

# Síndrome general, tos y nódulo pulmonar cavitado en una paciente con VIH sin tratamiento antirretroviral

Esperanza Montero<sup>a</sup>, Josefa Muñoz<sup>b</sup>, Zuriñe Zubero<sup>b</sup> y Juan Miguel Santamaría<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>b</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

## Caso clínico

Mujer de 39 años usuaria de drogas por vía parenteral (UDVP) de larga evolución, fumadora de 1 paquete de cigarrillos diario y bebedora habitual. En 2004 fue diagnosticada de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con CD4 < 200/ml en la actualidad, candidiasis oral y hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C. Antecedente de tuberculosis con afectación pleural hace 10 años, sin completar tratamiento antituberculoso indicado. En control por Neumología desde hace 6 meses por masa pulmonar en lóbulo inferior derecho. En tratamiento en centro de toxicomanías, sin tratamiento antirretroviral y sin profilaxis anti-*Pneumocystis jirovecii*, a pesar de haber sido prescrito.

La paciente refiere un cuadro de aproximadamente 2 meses de evolución de tos, con expectoración dificultosa, afectación del estado general, astenia, hiporexia y pérdida significativa de peso. En los últimos días, dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas, junto con aumento de tos, expectoración, fiebre elevada con tiritona y dificultad respiratoria.

A la exploración está febril (39 °C) y presenta saturación basal de oxígeno del 95%. Destaca un muguet orofaríngeo extenso; en la auscultación pulmonar se objetivan roncus aislados, y en el abdomen una hepatomegalia de 2-3 cm no dolorosa.

Entre las pruebas complementarias, destacan 5.300 leucocitos/ $\mu$ l (90% neutrófilos), bioquímica normal. Presenta una carga viral de 7.561 copias/ml y una inmunidad celular con 8/ $\mu$ l (3%) linfocitos CD4. Los hemocultivos, tinción de auramina y cultivos seriados en esputo, antígenos de legionela y neumococo en orina son negativos. La radiografía de tórax muestra una lesión nodular única cavitada en el hemitórax derecho, con pequeño nivel en su interior, de contornos parcialmente definidos, con márgenes polilobulados de un diámetro de 2,5 cm a la altura de la cisura menor.

## Tratamiento y evolución

Con la sospecha de proceso infeccioso pulmonar, inicialmente se instaura un tratamiento antibacteriano (levoflo-



**Figura 1.** TC torácica. Nódulo intrapulmonar (2,6 cm) cavitado en el segmento apical del lóbulo inferior derecho con implantación pleural.

xacino 500 mg al día por vía intravenosa y clindamicina 450 mg cada 8 h por vía oral) y se realiza una tomografía computarizada (TC) torácica en la que se muestra una lesión intrapulmonar de morfología nodular de aproximadamente 2,6 cm, con áreas de cavitación en su interior localizada en el segmento apical del lóbulo inferior derecho con base de implantación pleural (fig. 1).

Con los hallazgos radiológicos, se realiza broncoscopia y se aísla en el lavado broncoalveolar *Cryptococcus neoformans*. La baciloscopia y la tinción de auramina son negativas. El antígeno de *C. neoformans* en suero es positivo a título de 1/200. Se realiza punción lumbar para descartar meningitis criptocócica, siendo el líquido cefalorraquídeo de aspecto claro, con bioquímica normal y con antígeno criptocócico, tinta china y cultivos fúngicos negativos.

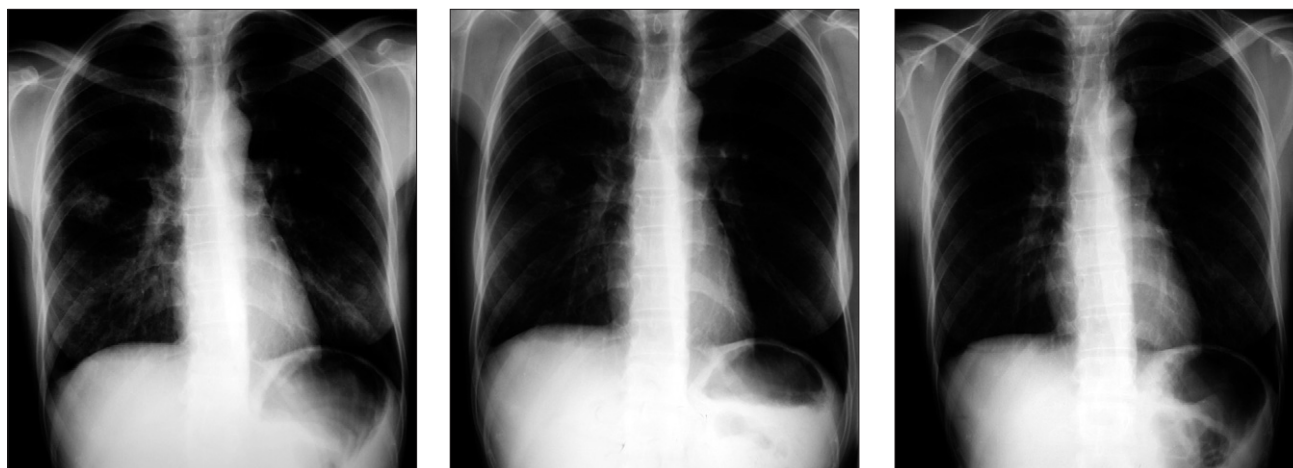
Ante estos hallazgos, tras 5 días de tratamiento antibacteriano, se instaura un tratamiento antifúngico con an-



**Figura 2.** Radiografía de tórax. Lesión nodular cavitada en el hemitórax derecho.

Correspondencia: Dra. E. Montero.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto.  
Avda. de Montevideo, 18. 48013 Bilbao. España.  
Correo electrónico: espemontero@hotmail.com

Manuscrito recibido el 14-5-2006; aceptado el 30-3-2007.



**Figura 3.** Radiografía de tórax. Resolución de la imagen radiológica.

fotericina B liposomal por vía oral; a las 48 h se suspende el tratamiento por reacción alérgica y es sustituido por fluconazol 800 mg/día por vía oral.

La paciente mejora clínicamente y permanece estable, por lo que se decide darle el alta hospitalaria, tras 23 días de hospitalización con tratamiento antifúngico y profilaxis primaria anti-*P. jiroveci*. Se le da cita para consultas en 2 semanas para revaloración clínica e iniciar tratamiento antirretroviral.

La paciente no acude a consultas y reingresa 3 semanas después con fiebre y síntomas respiratorios, tras abandonar el tratamiento desde el alta hospitalaria. Se objetiva en la radiografía de tórax, superpuesta a la cisura menor, una lesión esférica cavitada que ha aumentado de tamaño respecto a la radiografía del ingreso anterior (fig. 2). La TC torácica informa de una imagen en el segmento apical de lóbulo inferior derecho, de las mismas características que las descritas en la TC de ingreso previo, pero aumentada de tamaño. Se aísla *C. neoformans* en el esputo y en el hemocultivo. La TC craneal y la punción lumbar son nuevamente normales. El cultivo de Lowenstein del lavado broncoalveolar resultó negativo.

Se reinicia tratamiento con fluconazol 800 mg/día por vía oral y la paciente mejora clínicamente, por lo que es derivada a un centro de acogida para asegurar el cumplimiento terapéutico. Seis semanas después, la paciente se encuentra asintomática y presenta una resolución de la imagen radiológica (fig. 3).

## Diagnóstico

Criptococoma pulmonar.

## Comentario

El *C. neoformans* es un patógeno oportunista en el VIH (5-10%). El tracto respiratorio es la puerta de entrada más común, si bien la infección criptocócica pulmonar aislada en pacientes con VIH es rara. Dependiendo del estado inmunológico del paciente, el hongo puede afectar única-

mente al pulmón o bien presentar una diseminación hematogénica hacia otros órganos. En pacientes gravemente inmunodeprimidos con sida es más común la presentación meníngea que el síndrome pulmonar debido a la gran habilidad del hongo de diseminarse desde el foco primario pulmonar al sistema nervioso central. En un tercio de los pacientes la infección respiratoria es asintomática y se detecta por imagen radiológica anormal.

La presentación radiológica es variable; las más frecuentes son el infiltrado intersticial difuso, los infiltrados alveolares o micronodulares (83, 87 y 92%, respectivamente)<sup>1-3</sup>. En ocasiones se han asociado adenopatías y derrame pleural. Se han descrito nódulos pulmonares múltiples aislados, pero son muy infrecuentes<sup>4</sup>. Lo excepcional del caso que aquí se expone es la presentación de la criptococosis pulmonar en forma nodular única con implantación pleural y la evolución hacia la cavitación, poco frecuente en el VIH, así como la ausencia de diseminación a otros órganos a pesar de la grave inmunosupresión de la paciente.

Por último, concluir que la criptococosis pulmonar debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares solitarios o múltiples, particularmente en pacientes inmunocomprometidos<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Clark RA, Greer DL, Valainis GT, Hyslop NE. *Cryptococcus neoformans* pulmonary infection in HIV-1 infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1990;3:480-4.
2. Balloul E, Couderc LJ, Molina JM, Cahite I, Wolff M, Saimot AG, Caubarrère J. Cryptococose pulmonaire au cours de l'infection à VIH. *Rev Mal Respir*. 1997;14:365-70.
3. Cameron ML, Barlett JA, Gallis HA, Waskin HA. Manifestations of pulmonary cryptococcosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Infect Dis*. 1991;13:64-7.
4. Miller KD, Mican JA, Davery RT. Asymptomatic solitary pulmonary nodules due to *Cryptococcus neoformans* in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 1996;23:810-2.
5. Zinck SE, Leung AN, Frost M, Berry GJ, Müller NL. Pulmonary cryptococcosis: CT and pathologic findings. *J Comp Assist Tomogr*. 2002; 26:330-4.