CRIPTOCOCOSIS PULMONAR, UN HUÉSPED SILENCIOSO. (PULMONARY CRYPTOCOCCOSIS, A SILENT HOST).

Anabel V. González Briceño*, Mayerling C. González Medina, Nery L. Duarte Matos***, Yolanda J. Zapata Ávila****.**

Servicio de Medicina Interna del Hospital General Regional Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S) "Dr. Adolfo Pons", Maracaibo, Venezuela.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en el presente trabajo

ORCID: * 0009-0001-9679-0929
ORCID: ** 0009-0000-3683-0653
ORCID: *** 0009-0002-4425-1752
ORCID: **** 0000-0001-8012-8466

Autor de correspondencia: anabelvgb@gmail.com

Recibido: 29/05/25
Aceptado: 10/06/25

RESUMEN

La criptococosis es una micosis ocasionada por las especies del complejo Cryptococcus neoformans. Se presenta con mayor frecuencia en hombres y en adultos jóvenes. El principal factor de riesgo es la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el uso crónico de terapia inmunosupresora, la presencia de neoplasias, los trasplantes, enfermedades autoinmunes y entidades que depriman el sistema inmune. Presentamos el caso de una paciente femenina de 84 años con diagnóstico de hipertensión arterial controlada y tratada actualmente, con sintomatología desde hace 1 mes, caracterizado por disnea, tos no productiva y astenia. Al examen físico, paciente en regulares condiciones clínicas, afebril, hidratada, taquípneica, hipertensa, con ligera palidez cutáneo mucosa. Se evidencia en tomografía nódulo pulmonar izquierdo, al cual se le realiza biopsia y se evidencia crecimiento de criptococos.
Comentarios: Se documentaron los datos clínicos, paraclínicos, radiológicos y patológicos encontrados en la paciente para llegar al diagnóstico, ya que ninguno de estos datos se presenta como típicamente lo hace la criptococosis pulmonar. Conclusiones: Identificar las causas que originan la lesión en el paciente y siempre ampliar la búsqueda y sospechar de microorganismos atípicos, con una historia clínica detallada para el diagnóstico y tratamiento adecuado.
Palabras Claves: Criptococosis Pulmonar, Micosis Pulmonar, Infecciones Respiratorias Atípicas.

ABSTRACT

Cryptococcosis is a fungal infection caused by species of the Cryptococcus neoformans complex. It occurs most frequently in men and young adults. The main risk factors are Human Immunodeficiency Virus infection, chronic use of immunosuppressive therapy, the presence of neoplasia, transplants, autoimmune diseases, and conditions that suppress the immune system. We present the case of an 84-year-old female patient diagnosed with controlled and currently treated hypertension, with symptoms for the past month characterized by dyspnea, nonproductive cough, and asthenia. On physical examination, the patient was in fair clinical condition: afebrile, hydrated, tachypneic, mildly hypertensive, with mild cutaneous and mucous membrane pallor. A CT scan revealed a left pulmonary nodule; a biopsy was performed, revealing the growth of cryptococcus. Comments: The patient's clinical, paraclinical, and pathological radiological data were documented to arrive at a diagnosis, as none of these findings presented as typically seen in pulmonary cryptococcosis. Conclusions: Identify the causes of the patient`s lesion and always expand the search and suspect atypical microorganisms, with a detailed clinical history for diagnosis and appropriate typically seen in pulmonary cryptococcosis. Conclusions: Identify the causes of the patient`s lesion and always expand the search and suspect atypical microorganisms, with a detailed clinical history for diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Pulmonary Cryptococcosis, Pulmonary Mycosis, Atypical Respiratory Infections.

INTRODUCCIÓN

Se estima que existen alrededor de 200,000 especies de hongos en la naturaleza, pero se cree que hay más de un millón y medio, de los cuales menos de 100 son patógenos para el ser humano. Los hongos son organismos eucariotas, esclerófilos y heterótrofos que se reproducen sexual y asexualmente, envueltos por una pared celular compuesta de quitina glucano, manano y otros polisacáridos y forman parte de un único reino: Fungi. Morfológicamente se clasifican en tres grupos: 1) hongos unicelulares o levaduras como lo son Candida spp., Cryptococcus sp. y Pneumocystis sp., 2) hongos pluricelulares o filamentosos (mohos) como Mucor sp., Aspergillus sp. y Fusarium sp., y 3) hongos dismórficos como Histoplasma spp., Coccidioides sp. y Blastomyces spp.; estos últimos ingresan al organismo en forma filamentosa y cambian a levadura durante el proceso infeccioso. Las micosis son enfermedades infecciosas producidas por hongos. (1)

La criptococosis, es una micosis ocasionada por las especies del complejo Cryptococcus neoformans (C. neoformans / C. gattii). Se presenta con mayor frecuencia en hombres y en adultos jóvenes, en la población infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es rara en niños. El principal factor de riesgo es la infección por el VIH. También, es importante el uso crónico de terapia inmunosupresora, la presencia de neoplasias o malignidades hematológicas, los trasplantes, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoidea, la sarcoidosis y en general, aquellas entidades que depriman el sistema inmune. En el 13% de los casos no se identifica un factor de riesgo predisponente. (2)

La enfermedad tiene diferentes manifestaciones clínicas según el sitio de localización, siendo la más frecuente la del sistema nervioso central. Otra localización es la enfermedad pulmonar que puede ser asintomática hasta en el 30% de los pacientes. Otros pacientes suelen presentar síntomas como tos, dolor torácico, expectoración, pérdida de peso, fiebre y hemoptisis. Esta infección tiene una tendencia a la resolución espontánea. (3)

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 84 años, con Diagnóstico de Hipertensión Arterial controlada y tratada actualmente. Quien inicia sintomatología hace 1 mes, caracterizado por disnea de inicio insidioso y evolución progresiva que no llega a la ortopnea, y se exacerba a mínimos esfuerzos, acompañado de tos no productiva sin predominio de horario, no emetizante ni cianosis, se añade al cuadro clínico dos días previos a su ingreso debilidad generalizada que llega a la astenia, motivo por el cual consulta se valora y se decide su ingreso.

Antecedentes personales: refiere enfermedades infectocontagiosas de la infancia tipo varicela y sarampión sin complicaciones. Hipertensión Arterial desde hace 20 años tratada con amlodipino tableta 5 mg oral diario.

Refiere Cáncer de Colon en el año 2017 con remisión en el año 2019. 4 ciclos de Quimioterapia y Radioterapia. Antecedentes Quirúrgicos, Refiere Histerectomía en el año 2006 en la institución sin complicaciones y colecistectomía en el año 2013 en centro privado sin complicaciones. Refiere fráctura de fémur izquierdo por accidente automovilístico en el año 2021, sin complicaciones. Alergia a los Aines. Vacunas SARS-CoV-2: 3 dosis no especifica fecha ni lote.

Antecedentes Familiares, madre fallecida a los 72 años por Infarto Agudo de Miocardio. Padre fallecido a los 65 años por Cáncer de Pulmón. Hermanos 4 fallecidos, 2 por infarto agudo de miocardio, 1 cáncer de próstata y 1 accidente automovilístico. Hijos 2 vivos, aparentemente sanos.

Hábitos psicobiológicos, Niega Hábito alcohólico, tabáquico, consumo de chimó y drogas Ilícitas. Refiere Hábito Cafeico 1 taza diaria. Parejas Sexuales: 2, Heterosexuales. Sueño: Intranquilo, 4 Horas. Ocupación: Administradora del Hogar.

Al examen físico, presión arterial: 145/ 63 mmHg, presión arterial media: 90 mmHg. Frecuencia Cardiaca: 95 lpm. Frecuencia Respiratoria: 25 rpm. Saturación 02: 92% Peso: 55 kg Talla: 1.50mts IMC: 24,44. Paciente quien se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, afebril al tacto, hidratada, taquípneica, con ligera palidez cutáneo mucosa. Tórax Simétrico, hipoexpansible, sin uso de músculos accesorios. Frémito vocal palpable bilateral, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares sin agregados, timpanismo en ambos campos pulmonares. Ruidos cardíacos rítmicos, normo fonéticos, no se auscultan soplos, ni 3er ni 4to ruido, no frote pericárdico. Punto

de máximo impulso, línea medio clavicular izquierda con 5to espacio intercostal izquierdo. Neurológico: consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, lenguaje coherente y fluido, sensibilidad superficial y profunda conservada, fuerza muscular V/V global, Reflejos Osteotendinosos (ROT) ++/++++, pares craneales impresionan indemnes, marcha y pruebas cerebelosas sin alteraciones, sin signos de irritación meníngea.

Al momento del ingreso se realiza los siguientes paraclínicos, (Tabla nº 1)

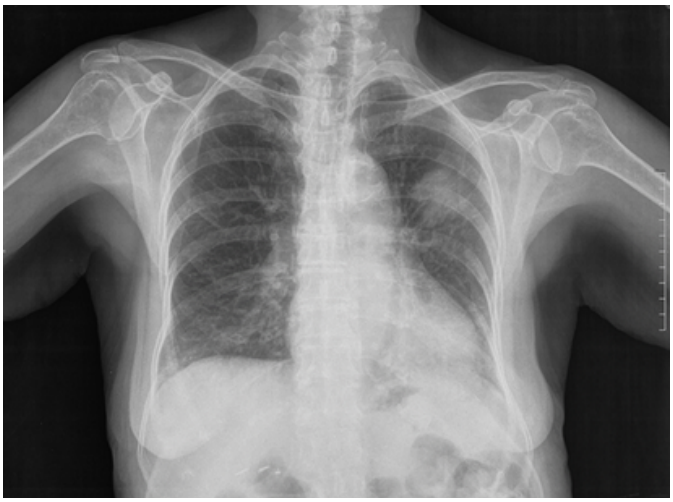
Tabla Nº 1. Exámenes Paraclínicos

Hemoglobina : 12.01 gr/dl	Plaquetas: 354.000mm3	Sodio: 137 mEq/l
Hematocrito: 38%	Glicemia: 93 mg/dl	Cloro: 101 mEq/l
Cuenta Blanca: 15.700 mm3	Urea: 35,1 mg/dl	Potasio: 4 mEq/l
Segmentados: 84%	Creatinina: 0,70 mg/dl	Calcio: 8.9 mg/l
Linfocitos: 16%	TFG: 79,7 mg/ML/1.73	Magnesio: 1.9 mg/l
VDRL: Negativo	Prueba Covid-19: Negativo	BK: Negativo
VIH: Negativo	Cultivo de Esputo: Negativo	PPD: Negativo

Fuente: Historia clínica del paciente.

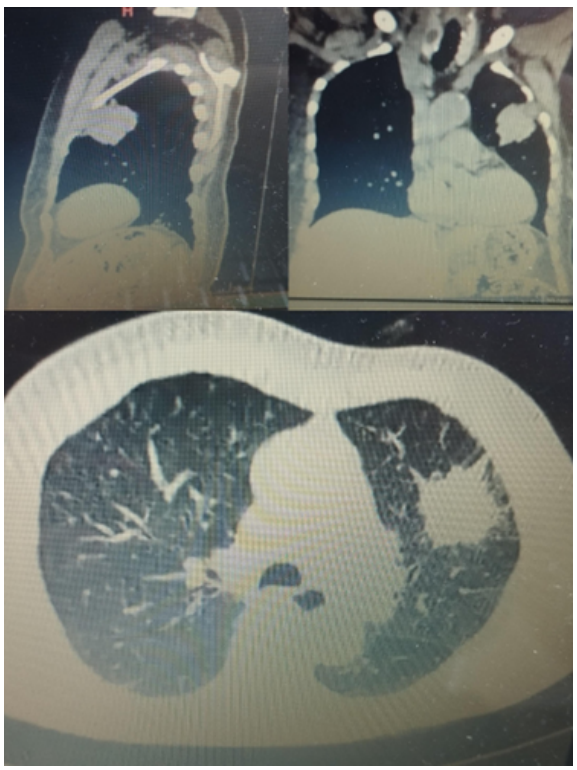
Así mismo se realiza radiografía de tórax (Fotografía 1) donde en proyección postero anterior con imagen colimada, penetrada, bien inspirada, se evidencia infiltrado reticular, intersticial bilateral con opacidad densa de bordes irregulares y localización medial en lóbulo superior del pulmón izquierdo.

Se indica antibioticoterapia con Ceftriaxona cada



Fotografía 1.
Radiografía de tórax en proyección Postero Anterior.

12 horas, esteroides: dexametasona 8 mg OD durante 3 días, además terapia con inhaladores tipo budesonida y bromuro de ipratropio ciclos cada 8 horas. Durante la estancia hospitalaria, la paciente se realiza una tomografía de tórax (Fotografía 2) en la cual logramos evidenciar en el corte axial ventana pulmonar una masa en campo pulmonar izquierdo de bordes irregulares parcialmente definidos que en la periferia presenta áreas



Fotografía 2. Tomografía de Tórax en proyección axial, coronal y sagital.

de vidrio deslustrado lo que podría corresponder a crecimiento lepídico, con contacto pleural. En reconstrucción sagital y coronal con ventana mediastínica podemos evidenciar que esta masa infiltra tejidos blandos.

Se realiza biopsia de mucosa bronquial y líquido de lavado bronquial en la cual se evidencia fragmentos de mucosa bronquial bien diferenciados, con cambios hiperplásicos y reactivos de leve a moderados, con ausencia de cambios displásicos o neoplásicos, por lo cual la biopsia reportó:

Grado 1: Inflamatorio. negativo para neoplasia.

Debido a la persistencia de los síntomas y que no se obtiene un diagnóstico etiológico claro, se decide realizar la biopsia del nódulo pulmonar izquierdo en la cual se evidencia microorganismos micóticos negativos con tinción de Grocott. Microorganismos bacterianos y micóticos positivos con tinción de ácido peryódico de schiff. Presencia de escasa cantidad de microorganismos micóticos levaduriformes encapsulados del tipo Criptococo.

Se modifica el esquema terapéutico y se agrega Fluconazol solución para infusión intravenosa 400 mg orden día. Por los resultados de la biopsia, se llega a los siguientes diagnósticos:

1. Infección Respiratoria Baja: Criptococosis Pulmonar.
2. Hipertensión Arterial estadio 1
3. Enfermedad renal crónica grado 2
4. Alergia a los AINES

DISCUSIÓN

Si bien la criptococosis es una micosis que se presenta con mayor frecuencia en hombres y en adultos jóvenes, reflejando a la población infectada con el VIH, hay una población pequeña que puede ser afectada y es representada por adultos mayores frágiles o personas no inmunocompetentes como lo es el caso de la paciente.

Al momento de realizar el diagnóstico, se tuvo en cuenta factores epidemiológicos y clínicos. De esta forma, se le preguntó a la paciente por lugares donde residió, vive o estuvo de tránsito, convivencia con animales y tipo de vivienda, para así recabar información complementaria para el diagnóstico del paciente.

En cuanto a la forma de presentación clínica la enfermedad tiene diferentes manifestaciones según el sitio de localización, siendo la más frecuente la del sistema nervioso central. Otra localización es la enfermedad pulmonar, la cual resulta asintomática hasta en el 30%, algunos suelen presentar síntomas como tos, dolor torácico, expectoración, pérdida de peso, fiebre y hemoptisis. El hallazgo más frecuente en las radiografías es la presencia de vidrio esmerilado difuso o en parches, otros patrones radiológicos encontrados corresponden a masa, consolidación e infiltrados retículo nodulares difusos (4).

Se documentaron los datos clínicos, paraclínicos y radiológicos patológicos encontrados en la paciente para llegar al diagnóstico. Los datos clínicos de la paciente no se corresponden a un cuadro de criptococosis, radiológicamente se pudo evidenciar una lesión tipo masa de bordes irregulares en lóbulo superior con áreas de vidrio deslustrado e infiltrado reticular bilateral. Se realiza biopsia de mucosa bronquial y líquido de lavado bronquial en la cual se evidencian cambios hiperplásicos y reactivos de leve a moderados, con ausencia de cambios displásicos o neoplásicos, por lo cual se descartó el origen neoplásico, al no tener diagnóstico etiológico claro, se decide realizar la biopsia del nódulo pulmonar izquierdo en la cual se evidencian microorganismos bacterianos y micóticos positivos con tinción de ácido peryódico de schiff. Confirmando la presencia de microorganismos micóticos levaduriformes encapsulados del tipo Criptococo. Por lo cual se establece diagnóstico de criptococosis pulmonar.

CONCLUSIONES

La infección por criptococo es una micosis endémica en pacientes con algún grado de inmunosupresión y su incidencia y prevalencia aumentan con el mismo, sin embargo, este germen tiene la capacidad de infectar también hospederos inmunocompetentes. El diagnóstico de enfermedad pulmonar puede hacer notar la naturaleza sistémica de la infección, explicable por diseminación hematógena. No existen datos clínicos o del examen físico que permitan sospechar la enfermedad, a excepción del aislamiento del hongo en otros órganos concomitantes con síntomas respiratorios. A pesar del tratamiento, la mortalidad es alta.

Es primordial identificar las posibles causas que pueden originar la lesión presente en el paciente y siempre ampliar la búsqueda y sospechar de microorganismos atípicos, además, una historia clínica detallada es crucial al momento de hacer un buen diagnóstico y por ende tratamiento adecuado. Es de suma importancia tener en cuenta siempre el manejo de

estos pacientes con un equipo multidisciplinario que nos permita dar la atención adecuada y oportuna del paciente. Así mismo es imprescindible la educación del paciente y los familiares para las medidas de cuidado domiciliario con controles estrictos periódicos en nuestras consultas para así asegurarnos que el paciente tuvo una remisión total de su patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arenas R. Taxonomía y clasificación. Micología Médica Ilustrada. México: McGraw-Hill Educación; 2014.

2. Castañeda E, Lizarazo J. Protocolo de estudio y manejo de los pacientes con criptococosis. Infectio revista de la asociación colombiana de infectología. 2022; 3:123-125. DOI: 10.22354/issn.2422-3794

3. De Vivero A, Sossa M, Ojeda P, Carrillo J. Criptococosis pulmonar: revisión de 20 años de experiencia. Revista Colombiana de Neumología. 2023; 16: 33-40.

4. Alves J, Ribeiro K, Pires F, Ferreira M, Chagas T, Schneider A. ¿How could pulmonary cryptococcosis in immunocompetent be suspected? Report of 6 cases. Respiratory Medicine Extra. 2006; 2: 58-63

VOLVER AL INDICE