

Vértigo y criptococosis. Presentación de un caso.

HOSPITAL UNIVERSITARIO "FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ ". MATANZAS
Vértigo y criptococosis. Presentación de un caso.
Vertiginous syndrome in women.

AUTORES:

Dra. Elsa Boyero Palenzuela (1)
Dr: Félix Silveira García (2)
Dr: Adolfo Valhuerdi Cepero (3)
Dra. Carmen T. Valls Figueroa (4)
Dr. Orestes Casañola Rivero (5)

(1) Especialista 2do Grado Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar Investigador Agregado
(2) Especialista 1er Grado Otorrinolaringología
(3) Especialista 1er Grado Medicina Interna. Profesor Asistente
(4) Especialista 1er Grado de Imagenología
(5) Especialista 1er Grado Medicina General Integral

RESUMEN

Se realiza la presentación de un paciente con diagnóstico de criptococosis cerebral, enfermedad poco frecuente y que se presenta generalmente en pacientes inmunodeprimidos y particularmente en portadores de virus VIH. En este trabajo se pone de manifiesto la presencia clínica de vértigo ligero por aproximadamente tres meses, seguido posteriormente de náuseas y vómito ocasionales con ligera pérdida del equilibrio, por lo que se ingresa para estudio del vértigo, haciéndose diagnóstico de tumor de fosa posterior, que finalmente se opera y resultó ser un criptococoma cerebral y una meningoencefalitis a criptococo, en un paciente con sistema inmunológico normal hasta el momento.

DESCRIPTORES (DeCS):

CRIPTOCOCOSIS/diagnóstico
CRIPTOCOCOSIS/complicaciones
VÉRTIGO/etiología
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El *Cryptococcus neoformans* o *torula histolítica* es un hongo levaduriforme que se encuentra comúnmente en el suelo, corrales y en nidos de palomas. (1) Una vez inhalado por el hombre puede curarse por sí sola, permanecer localizada en los pulmones o diseminarse por todo el cuerpo. Generalmente se presenta en personas con déficit inmunológico, como en los casos de uso de dosis alta de corticosteroides, cáncer, quimioterapia, enfermedad de

Hodgkin y en los pacientes portadores de VIH. En las personas con un sistema inmunológico normal es posible que cure espontáneamente o que la forma pulmonar no presente síntomas, sin embargo, en las personas con sistema inmunológico deteriorado el criptococo se puede diseminar al cerebro a través del torrente sanguíneo. (2-3)

Una vez diseminado al cerebro provoca conglomerados de criptococos en zonas perivasculares de la sustancia gris cortical, ganglios basales y, en menor grado, en otros sitios del sistema nervioso central en forma de tumores cerebrales que producen apirexia. (4, 5)

La mayoría de los pacientes presentan meningoencefalitis al realizar el diagnóstico. Los primeros síntomas son: cefalea, náuseas, marcha tambaleante, demencia, irritabilidad, confusión y visión borrosa, acompañados de fiebre y la rigidez de la nuca. (6)

El diagnóstico de meningoencefalitis criptocócica se realiza con la punción lumbar. La técnica específica utilizada en el análisis del líquido es con una preparación de tinta china, descubriendo las levaduras encapsuladas en los afectados. Es una entidad poco frecuente en nuestro medio y con pronóstico muy reservado (4-5). El objetivo de este trabajo es la revisión y presentación de un paciente con diagnóstico de criptococosis cerebral, que ingresó en nuestro servicio de Otorrinolaringología del Hospital Faustino Pérez por presentar vértigo ligero de aproximadamente tres meses de evolución con sistema inmunológico normal. Enfermedad poco frecuente y de muy difícil diagnóstico.

Caso clínico

Paciente GEB de 27 años, sexo masculino, raza blanca, cubano, residente en la provincia de Matanzas. Sin antecedentes de ser seropositivo del VIH/SIDA. Su primer síntoma consistió en presentar vértigo ligero durante aproximadamente tres meses sin otro signo; comienza a presentar cefalea y pérdida ligera del equilibrio con náuseas y vómitos ocasionales. Los vértigos y trastornos del equilibrio aparecen en los cambios de posición de la cabeza, por lo que llevó tratamiento con meclozine y vitaminoterapia del complejo B, no mejorando. Por todo esto se decidió ingreso para estudio.

Antecedentes patológicos personales y familiares

Nada señalar.

Interrogatorio por aparato

Sistema nervioso refiere vértigos y alteraciones del equilibrio relacionados a los cambios de posición de la cabeza y vómitos en ocasiones. Del resto nada señalar.

Hábitos tóxicos

Alcohol ocasional, no fuma

Examen físico

General y regional: normal

Por sistemas:

Respiración normal

Cardiovascular: normal

Digestivo: normal

Hemolinfopoyético: normal

Urinario: normal

Andrológico: normal
Osteomioarticular: normal
Nervioso: marcha lateralizada a la derecha.
Romberg simple y sensibilizado discretamente oscilante.
Fondo de ojo: completamente normal. No nistagmus, no diplopia.
VII: par aparente parecía facial derecha central.
Niega pérdida de audición y ruidos de oído, no hay nistagmus.
Resto normal.

Exámenes complementarios

-Rx columna cervical: normal
-Hemograma: Hto 0.48, leucograma 9.5
-Serología especial: negativa.
-Glicemia: 5.0 mml
-Cituria: normal
-Creatinina: 86.0
-TGP: 16.4
-LGP: 25.2
-Heces fecales: negativo
-Colesterol: 5.3
-Triglicéridos: 1.96
-Audiometría: normal y prueba vestibular normal
-Pan endoscopia-gastroduodenitis crónica agudizada en región antral

Fondo de ojo

Papilas de bordes definidos, buena coloración, vasos de buen calibre, retina y corioide normal.

TAC y resonancia magnética

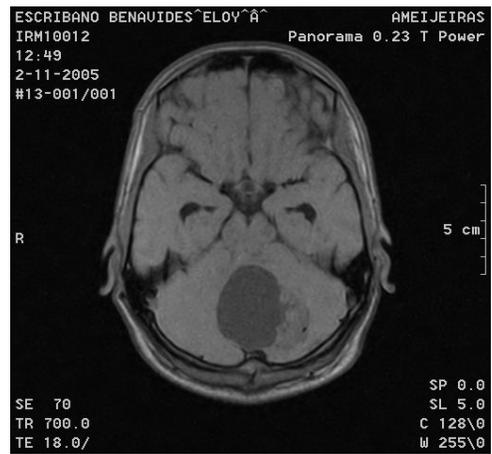
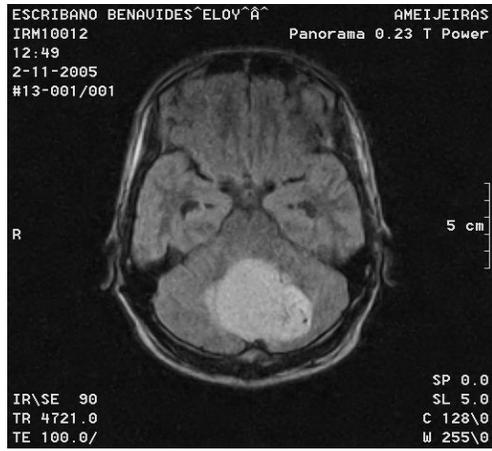
Informe de TAC H.C.Q.H.A

Se estudió selectivamente la fosa posterior con cortes de 3 mm. Hay una lesión expansiva quística en línea media de la fosa posterior con signos de hidrocefalia. No se logra definir bien el 4o. ventrículo. Se indica examen EV, observándose una lesión quística por detrás del 4o. ventrículo con un nódulo sólido que se tiñe de contraste en la pared lateral izquierda de la lesión. No hay hidrocefalia, ni otras alteraciones encefálicas. I.D.-Astrocitoma quístico de fosa posterior.

Informe de RMN de cráneo

RMN de cráneo

Se realizan CA con técnica de T1 y FLAIR sagitales T1 y T2 y coronales Balanced apreciándose a nivel cerebeloso, en línea media, una lesión expansiva compleja, predominantemente quística (aunque el material del quiste es menos hipointenso que el LCR en T1) que comprime y desplaza al IV ventrículo hacia delante y que mide en su conjunto 5.21 x 4.76 cm. Dra. Peña





-Se traslada e ingresa en el Hospital "José R. López Tabrane" en el Dpto. de Neurocirugía.
-Se le indican resto de complementarios para estudio completo y tratamiento quirúrgico.

- Grupo sanguíneo O+
- Coag 7 y sang 1
- Hto 0.54 Eritro 5 mm
- Glicemia 5.9 mml
- Creatinina 169.3 mml
- TGP 13.8

Se opera el 10/11/05 con diagnóstico de tumor de cerebello.
Tratamiento por 10 días con:

- Vancomicina
- Amikacina
- Claforan

Resultado anatomopatológico

-Criptococoma

-Meningoencefalitis a criptococo

Se comienza tratamiento con anfotericin B, al cual hace reacción alérgica y es necesario suspender.

-Se decide administrar miconazol respondiendo bien al tratamiento.

COMENTARIO

Se realiza estudio inmunológico y serológico especial, siendo negativos. En estos momentos se mantiene bajo tratamiento y se sigue por la consulta de inmunología y neurología habiéndose repetido todas las pruebas, llevando tratamiento con fluconazola

DISCUSIÓN

Se procedió a la presentación de un caso donde el paciente presenta como único síntoma vértigo ligero durante aproximadamente tres meses. El vértigo muchas veces identificado como mareo es un síntoma muy frecuente en el trabajo diario de consulta en diferentes especialidades como otorrino, neuro, ortopedia y medicina. Este síntoma tiene muchas causas etiológicas y se clasifica en periférico y central. En los centrales, que es el caso que nos ocupa, se plantea dentro de las causas más frecuentes las de origen vascular y los tumores de fosa posterior. (7, 8) Los tumores de fosa posterior pueden ser de diferentes etiologías; se describen como frecuentes las meningiomas intracraneanos (9). No así en el caso del linfoma primario del sistema nervioso central. (10)

Los tumores cerebrales primarios que frecuentemente producen manifestaciones clínicas específicas son: -Craneofaringeomas, neurinomas acústicos, adenomas hipofisarios, gliomas del tallo cerebral y germinomas en la región pinial (11). Los de origen metastático maligno son frecuentes en la corteza cerebral, pudiendo verse en la fosa posterior. Se describe que el vértigo es más frecuente asociado especialmente a los tumores de fosa posterior. (12)

Nuestro paciente se ingresa para estudios complementarios por la forma tan solapada de aparición de los síntomas, llegándose al diagnóstico por TAC y resonancia magnética de lesión expansiva de la línea media del cerebelo quístico. Se plantea como impresión diagnóstica un astrocitoma quístico de fosa posterior. Al intervenirlos quirúrgicamente y realizarle craneotomía de fosa posterior bajo anestesia general, que es lo indicado (13) aunque hay autores que describen el uso sólo de sedación, se confirma el diagnóstico de tumor quístico de cerebelo. Al recibir el resultado anatomopatológico de la pieza enviada se encuentra el diagnóstico positivo de criptococoma y meningoencefalitis a criptococos. En esta entidad no es frecuente su localización encefálica y menos con una aparición y evolución tan solapada. Sólo se describe en pacientes inmunodeprimidos, que no es el caso que presentamos. Al paciente se le puso tratamiento con anfotericin B intravenoso, al cual hizo reacción alérgica y se continuó con miconazol. En estos momentos se encuentra con tratamiento de fluconazol (400 mg diarios) durante ocho semanas como está establecido.

Como conclusiones de la presentación de este caso consideramos importante señalar:

-El vértigo ligero como síntoma de inicio durante un período prolongado.
-La aparición tardía de otros síntomas.

-El diagnóstico de criptococoma y meningoencefalitis criptococócica, entidad no frecuente y muy grave.
-La no depresión del sistema inmunológico en este paciente.
-El estudio serológico de VIH SIDA no positivo hasta el momento.
Por todo esto consideramos recomendable prestar la mayor atención a todo paciente portador de vértigo para llegar a un diagnóstico positivo de su enfermedad precozmente y así garantizar un mejor pronóstico y calidad de vida

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jjer. Instituto de Investigación de enfermedades raras. Código CIE-9-MC.2005. p.117.5
2. Organización Panamericana de la Salud. Plantas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. 3ed. Washington, DC: OPS; 2000
3. VIH . Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. En: Vennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México DT: Interamericana Mc Grasy Hill; 1998.p. 2118-81.
4. Jiménez Sandoval O. Conocimiento sobre VIH. En: Manual para el personal de Salud y Médico de la familia de Cuba. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1999.p. 3- 16.
5. Cedeño Arias, Rodríguez Forres NE. Criptococosis cerebral: una experiencia de trabajo VIH/SIDA. MEDISAN 2003; 7 (2).
6. Dicterich M. Dizziness. Dpto Neurology University Mainz, Germany; 2004.
7. Brandt T. En: Vértigo: Its Multisensory. 2 ed. London :Spinger Vertag; 2000 p. 83- 98.
8. Villanueva G, Pablo Fco, Farralba Marchant. Consideraciones sobre los meningeomas intracraneos. Rev chil 2002; 19(3): 71-5
9. Rosales-Forres P. Linfoma primario infratentorial del Sistema Nervioso Central. Gac méd méx 2002; 138 (6): 577-80
10. Francis S, Zoroddu JF. Evaluating patients with vértigo, UO Nemology. Ozury, Italy; 2004
11. Sanz de Pablos F, Luito Rodríguez. El marco como síntoma de los tumores encefálicos. An otorrinolaringol méx 1999; 44 (4): 209-13.
12. Rosemblum ML, Levy Rm and Budesen. Criptococosis encefálica. Indicación de tratamiento Nemoquirúrgico Neurot 2000; 30: 835-8.
13. Barbieri P S , Rosier R. Craneotomía bajo sedación de tumor de fosa posterior con técnica estereotáxica. Rev argent anestesiol 2004; 62 (2): 88-94

SUMMARY

A patient is presented with the diagnosis of cerebral cryptococosis, a non frequent disease generally occurring in immunodepressed patients, particularly in those carrying the HIV virus. In this work it is exposed the clinical presence of light vertigo for around three months, followed by nausea and occasional vomits with a little of equilibrium lost. The patient was admitted in the hospital to study the vertigo. A tumor of posterior fossa was diagnosed which was finally operated and it resulted in a cerebral Cryptococoma and an a cryptococcus meningocencephalitis in a patient that at present has a normal immunologic system