

Pericarditis por *Toxoplasma gondii* en un Paciente con Enfermedad de Carrión: Evidencia Serológica y Respuesta Terapéutica

Eduardo Sánchez Vergaray¹

¹ Hospital Hipólito Unanue

Relato

Paciente varón de 17 años de edad, soltero, nacido en Cashapampa-Ancash; procedente de San Juan de Lurigancho; de ocupación: ayudante de cocina en una cebichería. Un mes antes de su ingreso presenta malestar general, astenia, sensación nauseosa y dolores osteomusculares difusos ocasionales. Además presenta sensación de alza térmica no cuantificada a predominio nocturno. Señala escalofríos en una ocasión; el alza térmica no mejora con paracetamol. Además cefalea de moderada intensidad. Estas molestias no mejoran con sintomáticos. Pérdida ponderal de 4 kilos. No muguet oral. Niega tos y hemoptisis. Cuatro días antes de su ingreso observa incremento de la sensación de alza térmica y astenia. Adicionalmente se presentan ictericia, coluria, un episodio de vómito postprandial tardío con contenido bilioso. El paciente señala tener dolor generalizado en extremidades y además dolor leve tipo retorcijón en hemi-abdomen superior. No episodio de diarreas. Tres días antes del ingreso la ictericia se incrementa aún más y presentó un episodio de melena. Nota palidez y taquicardia. Acude a Centro de Salud de San Juan de Lurigancho de donde es transferido al Servicio de Enfermedades Infecciosas y de Medicina Tropical del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Funciones biológicas

Apetito disminuido. Sed normal. Orina colúrica. Sueño: conservado. Peso disminuido. Heces hipocólicas.

Antecedentes

Tres meses antes de ingreso viaje a Colcap (a 5 horas de Chimbote-Ancash). Señala que otro familiar "se puso amarillo". No historia de viajes a Selva. Niega historia de contacto tuberculoso. Niega historia de hepatitis, fiebre tifoidea, brucelosis. Inicio actividad sexual a los 15 años. No contacto con HSH y TS. Niega uso de condón. Ingiere alimentos en la calle.

Examen físico

PA: 100/80 FC: 100 FR. 25 T 38,3 P: 55Kg

Paciente adelgazado, MEG, REH y REN, despierto, orientado. Piel pálida y húmeda. Ictericia de piel y mucosas. Linfadenopatías inguinales de 0,5-0,3 cm., bilaterales no dolorosas, blandas no adheridas a planos profundos. Tórax, neurológico y genito-urinario sin hallazgos significativos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, excepto en zona epigástrica con presencia de leve dolor Hepatomegalia con span

hepático de 14 cm. No se percute bazo.

Exámenes auxiliares

18/07/03 Hemograma: Anemia severa (Hb: 4,2), trombocitopenia (plaquetas: 99,000) Globos rojos nucleados: 11%

Aglutinaciones: Tífico 1/80 Brucella(-)

TGO: 83U/L TGP: 72U/L BT: 2mg/dl

1/08/03 Líquido pericárdico: ADA 20U/L (VN=0-25) BK (-) IgM Toxoplasma en LP 58 EIU (>40) IgG para CMV 4,0 IU/MI

IgM para Toxoplasma en sangre: 155 EIU (>40), Ig G para CMV en sangre: 20IU/ML (>4)

06/08/03 Electrolitos Na: 148 K: 2.,93

Rx de tórax: Presencia de Cardiomegalia

ECG: Presencia de complejos pequeños

Hemocultivos2 (-) Strongiloides en heces: Negativo. Gota gruesa negativo x3

BK de esputo negativo x2 PPD (-)

Estudio de AMO: Médula ósea reactiva

Frotis periférico: Presencia de formas cocobacilares de Bartonella bacilliformis. Parasitemia 80%

Ecocardiografía: Presencia de Derrame Pericárdico

Evolución

El paciente inicialmente estuvo recibiendo ciprofloxacina 1gr/día, cayendo la fiebre. Diez días luego del ingreso se inició corticoides por cinco días. Tres días después presenta dificultad respiratoria y se le realizó pericardiocentesis y se evacuó 500cc de LP cetrino. Se inició prueba terapéutica con clindamicina y cotrimoxazol con una evolución excelente después de 6 semanas.

Comentario

La Bartonellosis humana o Enfermedad de Carrión (EC) es endémica en algunas regiones del Perú, especialmente en los valles interandinos que se ubican entre los 500 a 3,200 msnm (1); donde existen condiciones ecológicas favorables que permiten que el vector *Lutzomyia verrucarum* viva y transmita la enfermedad. En el departamento de Ancash, la EC clásicamente se ha descrito y constituye un serio problema de salud pública dada su alta incidencia acumulada y su patrón de transmisión a través de brotes epidémicos en grupos poblacionales de alto riesgo (población migrante sin inmunidad contra

Bartonella bacilliformis; gestantes y niños).

Colcap es un caserío que se encuentra en un valle interandino cercano a la Cordillera Negra en el Distrito de Cáceres, Ancash. En dicha zona según la información recopilada no se habían reportado casos de Enfermedad de Carrión previamente.

Cabe señalar que los pacientes que ingresan a una zona endémica o nueva zona endémica – y que no habían desarrollado inmunidad a *Bartonella bacilliformis*- así como las gestantes (inmunosuprimidas); desarrollan fácilmente formas severas de EC acompañadas frecuentemente de Infecciones oportunistas (1).

Tabla I: Causas Infecciosas de Pericarditis Aguda
<ul style="list-style-type: none">• Bacterias: neumococo, estreptococo, estafilococo, <i>Neisseria</i>, legionella.• Tuberculosis, <i>Treponema</i>.• Vírus: coxsackie, influenza, VIH, hepatitis, adenovirus, echovirus.• Hongos: <i>Histoplasma</i>, <i>Coccidioides</i>, <i>Blastomyces</i>, <i>Candida</i>.• Parásitos: <i>Entamoeba histolytica</i>, <i>toxoplasma gondii</i>.

En la población peruana, las tasas de prevalencia de exposición a *Toxoplasma gondii* están entre 45-85%. La toxoplasmosis constituye una Infección oportunista que se observa en el paciente con fase aguda de EC (6%), así como con el paciente con SIDA, enfermedades linfoproliferativas y en transplantados.

La toxoplasmosis en el paciente inmunosuprimido puede manifestarse como encefalitis, meningo-

encefalitis, corio-retinitis, neumonía, hepatitis, lesiones **anulares** del SNC, pericarditis con o sin derrame (2), miocarditis, neumonitis intersticial; fiebre, mialgias, polimiositis, rash cutáneo y linfocitosis con presencia de linfocitos atípicos

Se ha descrito toxoplasmosis en pacientes con EC presentándose con diversas formas clínicas como síndrome febril indiferenciado, distress respiratorio del adulto, linfadenomegalia, falla multi-orgánica y miocarditis (como hallazgo anatomo-patológico).

La pericarditis es una condición que se observa en el 56.5% en los pacientes con EC. Es importante tener en cuenta otras causas de pericarditis aguda como la idiopática y/o viral, que corresponden a casi el 80% de los casos y otras posibles causas (ver tabla 1).

Nosotros usamos como tratamiento cotrimoxazol con clindamicina, obteniendo respuesta terapéutica favorable. Cotrimoxazol tiene actividad moderada contra el taquizoito de *Toxoplasma gondii*. La asociación a clindamicina se basa en el posible efecto sinergista, en este caso con una excelente respuesta terapéutica.

En nuestro Servicio, utilizamos rutinariamente cotrimoxazol asociado a Clindamicina en el manejo del paciente con encefalitis por *Toxoplasma* y SIDA, con excelentes resultados muy similares a la experiencia de los clínicos africanos.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Birtles R, Fry N, Ventosilla P, et al. Identification of *Bartonella bacilliformis* genotypes and their relevance to epidemiological investigations of human bartonellosis. J Clin Microbiol 2002, 40:3606-36
2. Collart F, Glupzinski Y, Cogan E, Schmerber J. Acute pericarditis of toxoplasmic origin (letter). J Infect 1983; 7: 82-3.