

Soad Yusef¹, Santiago Cardona¹, Diego Josa², Gisell Bustos², Edwin Silva³.

1, Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

2, Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico y Patología, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia.

3, Infectología, Fundación Clínica Shaio, Colombia.

DATOS DEMOGRÁFICOS Y MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de sexo masculino, de 66 años de edad, procedente de la ciudad de Bogotá.

Consulta por síntomas de 1 día de evolución: astenia, adinamia, accesos de tos seca, escalofríos y fiebre, con alteración del estado de conciencia, con compromiso respiratorio.

EXÁMEN FÍSICO

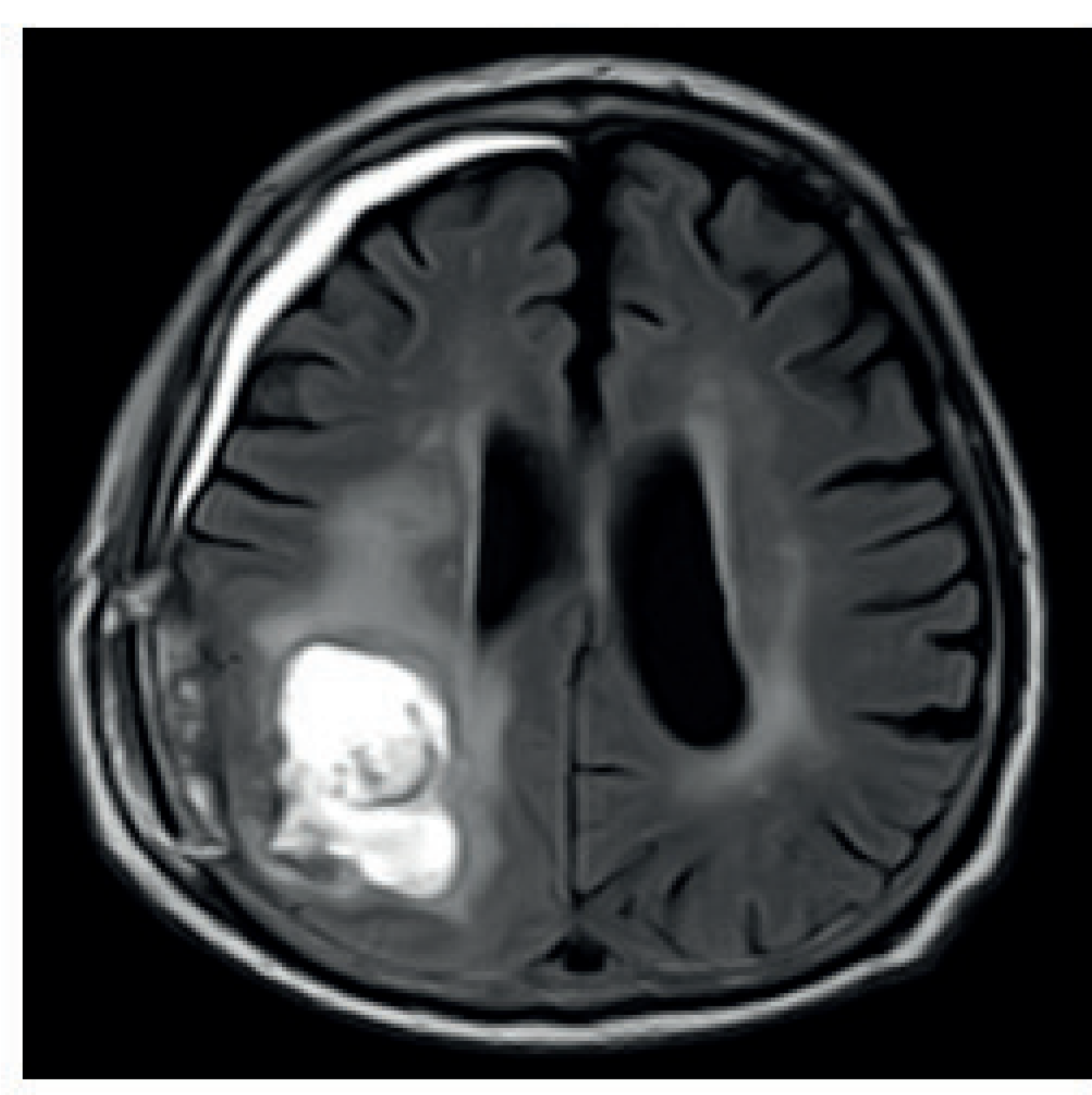
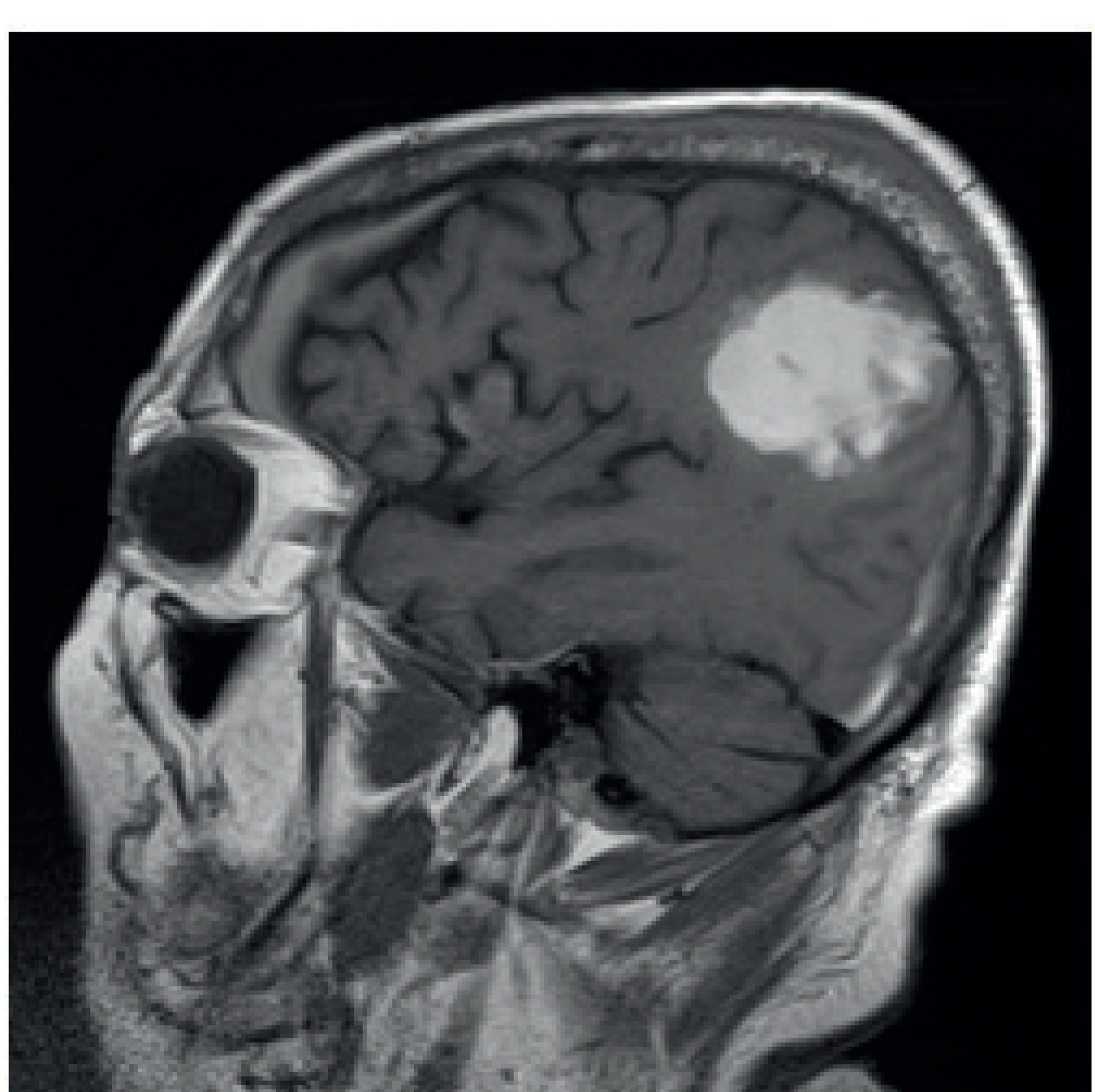
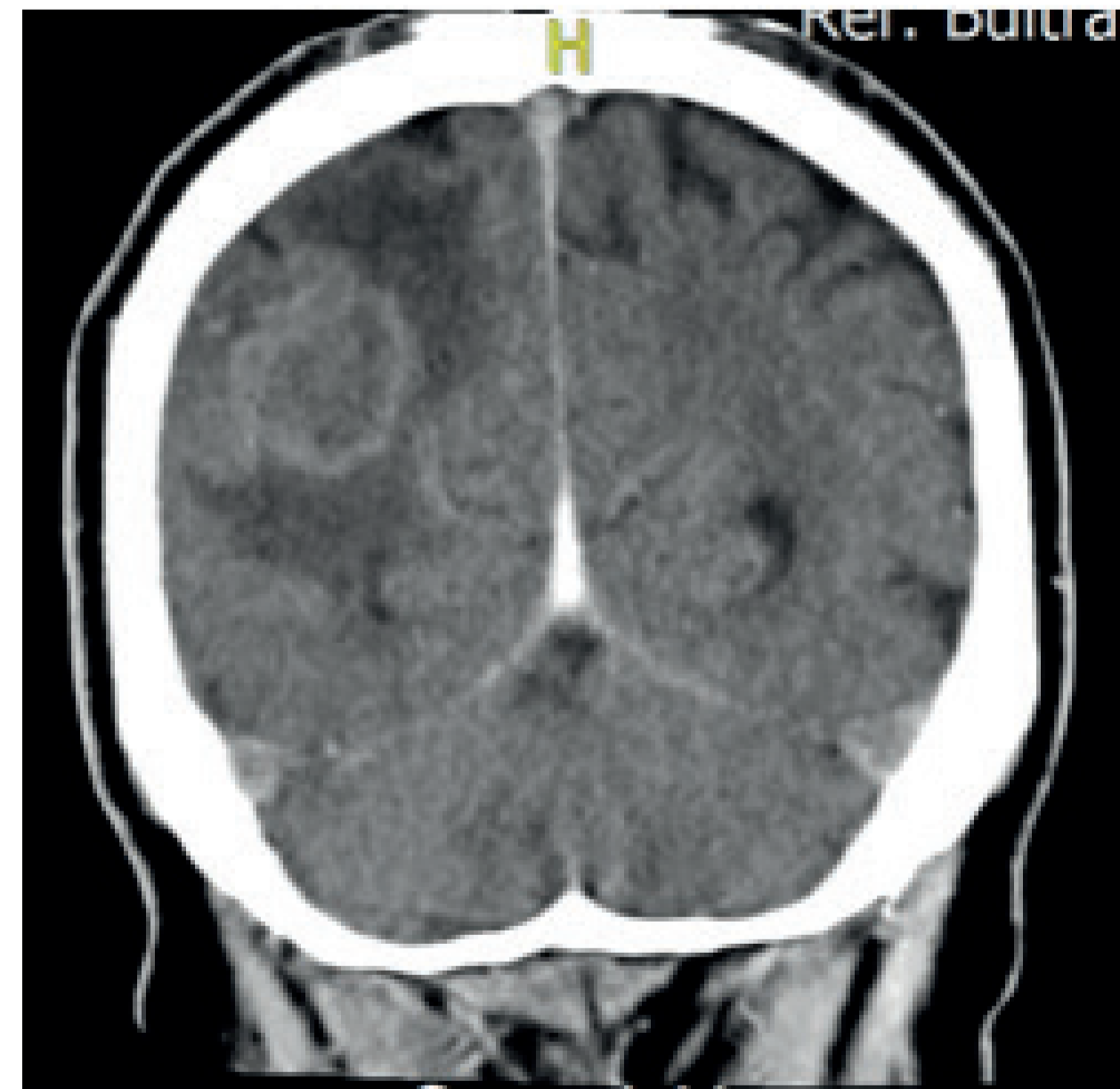
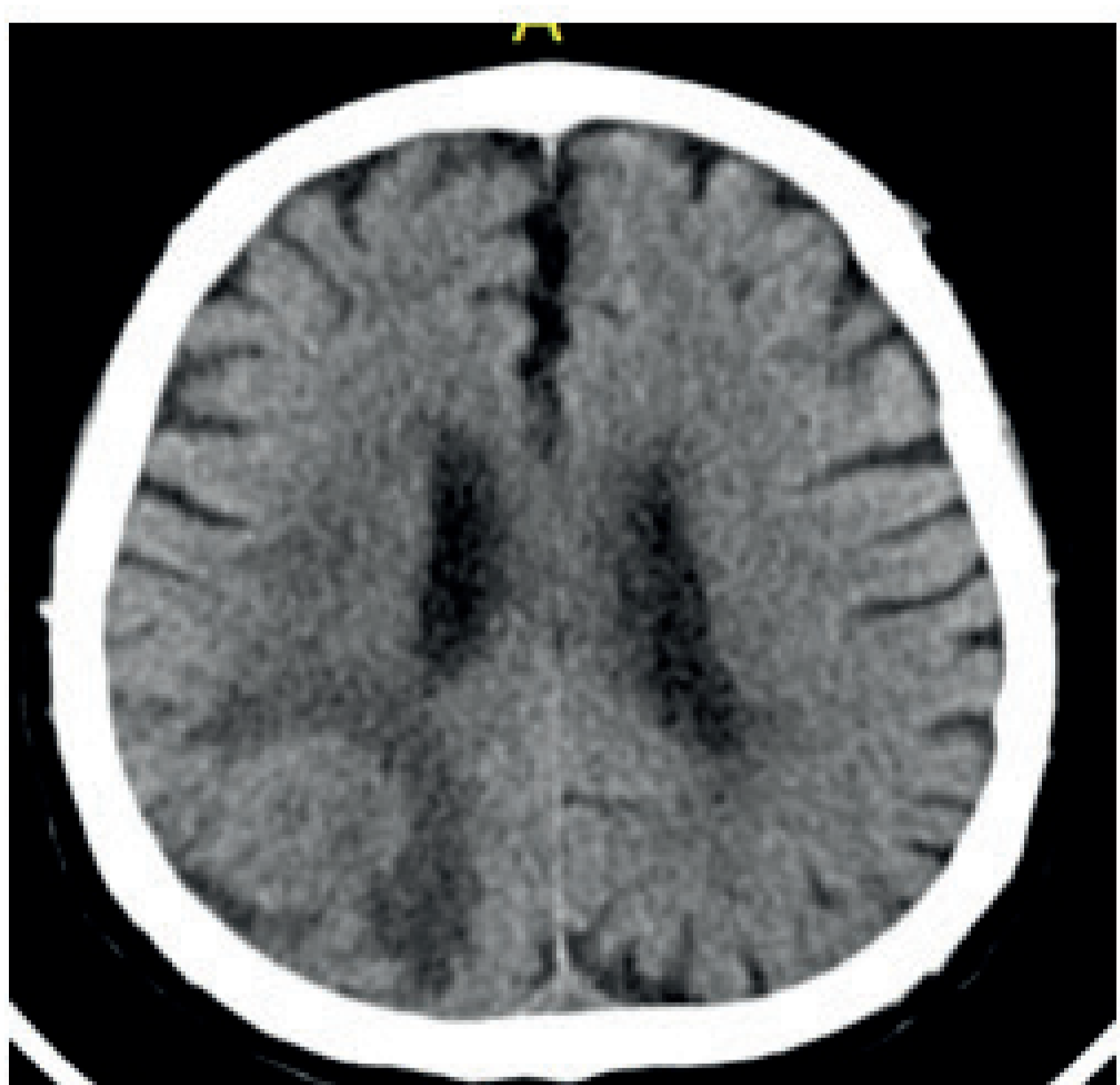
- Alteración del estado de conciencia dado por desorientación y episodios de agitación.
- Dificultad respiratoria y desaturación a pesar de suplencia de O₂ bajo sistema de alto flujo.
- Al día siguiente, ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) en falla respiratoria, por lo cual requirió soporte en ventilación mecánica invasiva y choque séptico con síndrome de falla orgánica múltiple.

ESTUDIOS RELEVANTES I:

- **RX tórax:** evidenció una consolidación pulmonar izquierda. Se orienta caso como sepsis de origen pulmonar, iniciando manejo antibiótico de amplio espectro, incluyendo cubrimiento de gérmenes oportunistas con Valganciclovir y Trimetoprim sulfametoxazol.

- **TAC y RMN cerebral:** lesión intraaxial expansiva, de 28 mm de diámetro, con realce anular y edema vasogénico asociado, localizada en lóbulo parietal derecho.

- Carga viral para citomegalovirus en descenso
- Test galactomanano en BAL: (-)
- Hemocultivos: (-)
- Cryptococco: (-)
- Cultivo aerobio de SOT: (-)
- Ag urinario Histoplasma: (-)



ANTECEDENTES:

- Trasplante renal de donante cadavérico, un año antes del ingreso, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus.
- Nefropatía hipertensiva y enfermedad renal poliquística.
- Antecedente reciente de carga viral para citomegalovirus positivo.

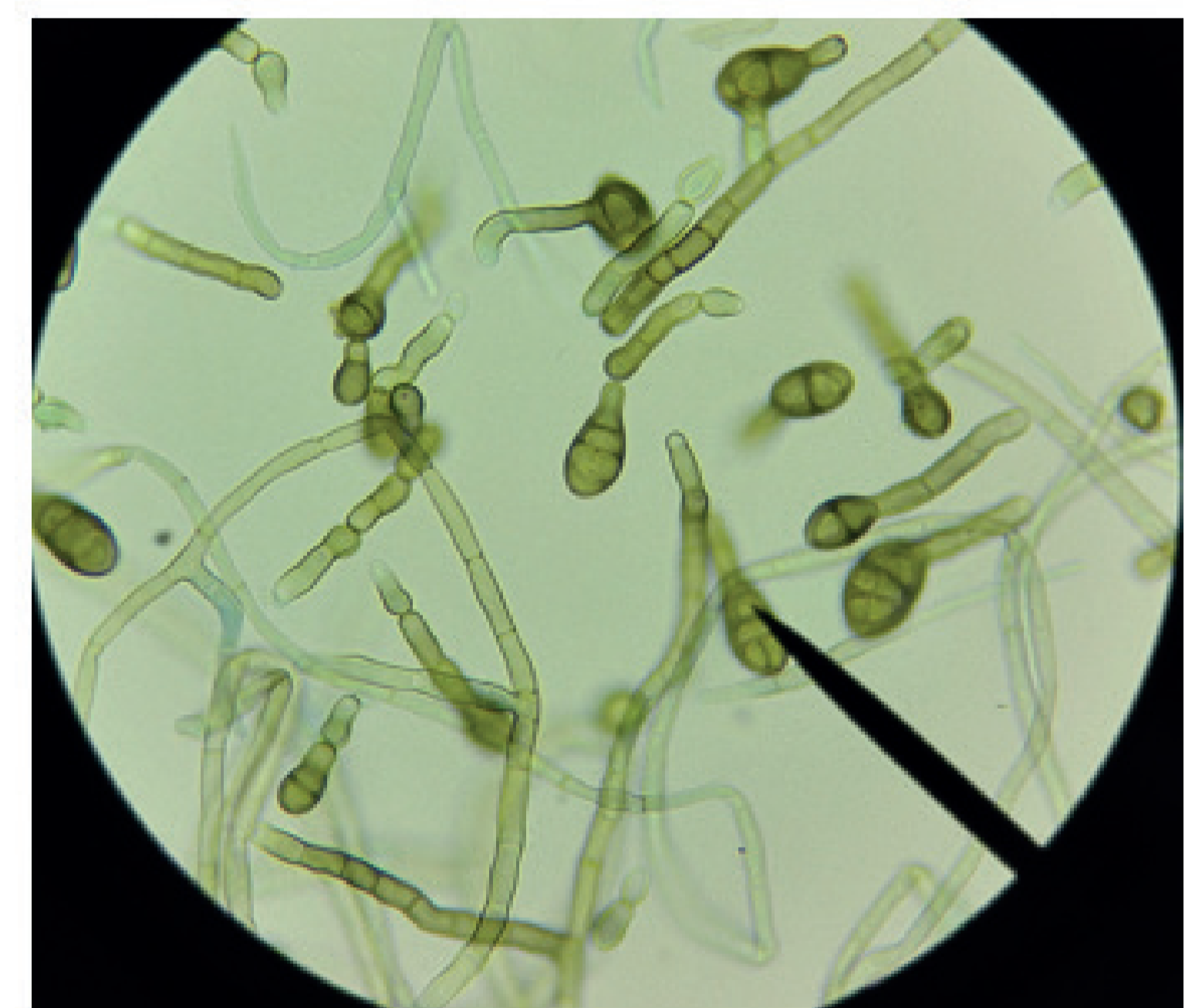
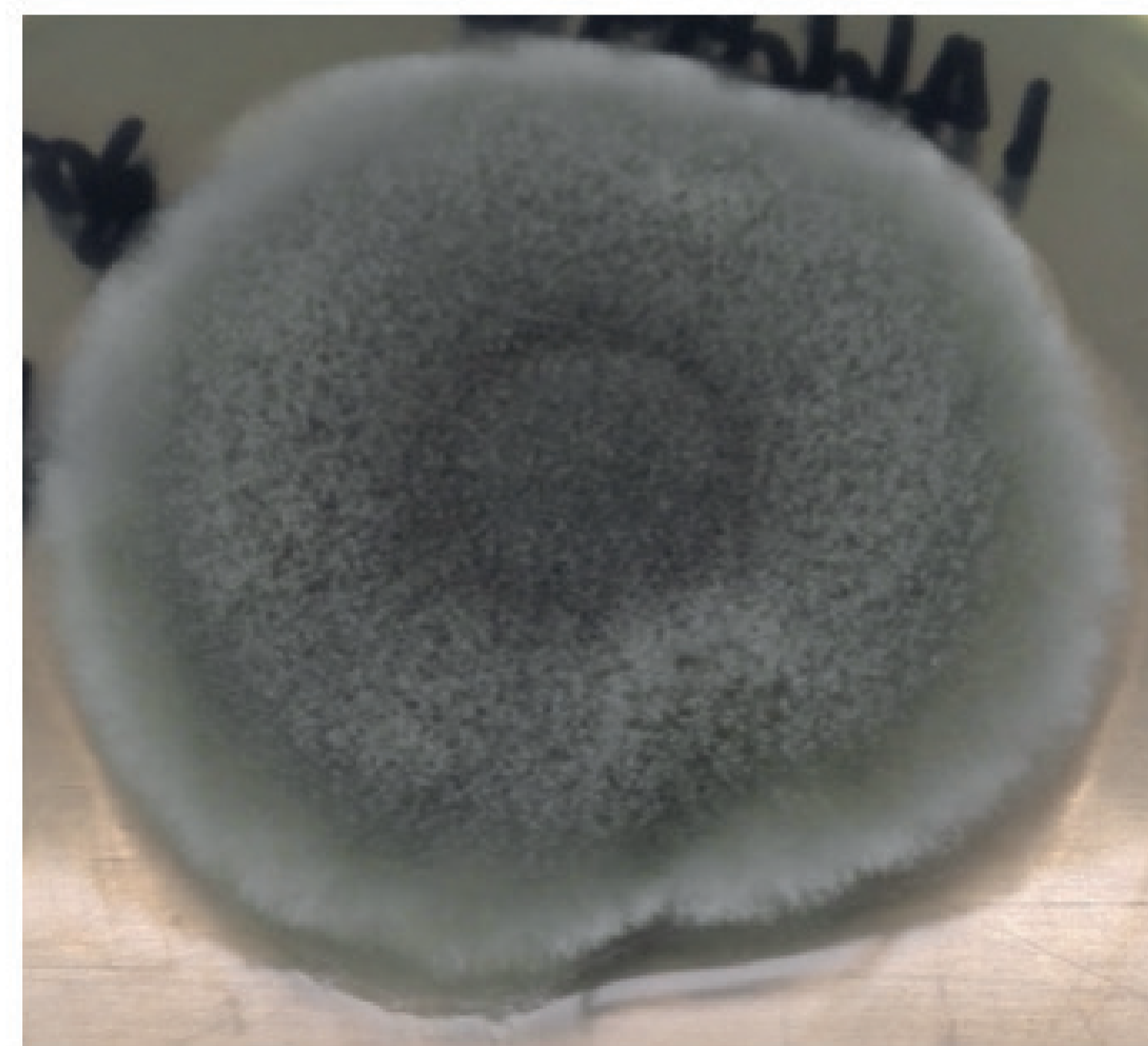
ESTUDIOS RELEVANTES II:

Biopsia cerebral abierta: masa subcortical de consistencia grumosa, amarillenta y poco vascularizada, sin planos de clivaje. Se tomaron muestras para estudios microbiológicos.

Examen en fresco:

hifas irregulares, grandes, septadas, dematiáceas.

Cultivo: En agar Sabouraud se observó colonias, planas, algodonosas, de color gris que luego se tornaron color café.



- Completó 42 días de manejo con anfotericina B liposomal y voriconazol y se decidió optimizar con terbinafina.
- Evolución satisfactoria, sin nuevo déficit neurológico, sin reintervenciones y controles tomográficos sin complicaciones.
- Fallece 2 meses después en el contexto de neumonía.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

1. Histoplasmosis
2. Aspergilosis cerebral
3. Criptococosis cerebral
4. Glioblastoma multiforme

DIAGNÓSTICO FINAL:

Preparación en fresco a partir de cultivo: hifas septadas dematiáceas, conidióforos en zig-zag, conidias cafés, con septos transversales y longitudinales, solitarias, rugosas, ovoides de *Alternaria sp*.

Referencias

1. Schieffelin, J., Garcia-Diaz, J., Loss, G., Beckman, E., Keller, R., Staffeld-Coit, C. Pankey, G. (2014). Phaeohyphomycosis fungal infections in solid organ transplant recipients: Clinical presentation, pathology, and treatment. *Transplant Infectious Disease*, 16(2), 270-278
2. Li, & De Hoog. (2009). Cerebral phaeohyphomycosis a cure at what lengths? *The Lancet Infectious Diseases*, 9(6), 376-383.
3. Huprikar S, Shoham S. AST Infectious Diseases Community of Practice. Emerging fungal infections in solid organ transplantation. *Am J Transplant* 2013; 13(Suppl 4): 262-271.