

REPORTE DE CASO

Criptococosis diseminada con afectación duodenal y ganglionar en paciente con sida: un reporte inusual

Gabriel Matías Vicente^{}, Sabrina Appeceix^{}, Yisela Fernanda Cuellar^{}, Mayumi Kairiyama Itati^{}, José Benso^{}, Verónica Fernández^{}.

RESUMEN

La criptococosis es una infección oportunista prevalente en pacientes con inmunosupresión avanzada, aunque sus formas extrapulmonares no meníngeas continúan siendo infrecuentes y poco caracterizadas. Presentamos el caso de una paciente con VIH en estadio sida que desarrolló criptococosis diseminada con compromiso pulmonar, meníngeo, ganglionar y duodenal, estas últimas manifestaciones excepcionalmente reportadas. El diagnóstico se confirmó mediante estudios microbiológicos, radiológicos e histopatológicos, y el tratamiento requirió un esquema de inducción con anfotericina B y fluconazol a altas dosis seguido de consolidación y mantenimiento con fluconazol, en un contexto regional donde la flucitosina no es de fácil acceso. Este caso destaca la importancia de reconocer presentaciones atípicas, considerar la diseminación en pacientes con síntomas gastrointestinales o adenopatías, y subraya la necesidad de generar evidencia local y guías específicas para estas formas infrecuentes.

Palabras claves: criptococosis, inmunosupresión, duodeno, ganglio, VIH

Medicina interna, Hospital Italiano de San Justo.
Buenos Aires, Argentina.

Autora responsable para correspondencia:

Gabriel Matías Vicente,
gabriel.vicente@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 19/12/25 **Aceptado:** 24/6/26

Introducción

La criptococosis es una de las infecciones fúngicas oportunistas más relevantes en personas con VIH avanzado, especialmente en pacientes con recuentos de CD4 inferiores a 100 células/ μ L. Las formas de presentación más frecuentes corresponden al compromiso pulmonar y del sistema nervioso central, particularmente meningitis criptocócica (1-3).

Las manifestaciones extrapulmonares no meníngeas son considerablemente menos frecuentes y se encuentran escasamente descritas en la literatura. Entre ellas, el compromiso gastrointestinal y ganglionar por *Cryptococcus* spp. representa una forma inusual de presentación, generalmente asociada a inmunosupresión profunda y enfermedad diseminada (4, 5).

La descripción de estas localizaciones atípicas resulta relevante para ampliar la sospecha clínica y contribuir al reconocimiento temprano de formas diseminadas en huéspedes inmunocomprometidos.

Caso clínico

Se trata de una mujer cisgénero de 51 años, viviendo con VIH, diagnosticada en 2014. En ese momento inició terapia antirretroviral (TARV), aunque el esquema específico no se encuentra registrado. Posteriormente suspendió el tratamiento por intolerancia subjetiva. Presentaba además antecedentes de dos episodios de toxoplasmosis cerebral, ocurridos en 2014 y 2016, tratados en otro centro con evolución clínica favorable. No se dispone de información precisa acerca de posibles secuelas neurológicas.

En diciembre de 2023 inició un cuadro progresivo caracterizado por intolerancia oral, vómitos biliosos postprandiales, diarrea no disintérica, saciedad precoz, distensión abdominal, epigastalgia y pérdida no intencionada de aproximadamente 17 kg en dos meses, agregando episodios aislados de fiebre. Al ingreso presentaba saturación basal de 89% en aire ambiente. Presentaba en ese momento una carga viral de 44.000 copias/mL y un recuento de CD4 de 43 células/ μ L.

Dado el compromiso respiratorio y patrón tomográfico compatible con neumonía intersticial, se inicia tratamiento empírico para neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP) con trimetoprima-sulfametoxazol y corticoides

sistémicos. El lavado broncoalveolar reveló abundantes elementos micóticos compatibles con *Cryptococcus neoformans* mediante anatomía patológica y cultivo microbiológico, con resultado negativo para PCP.

Dicho hallazgo motivó la evaluación del sistema nervioso central en paciente asintomático, con una punción lumbar que mostró tinta china y antigenorraquia positivas, con menos de cinco leucocitos/ mm^3 . El cultivo del LCR confirmó *Cryptococcus neoformans*.

En cuanto al compromiso gastrointestinal, la videoendoscopia digestiva alta evidenció gastropatía erosiva y leves lesiones blanquecinas en mucosa duodenal, sobre las cuales se realizaron biopsias. El estudio histopatológico mostró elementos micóticos intracelulares compatibles con *Cryptococcus* spp. (Figura 1) La tomografía evidenció esplenomegalia homogénea de 18 cm y múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales, algunas en rango adenomegálico. El PET-TC mostró hipermetabolismo en ganglios supra e infradiaphragmáticos (Figura 2). Se realizó biopsia de un ganglio supraclavicular, donde se evidenció distorsión de la arquitectura ganglionar por presencia de histiocitos espumosos y células gigantes multinucleadas, identificándose estructuras levaduriformes encapsuladas compatibles con *Cryptococcus* spp., confirmando compromiso ganglionar.

Además, se documentó fungemia por *Cryptococcus* spp. en hemocultivos de ingreso mediante sistemas automatizados.

Con la confirmación microbiológica se inició tratamiento de inducción con anfotericina B liposomal asociada a fluconazol, pasando luego a terapia de consolidación con fluconazol cuando se logró esterilidad de LCR y posteriormente a mantenimiento.

La paciente evolucionó favorablemente con resolución de los síntomas respiratorios y gastrointestinales, recuperación de la tolerancia oral y mejoría del estado nutricional bajo seguimiento con soporte nutricional y suplementos orales. No requirió nuevas punciones lumbares por ausencia de síntomas neurológicos y adecuada evolución clínica. La terapia antirretroviral fue reiniciada luego de finalizado el tratamiento de inducción y tras documentarse esterilidad microbiológica del LCR. Posteriormente, la paciente permaneció clínicamente estable, aunque se perdió el seguimiento institucional aproximadamente un mes después del alta.

Figura 1. Panel A: El círculo enmarca el cluster denso de estructuras edondeadas oscuras en la lámina propia, corresponden a levaduras dentro de los histiocitos, teñidas de negro/oscuras por la tinción especial que evidencia los polisacáridos capsulares. **Panel B:** El círculo delimita la zona de mayor concentración de espacios claros redondeados rodeados de histiocitos espumosos, "halo capsular" característico de *Cryptococcus* spp. que no capta la hematoxilina, el cual distorsiona la arquitectura de la lámina propia.

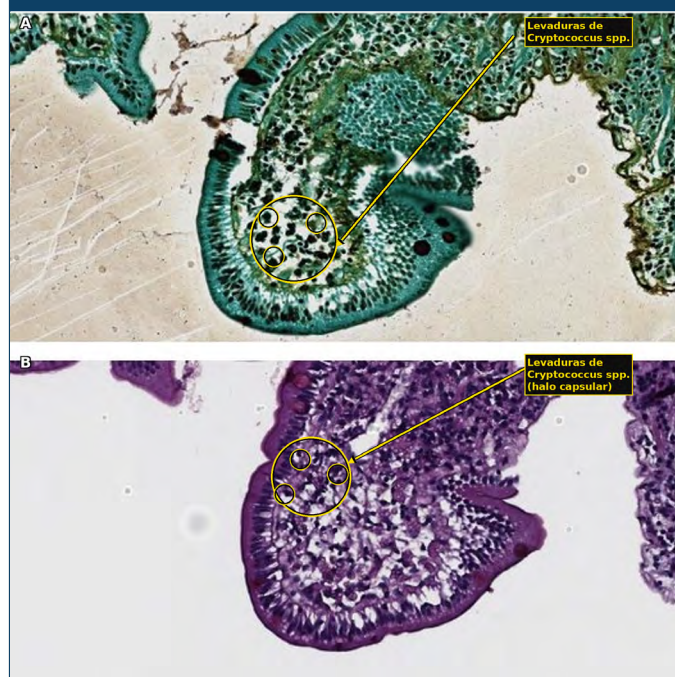


Figura 2. Pet-SCAN corporal total: Se evidencian múltiples adenopatías hipercaptantes en región supraclavicular bilateral la mayor (en informe final izquierda de 10 mm, SUV 8.3), mediastino, hilio pulmonar derecho, región retrocural, retroperitoneo y en mesenterio.



El cuadro global permitió establecer el diagnóstico de criptococosis diseminada con compromiso pulmonar, meníngeo, ganglionar, gastrointestinal y fungemia, en el contexto de sida avanzado con severa inmunosupresión.

Discusión

La criptococosis continúa siendo una de las infecciones oportunistas más relevantes, con predominio de las manifestaciones pulmonares y meníngeas, ampliamente descritas en la literatura (1). A nivel global, se estima que la prevalencia de antigenemia criptocócica en personas viviendo con VIH en estadio avanzado es del orden de 4,4 % (2, 3). En estos escenarios, el compromiso neuromeningeo representa la forma más frecuente y grave, con alta morbi-mortalidad, mientras que las formas extrapulmonares no meníngeas son considerablemente menos habituales. En particular, la afectación gastrointestinal y la ganglionar por *Cryptococcus* spp. constituyen entidades excepcionales, lo que dificulta la estimación real de su prevalencia.

La fisiopatología habitual de la infección criptocócica comienza con la inhalación del microorganismo y su establecimiento primario a nivel pulmonar. Desde allí, la diseminación hematógnea es favorecida por la inmunosupresión profunda, especialmente en pacientes con recuentos de CD4 <100 células/ μ L. El marcado tropismo de *Cryptococcus* spp. por el sistema nervioso central explica la elevada incidencia de meningitis criptocócica en este grupo. En contraste, el compromiso gastrointestinal y ganglionar suele asociarse a enfermedad diseminada con elevada carga fúngica y deterioro significativo de la respuesta inmune celular.

El compromiso gastrointestinal por *Cryptococcus* spp. presenta manifestaciones clínicas inespecíficas, incluyendo dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, náuseas, vómitos o sangrado digestivo. Los hallazgos endoscópicos son variables y pueden incluir erosiones, lesiones blanquecinas, úlceras o incluso mucosa macroscópicamente conservada. Debido a ello, la biopsia con evaluación histopatológica adquiere un rol central para confirmar el diagnóstico y descartar otros diagnósticos diferenciales frecuentes, como tuberculosis, micobacteriosis diseminada o enfermedades linfoproliferativas (4, 5).

En términos terapéuticos, las guías internacionales y regionales recomiendan para la criptococosis diseminada y meníngea un régimen estándar que consiste en

anfotericina B liposomal (3–4 mg/kg/día) asociada a flucitosina (100 mg/kg/día en cuatro dosis) durante dos semanas, seguido de consolidación con fluconazol 400 mg/día por ocho semanas y mantenimiento prolongado. En casos de criptococosis diseminada tratados con régimen apropiado, los esquemas con tratamiento prolongado reducen las tasas de mortalidad de 30% a 6% y recaída de 25% a 4%.

En este caso no se realizó antifungigrama debido a que no forma parte de la práctica microbiológica rutinaria local ante la ausencia de antecedentes institucionales de resistencia antifúngica en *Cryptococcus* spp. (1, 3-6).

Sin embargo, en numerosos países de América Latina, el acceso a la flucitosina continúa siendo limitado, lo que obliga a recurrir a regímenes alternativos. Estas limitaciones subrayan la necesidad de adaptar las recomendaciones teóricas a la realidad terapéutica disponible.

Entre los esquemas alternativos empleados, el más utilizado es la combinación de anfotericina B deoxicolato (0,7–1 mg/kg/día) con fluconazol a dosis elevadas (800–1200 mg/día) durante dos semanas de inducción. Si bien su eficacia es inferior al esquema con flucitosina, constituye una opción disponible y razonablemente respaldada por evidencia. El ensayo ACTA (Ambition-cm Trial) (7) demostró, además, que una dosis única alta de anfotericina B liposomal (10 mg/kg) combinada con fluconazol y flucitosina durante dos semanas resultó no inferior al esquema estándar de siete días en términos de mortalidad a diez semanas, con un perfil de toxicidad comparable. A partir de esta evidencia, la Organización Mundial de la Salud incorporó en 2022 la monodosis de anfotericina B liposomal como una alternativa válida para entornos con recursos limitados, representando un avance significativo en la simplificación del tratamiento y el potencial acceso terapéutico en países de ingresos bajos y medios. En el presente caso, la ausencia de flucitosina determinó el uso de anfotericina B liposomal con fluconazol en altas dosis, decisión acorde con las alternativas disponibles y reconocidas en las guías regionales vigentes.

En cuanto al seguimiento de las localizaciones extrapulmonares, la literatura es escasa. No existen guías que establezcan protocolos específicos de vigilancia endoscópica para compromiso duodenal, ni recomendaciones sobre la frecuencia del control imagenológico de adenopatías criptocócicas. En la práctica, el seguimiento debe individualizarse según la clínica, la respuesta al tra-

tamiento antifúngico sistémico y la recuperación inmunológica del paciente. La confirmación histológica mediante biopsia sigue siendo fundamental en estas localizaciones atípicas, tanto para el diagnóstico como para descartar patologías diferenciales frecuentes en inmunosupresión avanzada, como linfomas o tuberculosis.

Bibliografía

1. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). *Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en población con VIH*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SADI; 2023
2. Rajasingham R, Smith RM, Park BJ, Jarvis JN, Govender NP, Chiller TM, et al. Global burden of disease of HIV-associated cryptococcal meningitis: an updated analysis. *Lancet Infect Dis*. 2017 Aug;17(8):873–881. doi:10.1016/S1473-3099(17)30243-8. PMID:28483415; PMCID:PMC5818156
3. Sloan DJ, Parris V. Cryptococcal meningitis: epidemiology and therapeutic options. *Clin Epidemiol*. 2014;6:169–182. PMID 24872723
4. Zimmet AN, Cullen GD, Mische L, et al. Disseminated cryptococcosis with gastrointestinal involvement and false-negative cryptococcal antigen testing due to postzone phenomenon: a case report and review of the literature. *BMC Infect Dis*. 2023;23:217. doi:10.1186/s12879-023-08141
5. Hani AC, Vargas R, Concha A, Costa VA. Esophageal-gastroduodenal cryptococcosis: a case report
6. Chang CC, Harrison TS, Bicanic T, Chayakulkeeree M, Sorrell TC, Warris A, et al. Global guideline for the diagnosis and management of cryptococcosis: an initiative of the ECMM and ISHAM in cooperation with the ASM. *Lancet Infect Dis*. 2024 Aug;24(8):e495–e512. doi:10.1016/S1473-3099(23)00731-4. PMID:38346436
7. Jarvis JN, Lawrence DS, Mehta DB, Kagimu E, Kasibante J, Mpoza E, et al. Single-dose liposomal amphotericin B treatment for cryptococcal meningitis. *N Engl J Med*. 2022 Mar 24;386(12):1109–1120. doi:10.1056/NEJMoa2111904. PMID:35320642

Disseminated Cryptococcosis with Duodenal and Lymph Node Involvement in a Patient with AIDS: An Unusual Case Report

Cryptococcosis is a prevalent opportunistic infection in patients with advanced immunosuppression, although its extrapulmonary non-meningeal forms remain infrequent and poorly characterized. We present the case of a patient with AIDS who developed disseminated cryptococcosis with pulmonary, meningeal, lymph node, and duodenal involvement, the latter two being exceptionally reported manifestations. The diagnosis was confirmed through microbiological, radiological, and histopathological studies, and treatment required an induction regimen with amphotericin B followed by consolidation and maintenance with fluconazole, in a regional context where flucytosine is not available. This case underscores the importance of recognizing atypical presentations, considering dissemination in patients with gastrointestinal symptoms or lymphadenopathy, and highlights the need to generate local evidence and specific guidelines for these uncommon forms.

Keywords: cryptococcosis, immunosuppression, duodenum, lymph node, HIV



Esta obra está bajo la licencia Creative Commons Atribución -No Comercial- Compartir Igual 4.0 Internacional - Permite que los artículos se puedan compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y adaptar (remezclar, transformar y crear a partir del material otra obra) siempre que se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra), no sean utilizados para fines comerciales y se respeten los mismos términos de esta licencia.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>