

<b>Caso</b>	(264) Fiebre y Focalidad. ¿En qué pensar?
<b>Autores</b>	Jose Ofarrell, Esther Vazquez Mancilla, Irene Serrano Berguillos
<b>Centro</b>	Hospital Virgen De La Victoria, Málaga, España

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 29 años acude a urgencias con fiebre de hasta 38oC de 24h de evolución con deterioro progresivo del estado general, disminución del nivel de consciencia con perdida de control de esfínteres y bradipsiquia asociada. A la exploración se observa muguet oral, parálisis facial y dos lesiones violáceas cutáneas sobre elevadas a nivel preauricular y temporal izquierda respectivamente. Rigidez en rueda dentada y afasia de broca. Última prueba VIH hace 5 años negativa. Se realiza TC cerebral sin contraste.

En la TC se aprecian varias zonas hipodensas en sustancia blanca, de localización frontal derecha, parasagital parietal posterior izquierda y en la región de los ganglios de la base izquierda. Este último provoca importante efecto masa sobre el tercer ventrículo y secundariamente una dilatación de ambos ventrículos laterales, sin signos de edema transependimario. Desplazamiento de la línea media a la derecha de 9mm aproximadamente. En el interior de estas zonas de edema se identifican lesiones intraaxiales con un halo hiperdenso mal definido que en el contexto de este paciente, sugieren una etiología infecciosa como primera probabilidad diagnóstica.

Se procede al ingreso obteniéndose resultado positivo de serología para VIH.

## DISCUSIÓN

Durante el ingreso se realizó un RMN cerebral donde se apreciaron múltiples lesiones intraaxiales (hasta 14) a nivel supra e infratentorial. La de mayor tamaño de casi 3cm de diámetro aproximadamente en el territorio de los ganglios de la base izquierda, heterogénea, de predominio hiperintenso en su región central con halo periférico en T2 y FLAIR, con restricción periférica en la difusión, caída de señal periférica en el mapa ADC y captación de contraste en anillo con edema vasogénico perilesional. Todo ello sugestivo de etiología infecciosa, siendo toxoplasmosis la primera posibilidad diagnóstica.

En estudio serológico se confirmó IgG positiva para toxoplasma, habiéndose ya iniciado tratamiento con sulfadiacina, pirimetamina y dexametasona con mejoría clínica y mejoría radiológica en la prueba de control. Se realizó colonoscopia con biopsias de colon, diagnosticándose colitis por CMV además de sarcomas de kaposi cutáneas en las biopsias cutáneas realizadas. Durante el ingreso se observó también mejoría importante de la sintomatología neurológica hasta su total resolución. Se inició TAR dos semanas tras el ingreso con evolución favorable y alta hospitalaria sucesivamente.

## CONCLUSIÓN

*Toxoplasma gondii* es un parásito intracelular que infecta a aves y mamíferos. Su huésped definitivo es el gato y otras especies de Felidae. En individuos inmunocompetentes, causa principalmente una infección subclínica o asintomática. En individuos inmunodeprimidos (por ejemplo, pacientes con SIDA), la toxoplasmosis es la causa más común de absceso cerebral, por lo que se debe sospechar siempre ante un cuadro neurológico sin filiación en un paciente potencialmente inmunodeprimido en la urgencia.

Otra causa muy frecuente de absceso cerebral en inmunodeprimido es el linfoma primario del SNC y ya que estas dos patologías tienen un tratamiento muy distinto, es de primera importancia intentar distinguirlos a nivel radiológico especialmente en pacientes con un riesgo de biopsia muy elevado. El LPSNC suele mostrar diseminación subependimaria, mientras que la toxoplasmosis tiende a diseminarse a través de los ganglios basales y en la unión corticomedular. Además, el linfoma es más frecuentemente una lesión solitaria, mientras que la toxoplasmosis suele ser multifocal con un tamaño variable (entre 1 y 3cm normalmente). Ambas características radiológicas se cumplieron en nuestro paciente.



*Lesión predominantemente hipodensa con zona de mayor densidad central, de bordes bien definidos en región de ganglios de la base izquierdos que causa importante efecto masa y que desplaza línea media.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

-Brandsma D, Bromberg JEC. Primary CNS lymphoma in HIV infection. *Handb Clin Neurol* 2018; 152:177-18

-Chang L, Cornford ME, Chiang FL et-al. Radiologic-pathologic correlation. Cerebral toxoplasmosis and lymphoma in AIDS. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1995;16 (8): 1653-63

-Ramsey RG, Gean AD et-al. Neuroimaging of AIDS. I. Central nervous system toxoplasmosis. *Neuroimaging Clin. N. Am.* 1997;7 (2): 171-86.

-Karia SJ, McArdle DJT. AIDS-related primary CNS lymphoma. *Lancet* 2017; 389:2238