

9. Vigilancia de la Gripe en España-Informe.Vigilancia\_GRIPE.2012-13.18sep2013.pdf [Internet] [consultado 12 Mar 2014]. Disponible en: [http://vgripe.isciii.es/gripe/documentos/20122013/InformesAnuales/Informe\\_Vigilancia\\_GRIPE.2012-13.18sep2013.pdf](http://vgripe.isciii.es/gripe/documentos/20122013/InformesAnuales/Informe_Vigilancia_GRIPE.2012-13.18sep2013.pdf)
10. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Informe semanal de Vigilancia de Gripe en España. Semana 10/2014 [Internet] [consultado 12 Mar 2014]. Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>
11. Yang Z, Zhan Y, Chen R, Zhou R, Wang Y, Luo Y, et al. A prospective comparison of the epidemiological and clinical characteristics of pandemic (H1N1) 2009 influenza A virus and seasonal influenza A viruses in Guangzhou, South China in 2009. *Jpn J Infect Dis.* 2012;65:208–14.
12. Almansa R, Bermejo-Martín JF, de Lejarazu Leonardo RO. Immunopathogenesis of 2009 pandemic influenza. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30 Suppl 4:S18–24.
13. Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, et al. Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA.* 2009;302:1872–9.
14. Webb SA, Pettilä V, Seppelt I, Bellomo R, Bailey M, Cooper DJ, et al. ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med.* 2009;361:1925–34.
15. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al., 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Hospitalizations Investigation Team. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April–June 2009. *N Engl J Med.* 2009;361:1935–44.

Mar Justel Álvarez<sup>a,\*</sup>, Iván Sanz Muñoz<sup>b</sup>, Silvia Rojo Rello<sup>a</sup> y Raúl Ortiz de Lejarazu Leonardo<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Microbiología Clínica e Inmunología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Centro Nacional de Gripe, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marjustel@hotmail.com](mailto:marjustel@hotmail.com) (M. Justel Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.04.001>

## Toxoplasmosis cerebral en paciente con macroglobulinemia de Waldenström



### Cerebral toxoplasmosis in a patient with Waldenström's macroglobulinemia

Sr. Editor:

La toxoplasmosis cerebral es una enfermedad propia del paciente con infección por VIH no tratada y con linfocitos T CD4+ < 100 mm<sup>3</sup>, es excepcional en otros pacientes, por lo que no suele ser incluida en el diagnóstico diferencial inicial en pacientes no VIH. Presentamos el caso de un paciente con macroglobulinemia de Waldenström (MW) en tratamiento, que presentó una romboencefalitis toxoplásmica con evolución fatal.

Se trata de un varón de 69 años, con antecedentes de derrame pleural idiopático 30 años atrás. Fue diagnosticado de MW 3 años antes del episodio actual, previo a dicho episodio fue tratado con ciclos de ciclofosfamida (250 mg/m<sup>2</sup>)/prednisona (40 mg/m<sup>2</sup>/7 días) durante 3 meses; bortezomib (1,3 mg/m<sup>2</sup>)/dexametasona (40 mg/semanal)/rituximab (375 mg/m<sup>2</sup>) durante 6 meses; ciclofosfamida (750 mg/m<sup>2</sup>)/vincristina (2 mg)/prednisona (40 mg/5 días) durante 5 meses y clorambucilo (8 mg/m<sup>2</sup>)/prednisona (40 mg/m<sup>2</sup>/10 días) durante 3 meses. Tras 17 meses del inicio del tratamiento, consultó por disgeusia, diplopía y hemihipoestesia con hemiparesia izquierda de 3 semanas de evolución. La exploración física solo objetivó hemiparesia braquiocrural y parálisis del sexto par craneal derecho. La resonancia magnética nuclear (RMN) encefálica (fig. 1) mostró una lesión protuberancial de 1,5 cm, con realce en anillo y edema perilesional. La radiografía de tórax mostró paquipleuritis derecha, y en la analítica destacó proteína C reactiva de 3 mg/dl, hemoglobina 11,2 g/dl, leucocitos de 6.320 μl (62% polimorfonucleares), con poblaciones linfocitarias normales. La serología de virus de hepatitis B, C, VIH, lúes, *Borrelia*, *Brucella*, IgM de *Toxoplasma* y antígeno de *Cryptococcus* fueron negativas. La IgG de *Toxoplasma* y QuantiFERON<sup>®</sup> TB fueron positivas.

Se inició tratamiento con meropenem 2 g/8 h iv, ampicilina 2 g/4 h iv, gentamicina 320 mg/24 h iv y dexametasona 4 mg/8 h iv. Dada la escasa mejoría radiológica y el empeoramiento clínico, al 28 día de ingreso se añadió isoniazida 300 mg/24 h iv, rifampicina 600 mg/24 h iv, pirazinamida 1.250 mg/24 h vía oral y anfotericina B liposomal 4 mg/kg/día, así como se decidió biopsia de la lesión pontina, realizada sin complicaciones posquirúrgicas inmediatas en TC craneal, que evidenció la presencia de trofozoitos de *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), con cultivo bacteriano, fúngico y para micobacterias negativo. Se inició tratamiento con pirimetamina 100 mg/día,

tras primera dosis de 200 mg y sulfadiazina 1,5 g cada 6 h. Tras 12 días de tratamiento activo antitoxoplásmico, el paciente presentó un deterioro progresivo sintomático, por lo que fue trasladado a la UCI donde falleció por fracaso multiorgánico secundario a neumonía nosocomial.

No hemos encontrado en la literatura casos de MW que asocien encefalitis toxoplásmica. En pacientes no VIH, esta infección se relaciona en aquellos previamente seropositivos para *T. gondii* y con tratamiento inmunosupresor para trasplante de células madres hematopoyéticas (TPH)<sup>1</sup>, leucemia linfocítica crónica<sup>2,3</sup>, trasplante renal<sup>4</sup> o cardiaco. Los fármacos inmunosupresores más frecuentemente vinculados son agentes alquilantes<sup>1-3</sup>, otros antineoplásicos<sup>4</sup>, corticoesteroides<sup>5</sup>, anticuerpos monoclonales<sup>2</sup> y anti-TNF<sup>6</sup>.

A la luz de la experiencia con nuestro paciente, consideramos que debe valorarse la realización de estudio serológico de *T. gondii* en aquellos pacientes candidatos a tratamiento inmunosupresor, en caso de seronegatividad se debería insistir en el riesgo de contraer toxoplasmosis desde las heces de sus gatos o con la ingesta de

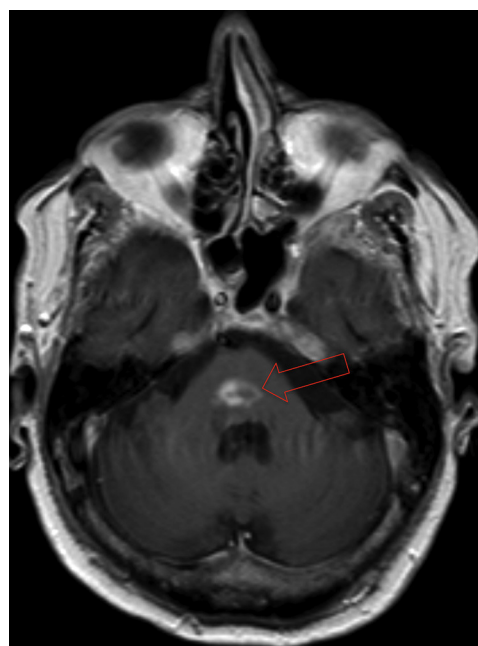


Figura 1. RMN craneal T1 con lesión con realce en anillo en protuberancia.

carne cruda<sup>7</sup>. No existe clara evidencia en la literatura del beneficio de profilaxis antitoxoplásmica en pacientes no sometidos a TPH o trasplante de órgano sólido.

Dada la evolución dificultosa de nuestro paciente, consideramos que debe valorarse esta etiología en romboencefalitis en aquellos pacientes inmunosuprimidos no VIH, con mala evolución a pesar de la antibioterapia, así como la realización de biopsia cerebral diagnóstica precoz ante una evolución tórpida.

### Bibliografía

1. López-Duarte M, Insunza A, Conde E, Irondo A, Mazorra F, Zubizarreta A. Cerebral toxoplasmosis after autologous peripheral blood stem cell transplantation. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2003;22:548–50.
2. Desmond R, Lynch K, Gleeson M, Farrell M, Murphy M. Progressive multifocal leukoencephalopathy and cerebral toxoplasmosis in a patient with CLL. *Am J Hematol.* 2010;85:607.
3. Bacchu S, Fegan C, Neal J. Cerebral toxoplasmosis in a patient with chronic lymphocytic leukaemia treated with fludarabine. *Br J Haematol.* 2007;139:349.
4. Fernández-Sabe N, Cervera C, Fariñas MC, Bodro M, Muñoz P, Gurgui M, et al. Risk factors, clinical features, and outcomes of toxoplasmosis in solid-organ transplant recipients: A matched case-control study. *Clin Infect Dis.* 2012;54:355–61.
5. Payá E, Noemí I, Tassara R, Catalán P, Avilés CL. Profilaxis de toxoplasmosis en niños y adultos sometidos a trasplante de órganos sólidos y precursores hematopoyéticos. *Rev Chilena Infectol.* 2012;29 Supl 1:S37–9.
6. González-Vicent M, Díaz MA, Sevilla J, Madero L. Cerebral toxoplasmosis following etanercept treatment for idiopathic pneumonia syndrome after autologous peripheral blood progenitor cell transplantation (PBPC). *Ann Hematol.* 2003;82:649–53.
7. Centers for Disease Control and Prevention; Infectious Disease Society of America; American Society of Blood and Marrow Transplantation. Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients. *MMWR Recomm Rep.* 2000;49:1–125.

Samuel Olmos Soto<sup>a,\*</sup>, Sergio Reus Bañuls<sup>b</sup>,  
Elvira Mora Castera<sup>c</sup> y María Blanca Villarubia Lor<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> Servicio de Hematología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [samuel.olmos@gmail.com](mailto:samuel.olmos@gmail.com) (S. Olmos Soto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.03.016>