

Multimed 2014; 18(3)

JULIO-SEPTIEMBRE

CASO CLÍNICO

Síndrome adénico ipsilateral en un paciente inmunocompetente con toxoplasmosis pulmonar. Presentación de caso.

Ipsilateral adenic syndrome in an immunocompetent patient with lung toxoplasmosis. Case presentation.

Miguel Peña Cedeño,¹ Edilio Silva Velasco,² Aimé Roxana Veloso Figueroa,³ Blanca Anisia Gainza González,⁴ Amauris Yaques Martínez.⁵

1. Especialista de Primer Grado en Geriatría y Gerontología. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Policlínico Docente Luis E. de la Páz. Yara. Granma. E-mail: mpeña@grannet.grm.sld.cu

2. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Asistente. Policlínico Docente Luis E. de la Páz. Yara. Granma.

3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Luis E. de la Páz. Yara. Granma.

4. Licenciada em Tecnologia de la Salud Gestión de la Información en Salud. Asistente. Policlínico Docente "Luis E. de la Pàz. Yara. Granma.

5. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al niño. Instructor. Policlínico Docente "Luis E. de la Pàz. Yara. Granma.

RESUMEN

La Toxoplasmosis pulmonar asociada a un síndrome adénico ipsilateral con adenopatías mayores de 8 cm de diámetro en un paciente inmunocompetente es infrecuente en la práctica médica diaria, por lo general, las adenopatías encontradas en los pacientes afectados por toxoplasmosis rara vez superan los 5 cm de diámetros, y la localización de las mismas suele ser bilateral, además cuando

hay existencia de compromiso visceral (pulmonar), la sintomatología suele ser florida; en el presente artículo se presenta un caso de un paciente de 48 años de edad con Toxoplasmosis pulmonar que ingresó en el CMDI Simón Bolívar el cual fue tratado con azitromicina durante 6 semanas teniendo una evolución satisfactoria.

Descriptores DeCS: TOXOPLASMOSIS/comPLICACIONES

ABSTRACT

The lung Toxoplasmosis associated to an ipsilateral adenocarcinoma syndrome with adenopathies bigger than 8 cm of diameter in an immunocompetent patient is uncommon in the daily medical practice. Generally, the adenopathies found in the patients affected by toxoplasmosis rarely exceed the 5 cm of diameters, and their location is usually bilateral, also when there is a visceral (pulmonary) commitment, the symptoms used to be florid; in this article it is presented a case of a 48 year-old patient with lung Toxoplasmosis who was admitted in the CMDI Simón Bolívar and was treated with azithromycin during 6 weeks, having a satisfactory evolution.

Subject heading: TOXOPLASMOSIS/comPLICATIONS

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una zoonosis producida por el parásito intracelular obligado *Toxoplasma gondii*. La infección aguda adquirida después del nacimiento en el paciente inmunocompetente suele ser asintomática en el 90% de los casos. Tanto en infecciones agudas como crónicas el parásito es responsable del desarrollo de manifestaciones clínicas que incluyen linfadenopatías, encefalitis, miocarditis y neumonitis.¹

La manifestación clínica más frecuente en los pacientes inmunocompetentes es la presencia de adenopatías generalizadas que suelen presentarse en el 20%-30% de los casos sintomáticos y son de pequeño tamaño, aunque preferentemente se localizan en la región latero cervical, son poco dolorosas y no se acompañan de signos de inflamación.

Se han descrito muchas especies de *Toxoplasma* y de microorganismos similares, pero parece ser que la única especie infecciosa para las personas es el *Toxoplasma gondii* el cual es un coccidio parásito, cuyo hospedador definitivo es el gato.²

El gato es el único animal que aloja el parásito en el tubo digestivo, donde se produce la reproducción sexual. La forma asexual que se multiplica activamente en el hospedero humano es un parásito intracelular obligado de 3 a 6 µm de diámetro llamado taquizoíto. Una fase crónica de la enfermedad se desarrolla al transformarse los taquizoítos en bradizoítos, que se reproducen lentamente y que se convierten finalmente en quistes en el tejido del hospedero. En el ciclo natural, los quistes infecciosos se encuentran en ratones y ratas, que sirven de alimento a gatos en los que se desarrolla el estadio sexual del parásito.^{3,4}

La notoriedad de este caso radica en la atipicidad de la toma ganglionar y el tamaño de las adenopatías encontradas en el paciente, además la progresión de la enfermedad con afectación pulmonar es infrecuente; El diagnóstico precoz de esta enfermedad es importante ya que nos permite realizar un adecuado control y tratamiento para evitar complicaciones viscerales graves.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 48 años de edad que acudió a consulta de Medicina Interna, referido de su área de salud, por presentar astenia marcada y aumento considerable de volumen a nivel de la región lateral del cuello, región axilar e inguinal del hemicuerpo izquierdo, ligeramente doloroso a la palpación, como dato de interés se recoge el antecedente que padecía de estos síntomas desde hacía 2 meses, el aumento de volumen de los ganglios fue de manera progresiva, por lo que había acudido en una ocasión al hospital de su localidad y había llevado tratamiento de manera ambulatoria, no existía constancia escrita de los fármacos prescriptos, al no mejorar la sintomatología clínica, acude a la consulta de Medicina Interna en el CMDI Simón Bolívar; como antecedentes patológicos personales: HTA sin tratamiento regular, actividad sexual activa, sin pareja estable, consumía bebidas alcohólicas de manera ocasional, desde el punto de vista socioeconómico con muy bajos ingresos y condiciones higiénicas precarias, malos hábitos dietéticos, ingería carne de cordero sin una adecuada cocción(semicruda), el agua que utilizaba para tomar era sin hervir.

Datos positivos al examen físico.

Examen físico general: Piel y mucosas ligeramente hipocoloreadas, temperatura axilar: 36,5°C.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular ligeramente disminuido a nivel de la base pulmonar derecha, no estertores FR: 18 respiraciones /minuto.

Sistema Hemolinfopoyético: Presencia de adenomegalias de localización ipsilateral izquierda (región lateral del cuello, axila y región inguinal) de aproximadamente 10cm, 8cm, 9cm de diámetro respectivamente, dolorosas a la palpación, consistencia firme, poco móviles, no adheridas a planos profundos, sin signos de inflamación local (figuras 1, 2, 3).

En la figura 1. Se observa gran adenomegalia en región cervical izquierda, que obligaba al paciente mantener lateralizado el cuello hacia el lado derecho la mayor parte del tiempo.



Fig. 1. Adenopatía cervical izquierda.

En la figura 2. Se aprecia adenomegalia en región axilar de menor tamaño que la cervical pero con iguales características clínicas.



Fig. 2. Adenopatía axilar izquierda.

En la figura 3. Se observa gran aumento de volumen en la región inguinal izquierda que corresponde a una adenomegalia, las mismas aparecen solamente en el hemicuerpo izquierdo del paciente.

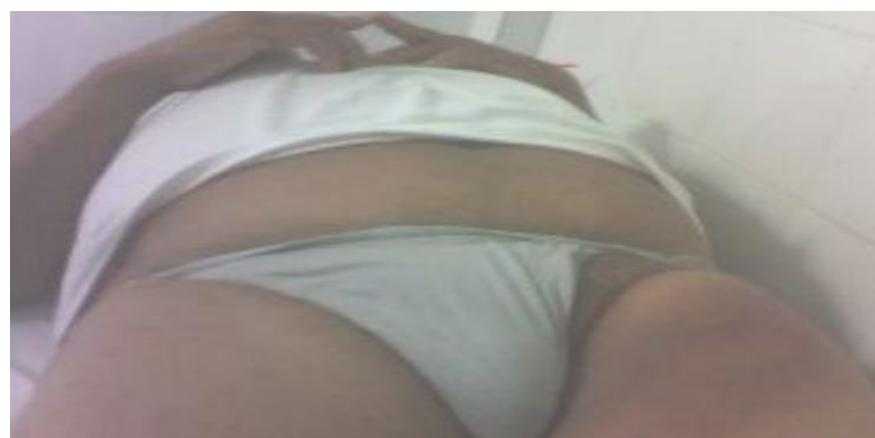


Figura 3. Adenopatía inguinal izquierda.

El resultado de los estudios de laboratorio fue.

Hemograma: Hb 109 g/L, Hto 36%, Leucocitos 11.2×10^9 /L, (seg 83%, Lin 12%, eos 5%), plaq 310×10^9 /L, VSG 88mm/h, VDRL en sangre: no reactivo, Serología para VIH: Negativa, TGO 28.5UI/L, TGP 29.3UI/L, GGT 70 UI/L, Test de Chagas: negativo, Marcadores serológicos para Hepatitis B, C: negativos, Serología para Toxoplasmosis: IgG reactivo: 1/12000, IgM reactivo: >2, BAAF de Ganglio Cervical: Linfadenitis, hiperplasia reticular con componente mixto, negativa de células neoplásicas, tinción PAS negativa.

Radiografía de Tórax: Cayado aórtico prominente, área cardiaca aumentada de tamaño a expensas del ventrículo izquierdo, Infiltrado reticulonodular bilateral a predominio del campo pulmonar derecho, no otras alteraciones. (figura 4).



Fig. 4. Radiografía simple de tórax PA. Infiltrado reticulonodular a predominio de la región hilar derecha.

Se comenzó el tratamiento con azitromicina a razón de 1.5g/día por vía oral durante 6 semanas, observándose mejoría clínica al cabo de la primera semana de iniciado el tratamiento, además se observó disminución progresiva de las adenopatías, las cuales al concluir el tratamiento solo medían alrededor de 2 cm de diámetros, así como la negativización de las pruebas serológicas para Toxoplasmosis, comprobándose la eficacia del fármaco en el tratamiento de la toxoplasmosis pulmonar en el paciente inmunocompetente.

DISCUSIÓN

La toxoplasmosis aguda en el paciente inmunocompetente se caracteriza por un síndrome febril inespecífico, con síntomas constitucionales sin compromiso visceral, generalmente con un curso benigno y autolimitado,¹ sin embargo en la última década se han reportado numerosos casos con compromiso visceral severo por cepas silvestres de *Toxoplasma gondii*, los síntomas más comunes de la toxoplasmosis pulmonar son tos, fiebre, disnea, y malestar general, en los pacientes con SIDA es alta la tasa de neumonía por *Toxoplasma*, comparados con

los individuos inmunocompetentes, en los cuales la presentación clínica predominante es la ganglionar, con adenomegalias. El compromiso pulmonar en el contexto de infección del inmunodeprimido con afección sistémica ocupa el tercer lugar después de la encefalitis y la miocarditis.⁵

La respuesta inmunológica humoral y celular detiene la multiplicación de los trofozoítos que se enquistan pudiendo permanecer viables durante toda la vida, esta situación hace posible su reactivación durante depresiones transitorias o permanentes de la inmunidad celular.

La localización visceral más frecuentemente hallada en las toxoplasmosis severas del huésped inmunocompetente ha sido el pulmón, sin embargo no es frecuente encontrar un aumento exagerado de volumen de los ganglios y específicamente la localización ipsilateral de los mismos, en el estudio realizado por Carme et al, en la Guyana Francesa se describe el compromiso pulmonar como la principal afectación visceral de la toxoplasmosis aguda diseminada.^{6,7}

El caso comunicado en nuestro artículo proviene de un área con características selváticas, localizada en las inmediaciones del Orinoco, poco habitada por el hombre y con condiciones higiénicas-sanitarias deficientes, coincidiendo con las publicaciones de La literatura mundial. En los reportes de pacientes con toxoplasmosis visceral adquirida en áreas selváticas, se han caracterizado por un curso grave con desenlace fatal, a diferencia de nuestro caso, el cual presentaba buen estado general, sin elementos de compromiso ventilatorio y pudimos tratarlo exitosamente con azitromicina y revertir las manifestaciones radiológicas y ganglionares.^{8,9} Decidimos utilizar como tratamiento inicial la azitromicina por el buen estado general y la ausencia de síntomas de compromiso cardiorrespiratorio, permitiéndonos validar la eficacia de este antimicrobiano en los pacientes inmunocompetentes con toxoplasmosis visceral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mandell G, Bennett J. Enfermedades infecciosas: principios y prácticas. 6. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.

2. Carme B, Demar M, Ajzenberg D, Darde M. Severe Acquired toxoplasmosis caused by wild cycle of toxoplasma gondii, French Guiana. Emerging Infectious Diseases 2009; 15(4): 656-658.
3. Leal FE, Cavazzana CL, Andrade HF, Galisteo AJ, Mendoza JS, Kallas EG. Toxoplasma gongii pneumonia in immunocompetent subjects: Case report and review. Clinical Infectious Disease 2007; 44: 62–66.
4. Kourenti C. Development and application of different methods for the detection of Toxoplasma gondii in water. Applied and Environmental Microbiology 2003; 69: 102–106.
5. Heller HH. Toxoplasmosis in immunocompetent hosts. En: UpToDate Wellesley; 2011.
6. Pitchford C, Welch D. A confused 55-year-old man. Arch Pathol Lab Med 2006; 130: 567-8.
7. Laibe S, Ranque S, Curtillet C, Faraut F, Dumon H, Franck J. Timely diagnosis of disseminated toxoplasmosis by sputum examination. Journal of Clinical Microbiology 2006; 44: 646–648.
8. Streilein JW. Ocular immune privilege: therapeutic opportunities from an experiment of nature. Nature Reviews Immunology. 2003; 3: 879–889.
9. Carme B. Severe Acquired Toxoplasmosis in Immunocompetent Adult Patients in French Guiana. J. Clin. Microb 2002; 40: 4037-4044

Recibido: 15 de mayo de 2014.

Aprobado: 6 de junio de 2014.