

RETINITIS SECUNDARIA A CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA

IGNACIO SAGUIER PADILLA, JUNIOR SANDOVAL, GABRIELA A. RAFFA, RICARDO BARCIA

VI Cátedra de Medicina Interna, Hospital de Clínicas José de San Martín,
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignaciosaguierp@gmail.com

Mujer de 32 años, con diagnóstico de HIV, consultó por disnea y fiebre. Al examen físico: frecuencia respiratoria de 20, murmullo vesicular conservado, sin signos meníngeos. En el laboratorio presentaba 5510 leucocitos/mm³, carga viral 102 615 copias/mL y CD4, 4 células/mm³. En la tomografía de tórax se observaron, infiltrados en vidrio esmerilado bilaterales y nódulos pulmonares. Se realizó un lavado bronquio-alveolar donde se observaron levaduras compatibles con *Cryptococcus neoformans*. El antígeno en plasma fue positivo. La tomografía computarizada del cerebro no presentó lesiones. La punción lumbar mostró un líquido incoloro, presión de apertura de 10 cm, 1 célula/mm, glu-

corraquia 42 mg/dL, proteinorraquia 26.5 mg/dL, cloro 117.3 mEq/L, con antígeno para criptococo positivo y presencia de levaduras (Fig. 1). En el fondo de ojo se observaron múltiples infiltrados blanquecinos en región temporal superior, compatibles con coroiditis por criptococo (Fig. 2). Con diagnóstico de criptococosis diseminada se inició tratamiento con anfotericina B liposomal 1 mg/kg peso por 21 días.

El aislamiento de *C. neoformans* en una muestra pulmonar de un inmunocomprometido, obliga a descartar una infección diseminada. Un 5% tiene compromiso de la retina. Sin tratamiento, la mortalidad al año de una criptococosis diseminada llega al 60%.

Figura 1 |

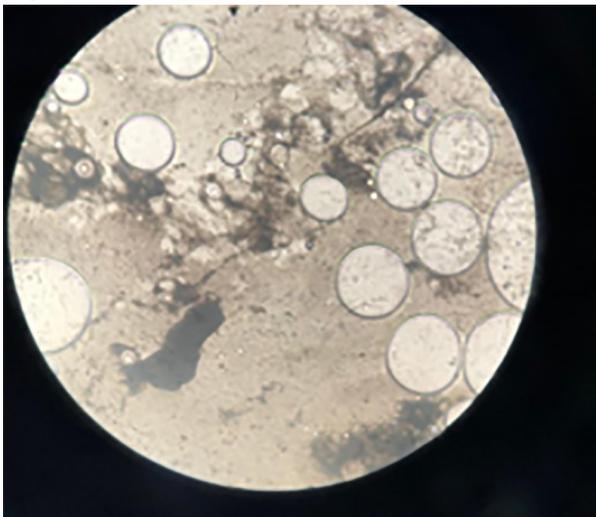


Figura 2 |

