

# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

---



Eva María Romay Lema

Cristina Pedrosa Fraga

Manuel Francisco Liroa

Unidad de Infecciosas

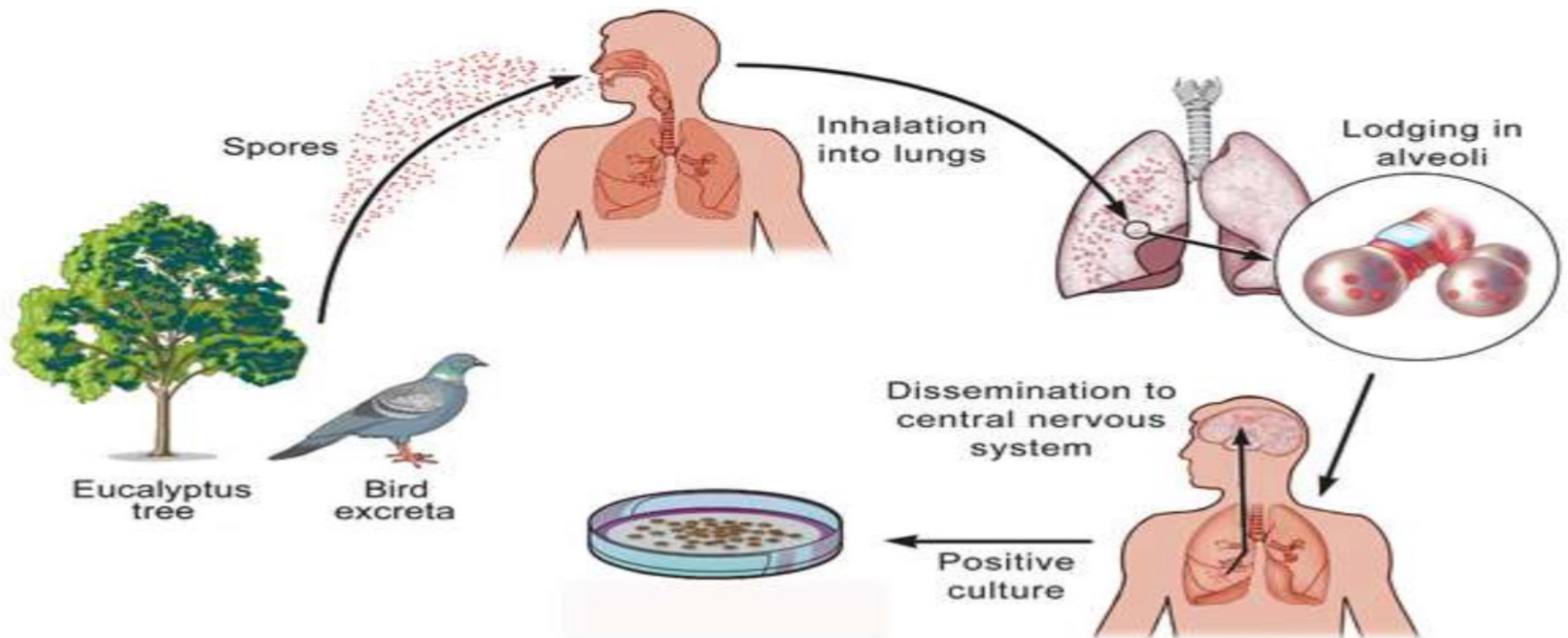
Hospital Universitario Lucus Augusti

# CRIPTOCOCOSIS

- Enfermedad fúngica invasiva por *Cryptococcus spp.*
- La meningoencefalitis es su manifestación más frecuente.
  - ↳ Enfermedad definitoria de SIDA

# CRIPTOCOCOSIS

- Enfermedad fúngica invasiva por *Cryptococcus spp.*
- La meningoencefalitis es su manifestación más frecuente.
  - ↳ Enfermedad definitoria de SIDA



# CASO CLÍNICO



52 años

## ANTECEDENTES PERSONALES

- Institucionalizado en centro penitenciario.
- Ex UDVP, en tratamiento con metadona.
- Diagnosticado en 1997 de:
  - Infección crónica por VHC genotipo 3 (CV: 3 millones), sin tratamiento.
  - Infección por VIH, carga viral y CD4 desconocidos al diagnóstico.

# CASO CLÍNICO



52 años

## ANTECEDENTES PERSONALES

- A seguimiento en consulta desde 2002.
- Múltiples cambios de TAR por intolerancia y suspensiones voluntarias, con mal control inmunoviroológico.
- En revisión de Febrero/2019:
  - CV 103 copias/mL y CD4 66
  - TAR: FTC/TDF + Raltegravir.

# CASO CLÍNICO

Tras suspender nuevamente TAR...

A los 4 meses acude por  
dolor en hemitórax y disnea

# CASO CLÍNICO



TA 80/50 mmHg FC 120 lpm Tª36°C FR 30 rpm,  
SpO2 88% AP: Crepitantes en base derecha

- Leucocitosis con neutrofilia + trombopenia grave
- Insuficiencia resp grave. Acidosis metabólica.  
PCT 3.85

- Rx tórax: infiltrado basal derecho
- Antigenuria para neumococo: (+)

**NEUMONÍA NEUMOCÓCICA FINE IV. SHOCK SÉPTICO.**

# CASO CLÍNICO


## EVOLUCIÓN

**UCI 03/06/19**

- IOT, aminas, corticoides...
- Ceftriaxona + levofloxacino

**Traslado a planta de  
Infecciosas 25/06/19**

- Resolución del cuadro respiratorio
- Polineuropatía del enfermo crítico



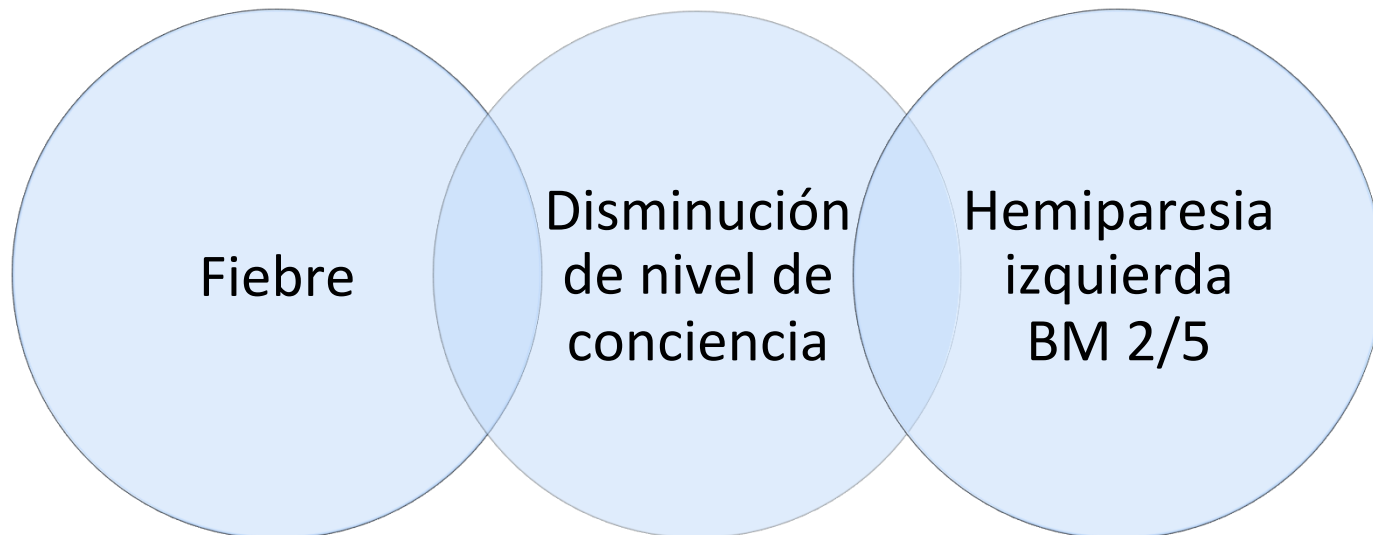
CV 1160 CD4 26  
Reinicio de TAR



# CASO CLÍNICO

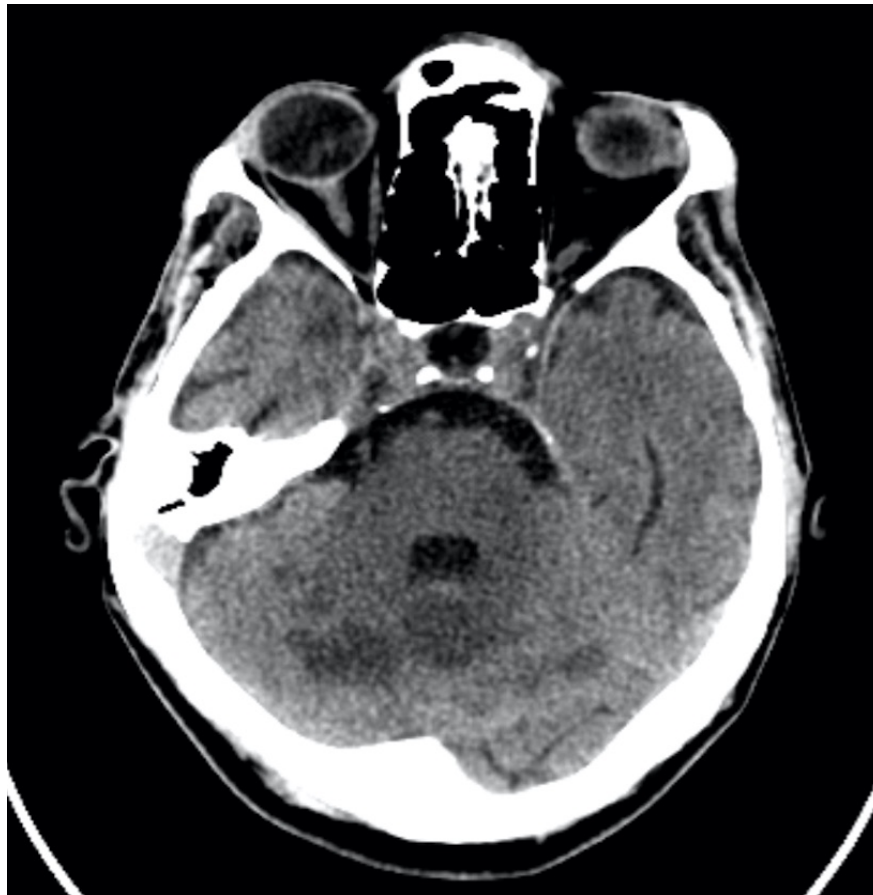
## EVOLUCIÓN

- A los 4 días...



# CASO CLÍNICO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: TAC CEREBRAL



# CASO CLÍNICO

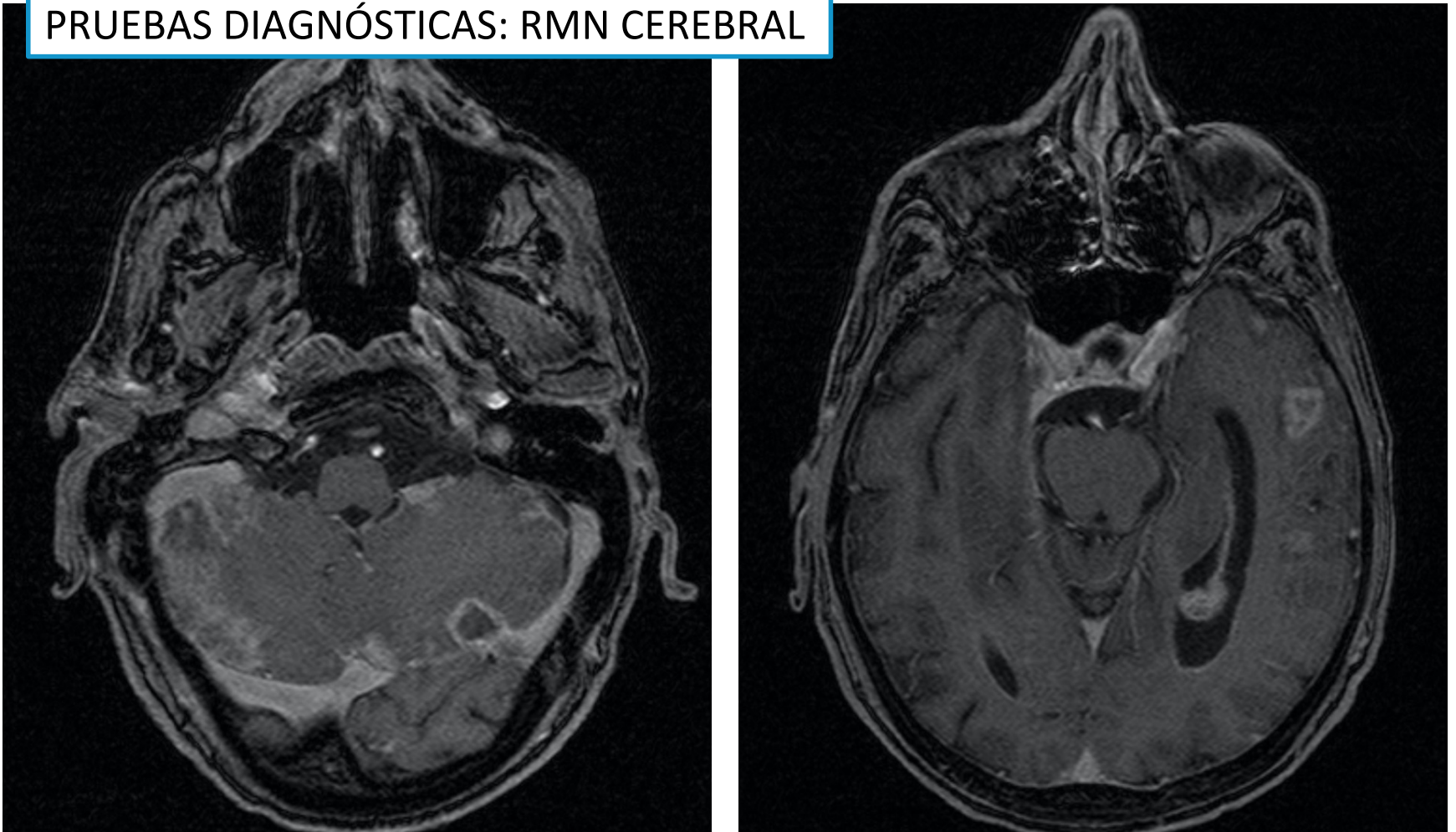
## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: TAC CEREBRAL



3 lesiones en cerebelo, hipodensas, SIN edema perilesional, compromiso de espacio ni captación de contraste, CON importante realce generalizado de surcos corticales

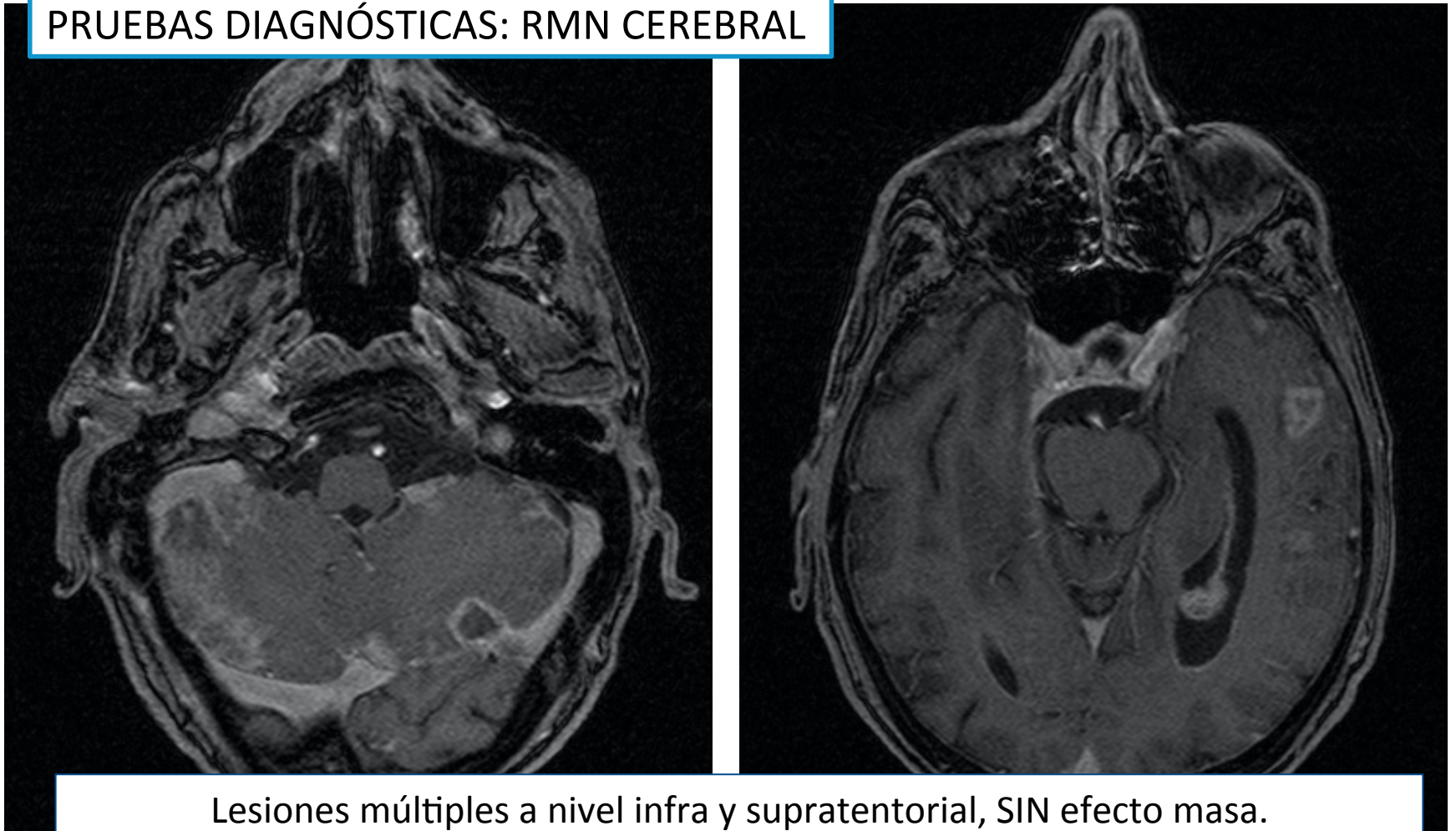
# CASO CLÍNICO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: RMN CEREBRAL



# CASO CLÍNICO

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: RMN CEREBRAL

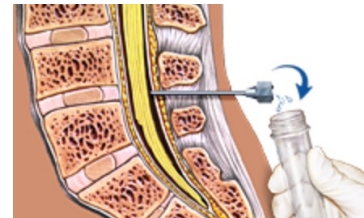


Lesiones múltiples a nivel infra y supratentorial, SIN efecto masa.  
No dilatación de sistema ventricular.

# CASO CLÍNICO


## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Hemocultivos: (-)
- Serologías *Toxoplasma gondii* y lúes: (-)
- PCR CMV y VEB: (-)
- Fondo de ojo: normal
- Punción lumbar:
  - Presión de apertura N. Líquido claro, glucosa normal, proteínas 262 mg/dl, hematíes 3, células 32/mcL, MN 95%.
  - PCR CMV, VEB, virus JC, VHS, VVZ (-); PCR TBC: (-)



# CASO CLÍNICO

Antígeno de *Cryptococcus neoformans* positivo  
en suero (1/320) y en LCR (1/160)



MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA



Suspensión del TAR

Inducción: Flucitosina + anfotericina B liposomal 2 semanas

Consolidación: Fluconazol 400 mg 8 semanas

Mantenimiento: Fluconazol 200 mg

# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

- Incidencia en VIH: 5-30%
- + frecuente con CD4 <100

## CLÍNICA

++ Hipertensión intracraneal: cefalea, fiebre, vómitos, disminución de nivel de conciencia, crisis

Inflamación meníngea: rigidez de nuca, cefalea

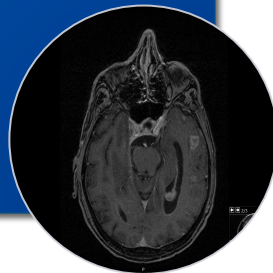
Criptococomas: déficit focal motor o sensitivo



# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

- Antes de punción lumbar  
→ descartar efecto masa
- Lesiones múltiples ++, en ganglios de la base +

TC/RM



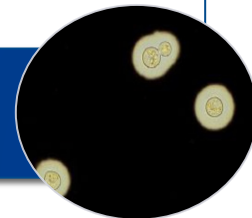
- Baja celularidad, predominio mononuclear
- Hiperproteíorraquia
- Glucosa No ↓

PUNCIÓN LUMBAR



# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

- **Hemocultivos**
- **Tinta china en LCR / Cultivo de LCR**
- **PCR en LCR**
- **Antígeno criptocócico**
  - **AgCr en LCR** (S 93-100%, E 93-98%)
    - Títulos elevados al inicio → peor pronóstico
    - No sirve para monitorizar
  - **AgCr en suero** (S 90-97%, E 93-100%)
    - Útil cuando no se puede realizar PL
    - Recomendado en asintomáticos si CD4 <100



# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

## TRATAMIENTO Y MANEJO

### Antifúngico

- Inducción, consolidación y mantenimiento
- Suspender terapia de mantenimiento si  $CD4 > 100$  y CV indetectable durante  $>$  de 3 meses

### Manejo precoz de PIC

- Punción lumbar evacuadora si presión de apertura  $> 20$  cm
- No recomendados los corticoides

### Reinicio TAR

- A las 4-6 semanas de antifúngico para evitar SIRI

# MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA

## PRONÓSTICO

- Factores de mal pronóstico:
  - Disminución del nivel de conciencia persistente
  - Antígeno en LCR de  $> 1: 1024$
  - $< 20$  células en LCR
- Mortalidad del 30% a las 10 semanas a pesar de terapia combinada.

*¡Gracias!*