente presentaba una meningitis linfocitaria vírica y fue tratada sintomáticamente. Tras dos días hubo un empeoramiento clínico con disminución del grado de conciencia. En la resonancia magnética nuclear encefá-

lica se observaron lesiones parcheadas con morfología "en anillo" que se realizaron, tras la administración de contraste a la vez que captaba la leptomeníngea, lo que sugirió una meningoencefalitis infecciosa empezando tratamiento empírico con tuberculostáticos. Las serologías (reagina plasmática rápida, anticuerpos fluorescentes a treponema, *venereal disease research laboratory*; *Brucella*; *Borrelia*; herpes simple varicela-zoster; citomegalovirus; herpes-6 y Epstein-Baar) la tinción de Ziehl Neelsen, el Gram y el cultivo del LCR fueron negativos. ADA en LCR normal. Antígeno criptocócico en sangre y LCR positivo a 1/8. Cultivo LCR positivo para *Cryptococcus neoformans*. Citología de LCR con estructuras micóticas. CD4: 75/mm<sup>3</sup>; ratio CD4/CD8: 0,91. Pruebas para detectar VIH (Elisa y Western-Blot) negativos. Carga vírica VIH indetectable. Ag p24 negativo. TC toraco-abdominal (5 días tras la radiografía de tórax): nódulo cavitado de 1,5 cm en lóbulo superior derecho. Aspiración y biopsia de médula ósea libre de infiltración tumoral.

Con el diagnóstico de meningitis criptocócica y criptococoma pulmonar en el seno de una linfocitopenia CD4 idiopática se inició tratamiento con anfotericina B (0,7 mg/kg/día) por vía intravenosa y flucitosina (37,5 mg/kg/6h) por vía oral. A las dos semanas el cultivo del LCR fue negativo. A las tres semanas se hizo terapia secuencial con fluconazol (400 mg/día) por vía oral hasta completar 10 semanas desapareciendo las manifestaciones clínicas y las alteraciones en las pruebas complementarias, excepto su linfocitopenia.

## Conclusión

La linfocitopenia CD4 idiopática se define al hallar una cifra absoluta de linfocitos CD4 inferior a 300/ul (0,3x10<sup>9</sup>/l) en dos ocasiones en pacientes sin evidencia serológica o virológica de infección por VIH. Excluiremos inmunodeficiencias congénitas o linfocitopenias transitorias. La proporción de pacientes que padecen esta enfermedad no se conoce ya que al no tener clínica no van al médico, por otro lado un 50% de casos sufren una infección oportunista indicativa de inmunodeficiencia celular<sup>2</sup>. Su patogenia no está clara relacionándose con infecciones víricas o enfermedades autoinmunes que se complican con linfocitopenias o incluso nuevos retrovirus sugeridos por hallazgos de particulares retrovíricas en cultivos de mononucleares. Se precisan estudios para clarificar la

patogenia y tratamiento de esta enfermedad<sup>3,4</sup>.

José Manuel Rodríguez Ander, Andía, Francisco Carreras, Alfredo Aberasturi, Pilar Anaut y Fernando García.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol. Vitoria-Gasteiz.

## Bibliografía

1. Ho CL, Vhang BC, Hsu GC, Wu CP, Pulmonary cryptococcoma and meningitis in an HIV-negative patient. *Respiratory Medicine* 1998; 92 (1): 120-122.
2. Hayashi T, Hinoda Y, Takahashi T, Adachi M, Miura S, Izumi T, et al. Idiopathic CD4+ T lymphocytopenia with Bowen's disease. *Internal Medicine* 1997; 36 (11): 822-824.
3. Torikai K. Idiopathic CD4+ T lymphocytopenia. *Internal Medicine* 1997; 36 (11): 759.
4. Ishida T, Hashimoto T, Arita M, Ito I, Osawa M. Pulmonary *Mycobacterium avium* disease in a young patient with idiopathic CD4 + T lymphocytopenia. *Internal Medicine* 1998; 37 (7): 622-624.

## Pediculosis resistente a permetrina

**Sr. Director.** La parasitación por *Pediculus humanus* var. *capitis* (piojo de la cabeza) es un viejo problema que afecta fundamentalmente a niños en edad escolar sin distinción de nivel socio-ambiental, cuya frecuencia parece haber aumentado en los últimos años, a pesar de disponer de tratamientos altamente efectivos. Presentamos un caso de infestación con resistencia clínica a la permetrina que, en nuestro conocimiento, no ha sido descrita en nuestro país.

Los padres de una niña de 3 años y medio que asistía a una guardería fueron avisados por el personal de la misma de la existencia de piojos en algunos niños. A pesar de que tras el examen cuidadoso de la niña no se encontraron adultos ni liendres, toda la familia (padres, niña y un hermano de 15 meses) realizaron tratamiento mediante dos lavados (días 1 y 6 desde el aviso) con champú de permetrina al 1,5%, no observándose parásitos. Por ello, y coincidiendo en el tiempo con el final de la asistencia a la guardería se dio por finalizado el tratamiento. Casi un mes después se detectaron abundantes liendres y algún adulto en la niña, realizando nuevamente tratamiento toda la familia. Tras la aplicación del champú se observó gran número de parásitos en el aclarado en ambas mujeres, y muy escaso en los varones, notando que algunos insectos