

Sr. Director. La infección del sistema nervioso central por *Candida* spp. es rara y suele ocasionar abscesos intraparenquimatosos¹. La meningitis por *Candida tropicalis* es una entidad muy poco frecuente que se observa sobre todo en neonatos y niños de corta edad^{2,3}. En adultos es una entidad excepcional, y más aún en pacientes con una derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR). Presentamos un caso de meningitis por *C. tropicalis* en una paciente adulta portadora de una derivación ventricular externa de LCR debida a hidrocefalia.

Mujer de 51 años, intervenida 4 años antes del ingreso de un neurinoma del acústico derecho, tras lo cual presentó una parálisis facial periférica derecha, hipocausia derecha e hidrocefalia supratentorial obstructiva. Por este motivo se colocó una válvula de derivación ventriculoperitoneal permanente. Ingresó 4 años después por bradipsiquia, vómitos y mareos. En la exploración estaba consciente y orientada, sin más déficit neurológicos que los previos. Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal (fig. 1), observándose hidrocefalia, por lo que se cambió la válvula ventriculoperitoneal. A los 5 días tuvo fiebre, aumento de somnolencia y rigidez de nuca. Se realizó una punción lumbar, obteniéndose un LCR purulento. Inmediatamente se instauró de forma empírica tratamiento intravenoso con cefotaxima (2 g/6 h). Tras el comienzo del tratamiento desapareció la fiebre en 48 h, mejoró el nivel de conciencia y desapareció la rigidez de nuca. En los cultivos de LCR se aisló *Klebsiella pneumoniae*. El día 11 se retiró la

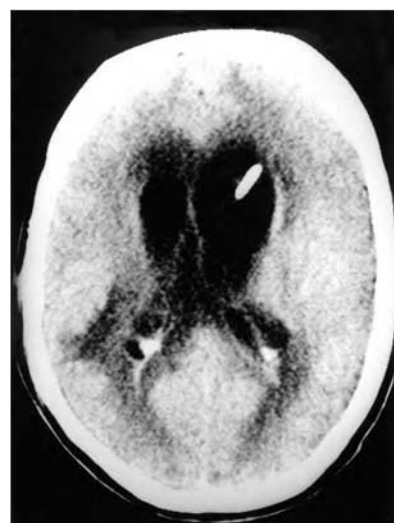


Figura 1. TAC craneal en la que se observa dilatación ventricular.

Meningitis por *Candida tropicalis* asociada a un drenaje ventricular externo en una paciente adulta

válvula ventriculoperitoneal por mal funcionamiento y se colocó un drenaje ventricular externo (DVE). El día 17 del ingreso, la paciente comenzó nuevamente con febrícula (37,6 °C), aumento de somnolencia, y rigidez de nuca. Se obtuvo un LCR con 35 células (90% linfocitos), proteínas de 117 mg/dl y glucosa de 41 mg/dl; glucemia de 103 mg/dl. En dos cultivos de LCR se aisló *C. tropicalis*. En todo momento se manipuló el DVE con las medidas higiénicas adecuadas. Se añadió tratamiento intravenoso con anfotericina y 5-fluocitosina. La dosis total fue de 1,2 g y 280 g, respectivamente. Se mantuvo el tratamiento antifúngico durante 4 semanas, y el antibacteriano durante 3. El test del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue negativo. No se movilizó el DVE hasta que se completó el tratamiento antifúngico. Posteriormente se colocó a la paciente una nueva derivación ventriculoperitoneal permanente. No se aisló ningún microorganismo en el cultivo de la punta del DVE retirado. La paciente curó sin complicaciones. Tras 6 meses de seguimiento no presentó ninguna secuela asociada.

En adultos, los casos descritos de meningitis por *Candida* spp. se presentan en pacientes con algún factor predisponente, como inmunodepresión, catéteres intravasculares, intervenciones quirúrgicas, nutrición parenteral o antibioterapia de amplio espectro^{1,4,5}. Algunos autores sugieren como principal factor predisponente una meningitis bacteriana reciente⁶. En los últimos años se ha observado un incremento de meningitis por *Candida* spp. en pacientes infectados por el VIH⁷. Existen más de 150 especies de *Candida* sp.; de ellas, sólo 10 son patógenas para el hombre. *C. albicans* es la aislada con mayor frecuencia^{1,5,7}. La meningitis por *C. tropicalis* es muy rara, excepcional en pacientes adultos. La infección de derivaciones de LCR por hongos es muy infrecuente, siendo *C. albicans* el patógeno habitualmente aislado. En la bibliografía se describen casos de meningitis por *C. tropicalis*, sobre todo en recién nacidos. Sin embargo, existen muy pocos casos en pacientes adultos; y es excepcional en aquellos que son portadores de una derivación ventricular^{5,8,9}. La mayoría de los pacientes sobreviven tras ser tratados con anfotericina B, sola o asociada con flucitosina. Creemos que la meningitis bacteriana previa, junto con la válvula de derivación de LCR, fue determinante en la aparición de la meningitis por *C. tropicalis* en el caso que presentamos.

Muchos autores sugieren la necesidad de combinar el tratamiento antifúngico con el cambio de sistema derivativo por la dificultad que tienen los antibióticos en llegar a las paredes plásticas, donde muchas veces están acantonados los microorganismos. El tratamiento con anfotericina sola, o en combinación con flucitosina, es el recomendado por la mayoría de los autores^{1,4,6,7,10}. No hay consenso en cuanto a la duración del tratamiento, pero parece aceptarse al menos 3 semanas y la presencia de cultivos de LCR negativos.

Eduardo Miñambres^a,
Daniel García-Palomo^b, Benedicto
Paternina^c, José Antonio Parra^d y
M. Carmen Fariñas^b

^aDepartamento de Medicina Intensiva.
^bUnidad de Enfermedades Infecciosas.
^cServicio de Neurocirugía. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. ^dServicio de Radiología.
Hospital Sierrallana. Cantabria.

Bibliografía

1. Treseler CB, Sugar AM. Fungal meningitis. Infect Dis Clin North Am 1990;4:789-808.
2. Chiou CC, Wong TT, Lin HH, Betau H, Tang RB, Wu KG, et al. Fungal infection of ventriculoperitoneal shunts in children. Clin Infect Dis 1994;19:1049-53.
3. McCullers JA, Vargas SL, Flynn PM, Razzouk BI, Shenep JL. Candidal meningitis in children with cancer. Clin Infect Dis 2000; 31:451-7.
4. Montero A, Romero J, Vargas JA, Regueiro CA, Sánchez-Aloz G, De Prados F, et al. Candida infection of cerebrospinal fluid shunt devices: report of two cases and review of the literature. Acta Neurochir (Wien) 2000;142:67-74.
5. Nguyen M, Yu V. Meningitis caused by *Candida* species: an emerging problem in neurosurgical patients. Clin Infect Dis 1995;21:323-7.
6. Sánchez-Portocarrero J, Martín-Rabadán P, Saldaña C, Pérez-Cecilia E. *Candida* cerebrospinal fluid shunt infection. Report of two cases and review of the literature. Diagn Microbiol Infect Dis 1994;20:33-40.
7. Casado JL, Quereda C, Oliva J, Navas E, Moreno A, Pintado V, et al. Candidal meningitis in HIV-infected patients: analysis of 14 cases. Clin Infect Dis 1997;25:673-6.
8. Gelfand MS, McGee ZA, Kaiser AB, Tally FP, Moses J. Candidal meningitis following bacterial meningitis. South Med J 1990;83:567-70.
9. Geers TA, Gordon SM. Clinical significance of *Candida* species isolated from cerebrospinal fluid following neurosurgery. Clin Infect Dis 1999;28:1139-47.
10. Sánchez-Portocarrero J, Pérez-Cecilia E, Corral E, Romero-Vivas J, Picazo JJ. The central nervous system and infection by *Candida* species. Diagn Microbiol Infect Dis 2000;37:169-79.

Leishmaniasis aislada laríngea

y cultivo de médula ósea

Sr. Director. Benítez et al describen en la sección Diagnóstico a Primera Vista de su Revista el caso de un paciente inmunocompetente con disfonía resistente al tratamiento médico convencional¹, que catalogan como leishmaniasis laríngea aislada por *Leishmania infantum*. Quisiéramos hacer unos breves comentarios al respecto. La diseminación de zimodemas de *L. infantum*, que son normalmente dermatópicos, sólo se ha descrito en pacientes severamente inmunodeprimidos diagnosticados de leishmaniasis visceral^{2,3}. El zimodema MON-24 detectado es dermatópico, lo que apoya el hecho ya conocido de que cuando la leishmaniasis laríngea no ocurre en un paciente con leishmaniasis visceral (pasada o coincidente), existe el antecedente de leishmaniasis cutánea previa, lo que suele dejar cicatrices cutáneas. Por una parte, nos parece que falta información clínica suficiente para valorar estos datos. Por otra parte, no puede decirse con certeza que un paciente sufra una leishmaniasis laríngea aislada si no se ha excluido la afectación del sistema mononuclear-fagocítico mediante el cultivo negativo de un aspirado de médula ósea o aspirado esplénico, y no se hace cultivo en el caso que describen, o al menos no se menciona. Además, no entendemos cómo en el estudio histopatológico se apreciaron granulomas inespecíficos y, sin embargo, no se visualizaron formas de *Leishmania* spp. ¿Qué técnicas de tinción se utilizaron? Los autores mencionan que "el estudio de inmunidad humoral y celular y el recuento periférico de linfocitos CD3⁺, CD4⁺ y CD8⁺ estaba dentro de la normalidad". ¿A qué se refieren realmente? El recuento periférico de linfocitos CD3⁺, CD4⁺ y CD8⁺ es un modo de valorar la inmunidad celular. ¿Se hicieron otros estudios? ¿Qué se hizo para estudiar lo que llaman inmunidad humoral?

Previamente se ha descrito que la microcirugía laríngea es suficiente para el tratamiento de la afectación laríngea por *Leishmania* spp. cuando no existe leishmaniasis visceral⁴. Desconocemos la razón del tratamiento con antimoniales durante 28 días si el paciente no sufría una leishmaniasis visceral.

José Luis Villanueva,
María José Ríos y Ángel Domínguez
Sección de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna. Hospital
Universitario Virgen Macarena. Sevilla.