

Criptococosis meníngea con fallo a primer esquema de inducción en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

MA Díaz¹, CT Cortés Rodríguez¹, JL García¹, AG Benchetrit², SE Echazarreta¹, F Messina³, MDLM Romero³, G Santiso³
1. Residencia de Infectología. 2. Sala 21. 3. Unidad Micología. Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción

La criptococosis meníngea (CM) es una infección grave en pacientes inmunocomprometidos. La persistencia de cultivo micológico positivo en líquido cefalorraquídeo (LCR) tras 14 días de tratamiento de inducción constituye un factor predictivo de evolución desfavorable y mortalidad. Si bien se comunica hasta un 70% de fallo al tratamiento de inducción, no existen estudios aleatorizados que evalúen posibles esquemas terapéuticos para su manejo.

Objetivos

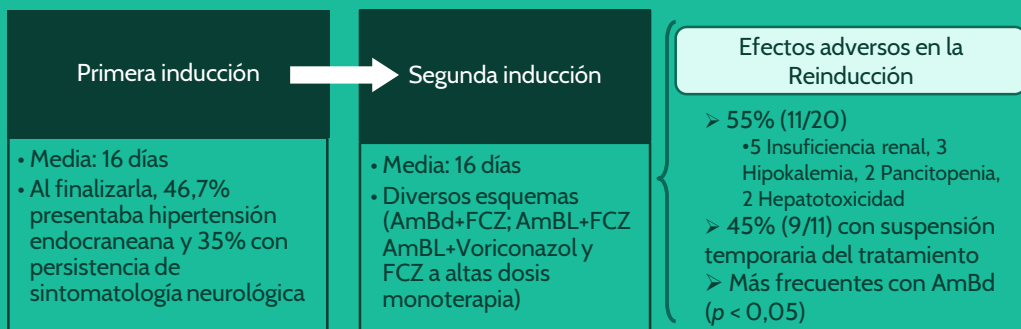
Describir y analizar características clínicas y evolutivas de pacientes con VIH y CM, con fallo a primer esquema de inducción de tratamiento.

Materiales y Métodos

Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con VIH y CM durante el período 2015-2016. *Criterios de inclusión:* Primer episodio de CM con cultivo de LCR positivo para *Cryptococcus neoformans* tras 10 a 21 días de tratamiento con anfotericina B desoxicolato (AmBd) 0.7mg/kg/día o anfotericina B liposomal (AmBL) 3-4mg/kg/día, y fluconazol (FCZ) 800-1200mg. *Criterios de exclusión:* Infecciones oportunistas concomitantes en sistema nervioso central y/o tratamiento con antifúngicos sistémicos durante el mes previo. Se recolectaron datos clínicos y evolutivos. Se utilizaron los tests de Fisher para datos binarios y t de Student para los cuantitativos (IBM SPSS Statistics 22.0).

Resultados

Se incluyeron 20 casos de un total de 75 pacientes, 60% de sexo masculino, con una mediana de edad de 43 años y un recuento medio de CD₄ de 29 células/UL.



Se obtuvo una esterilización del LCR en el 73,6% (14/19), luego de una media de 38 días de iniciado el tratamiento. No se encontraron diferencias significativas respecto al tiempo de negativización del cultivo de LCR entre aquellos que recibieron esquemas combinados con AmBL y con AmBd ($p = 0,13$). No se observó asociación entre valores más elevados de antígeno-raquia ni antigenemia y esterilización más lenta del LCR ($p \geq 0,05$).

El 80% requirió punciones lumbares evacuadoras y uno una derivación ventriculoperitoneal. Se observó una mortalidad del 40% (5 por infecciones intrahospitalarias, 2 por CM y 1 por neumocistosis).

Conclusiones

Se destaca una elevada mortalidad atribuible a eventos relacionados a internación prolongada. En consecuencia, se podría evaluar la realización de una punción lumbar en semana 5 de tratamiento, basándose en la media de tiempo de esterilización de LCR para los distintos esquemas de reinducción, a fin de evaluar éxito terapéutico.