

CRIPTOCOCOSIS Y LUPUS ERITEMATOSO PRESENTACION DE UN CASO

Jaime Pérez Riquet*

G. C. S. (H.C. No. 027329). 17 años. Natural y procedente de La Plata (Huila). Ayudante de carro. Consulta por dolor lumbar, malestar general, fiebre, escalofrío, adinamia, edema palpebral y de la cara el cual se generalizó a abdomen y extremidades inferiores, hematuria y polaquiuria. El examen físico reveló un paciente con T.A. 160/100. Pulso 80. R18. Peso 54 Kg. Edema de cara, miembros inferiores y ascitis. En el tórax se encontró derrame pleural bilateral. El corazón era normal. El hígado se palpó a 2 cm por debajo del reborde costal derecho. El bazo no se palpaba.

Laboratorio. Hb 9.7 grs.%; Hto. 32%. Leucocitos: 5400/mm³. N: 65, L: 33, E: 1, C: 1. Nitrógeno uréico 100 mg% colesterol 250 mg%, glicemia 103 mg%, serología positiva, células L.E. sospechosas. Electroforesis de proteínas: Proteínas totales 3.78 gms%. Albúminas 1.25 grs%. Globulinas 2.53 grs% Alfa 1 = 0.23 grs%. Alfa 2 = 0.63 grs%. Beta 0.61%. Gama = 1.06 grs%. Urograma: ph 6; leucocitos, 10-12/ campo; hematíes, 15-20/campo; Cilindros hialinos, 1-2/campo; cilindros granulados, 1-3/campo; cilindros ce-reos, 1-5/campo; proteinuria de 24 horas 1.74 grs.

Evolución: Con el diagnóstico de glomerulonefritis se inició reposo en cama, dieta hiposódica, diuréticos tipo tiazida. Catorce días después de su ingreso la eliminación urinaria disminuyó considerablemente, con un promedio de 450 cc diarios. Se inició tratamiento para insuficiencia renal crónica que incluyó retiro de proteínas, diuréticos tipo Tiazida. Un observador apreció eritema perinasal y en mejillas, en forma de mariposa. Se piensa entonces en un síndrome nefrótico secundario a un lupus eritematoso. El paciente continuó empeorando en su estado general con edema de cara, miembros inferiores y ascitis. Se pensó practicar una biopsia renal antes de iniciar tratamiento con corticoides pero el paciente murió súbitamente, 38 días después de su hospitalización.

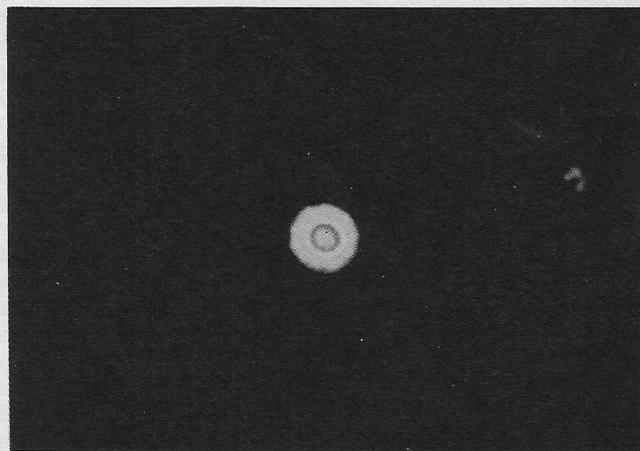
EXAMEN POSTMORTEM

La necropsia (No. 014/69), reveló el cadáver de un hombre de raza mestiza en mal estado nutricional. El cerebro pesó 1.220 grs y no mostró alteraciones en el corte. El corazón pesó 250 grs. y aunque el miocardio era de consistencia blanda no se apreció lesión macroscópica. Había derrame pleural bilateral y los pulmones mostraban edema y zonas hemorrágicas subpleurales. En la cavidad peritoneal había ascitis. El bazo pesó 180 grs y en el corte la superficie mos-

traba un punteado blanquecino uniforme. Los riñones eran de color pálido, decapsulaban fácil y en la superficie cortical se observaba un punteado hemorrágico. En los otros órganos no se describieron alteraciones.

MATERIAL Y METODOS

Fragmentos de riñón, pulmón, bazo, corazón y páncreas se fijaron en formol al 10% y los cortes en parafina fueron coloreados con hematoxilina-eosina, metenamina, mucicarmín de Mayer y PAS para estudio con microscópio de luz. Una preparación con tinta china del material obtenido del bazo (gráfica No. 1) demostró un hongo encapsulado que morfológicamente correspondía a un Criptococo neoformans.

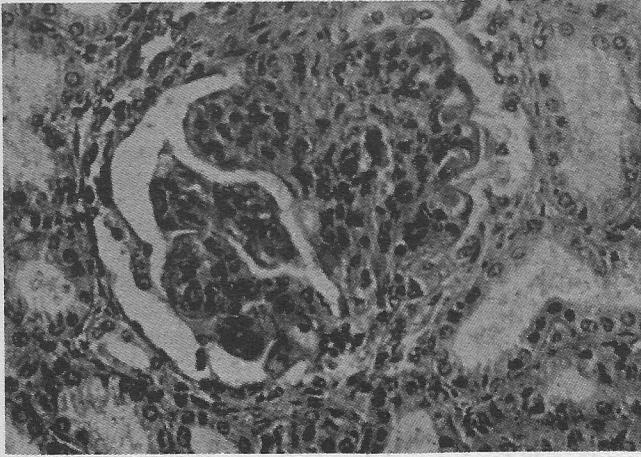


Gráfica 1.- Criptococo Neoformans en material obtenido del bazo. Tinta china x 400.

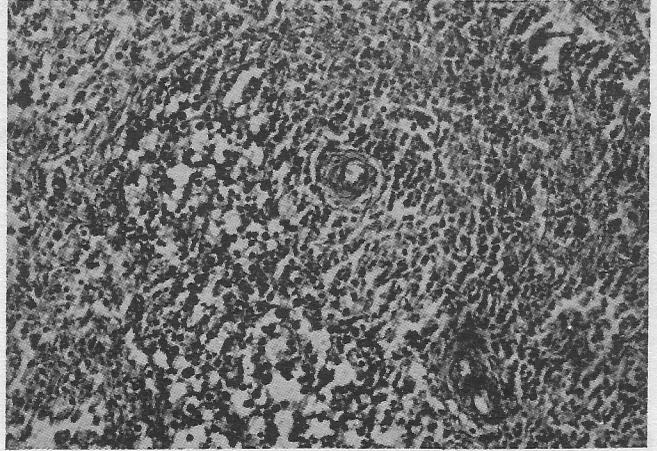
RESULTADOS

En todos los órganos examinados se observó Criptococo en espacios quísticos únicos o múltiples. El compromiso fue más severo en bazo y pulmones, ligero en riñones, corazón y páncreas. Los riñones y el bazo fueron los únicos órganos que mostraron los cambios patológicos característicos del lupus eritematoso sistémico. En los glomérulos (gráfica No. 2) se apreció lesión membranoproliferativa, engrosamiento focal de la membrana basal con necrosis fibrinoide, "lesión en asa de alambre", formación de medias lunas fibroepiteliales, trombos hialinos en los capilares glomerulares y cuerpos hematoxilínicos. Los Criptococos se observaron en el tejido intersticial y algunos glomérulos. El órgano más afectado

* Profesor Auxiliar I del Departamento de Patología, División de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán.

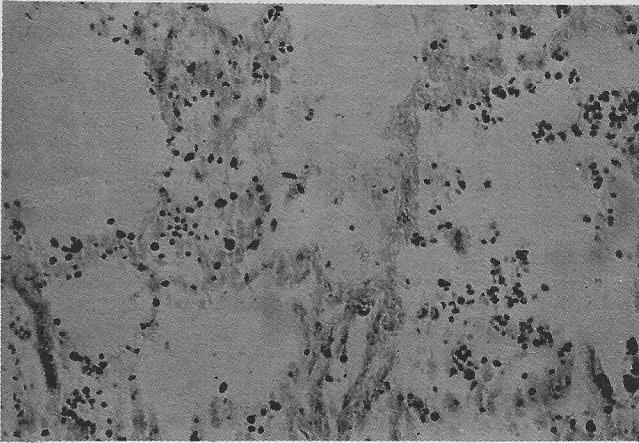


Gráfica 2.- Nefropatía Lúpica. Se aprecia engrosamiento focal de la membrana basal con necrosis fibrinoide, "lesión en asa de alambre", medialuna, trombos hialinos en los capilares glomerulares. Hematoxilina - eosina x 125,5.



Gráfica 3.- Bazo. Obsérvese la destrucción focal y reemplazo del tejido linfóide por organismos levaduriformes algunos de los cuales muestran gemación. PAS X 125,5.

tado fue el bazo (gráfica No.3) pues el tejido linfóide aparecía destruido y reemplazado, en gran parte, por acumulo de organismos levaduriformes. En los pulmones los septos estaban ocupados por Criptococos (gráfica No.4). La reacción inflamatoria tisular fue muy escasa y sólo en el pulmón se observaron algunos macrófagos.



Gráfica 4.- Pulmón. Los septos aparecen ocupados por Criptococos. Metenamina x 125,5.

COMENTARIO

Se presenta el primer caso de Criptococosis sistémica terminal asociada con lupus eritematoso comprobado en el Departamento de Patología de la Universidad del Cauca. En todos los órganos examinados se observó Criptococo en espacios quísticos. El compromiso fue más severo en bazo y pulmones, ligero en riñones, corazón y páncreas.

Se viene observando infecciones por hongos complicando enfermedades como tuberculosis, diabetes y en trasplantes

de xeno-injertos valvulares⁵, enfermedad de Hodgkin, linfoma, leucemia¹. Infecciones similares se han visto en pacientes con lupus eritematoso sistémico^{1,6}. En Colombia se han publicado varios casos de Criptococosis^{2,3,4}.

La alta frecuencia de estas infecciones se ha atribuido al uso de antibióticos, esteroides y citotóxicos. Sin embargo, parece que en Colombia los factores más importantes son la desnutrición y la deshidratación³. La ausencia de tratamiento con esteroides determina la posibilidad de que en este caso la desnutrición, condicionada por la afección renal, sea un factor subyacente en la patogenia de la Criptococosis. El severo compromiso del bazo sugiere una reactividad del sistema reticuloendotelial y la escasa o nula reacción inflamatoria podría atribuirse a un efecto inhibitorio del polisacárido capsular del Criptococo.

REFERENCIAS

1. Pilly V. K. y col.: Fungus infection in steroid-treated systemic Lupus Erythematosus. *J A M A.*, 205: 261-268, 1968.
2. López F. y Bedoya V.: Criptococosis. *Antioquia Médica.*, 16: 867-874, 1966.
3. Pedraza M. A.: Mycotic infections at autopsy, a comparative study in two university hospitals. *Am J Clin Path.*, 51: 470-476, 1969.
4. Peña C. E.: Deep Mycotic infections in Colombia, a clinicopathologic study of 162 cases. *Am J Clin Path.*, 47: 505-520, 1967.
5. Giraldo C. Pérez J. Ramírez A.: Infección Micótica en Xenoinjertos Valvulares. *Revista Latinoamericana de Patología.*, 10: 83-89, 1971.
6. Collins D. y Col.: Cryptococosis Associated with systemic lupus erythematosus. *Arch Path.*, 91: 78-88, 1971.