

**CANDIDIASIS  
HEPATOESPLÉNICA  
REPORTE DE UN CASO Y  
REVISION DE LA LITERATURA**



**Hospital J.R. Vidal**

**Autores:**

Fabián Arengo

Martin Valdez

Gonzalo Sandoval

Karina Alejandra Martinez

Sebastian Alvarez Aucar

2019

# REPORTE DE CASO

**Sexo:** femenino, 36 años.

**MC:** fiebre y malestar general.

**AEA:** Paciente con diagnóstico de artritis seronegativa (ASN) en tratamiento crónico con corticoides y metrotexate, se presenta a la guardia con temperatura de 39°C al ingreso, astenia y adinamia.

<b>Laboratorio:</b>	PCR: 192 mg/l Factor Reumatoideo: Negativo VSG: 22 mm/hs Hto: 38 % Hba: 13.9 g/dl GB: 11.000 /mm3 (Cay:5/Seg:81/Eo:0/Lin f:8/Mono:6) Plaq: 155.000 /mm3
<b>EAB:</b>	Ph: 7.50; pO2: 64.4 mmHg; pCO2: 28.2 mmHg; HCO3: 24.3 mmol/L; EB: -0.7 mmol/L; sO2: 95.8%.
<b>Examen físico:</b>	TA: 120/80 mmHg FC: 93 lpm FR: 20 rpm T: 39° SAT: 97% FiO2 0,21 en reposo.

Se solicitan escografía y posteriormente tomografía...

# ECOGRAFÍA

- Se observaron con el transductor lineal múltiples imágenes hipoecoicas redondeadas con un diámetro aproximado de entre 5-15 mm, dispersas por el parénquima hepático y esplénico a predominio de este último (Fig. 1 y 2).



Fig. 1



Fig. 2

## TOMOGRAFÍA



Fig. 3

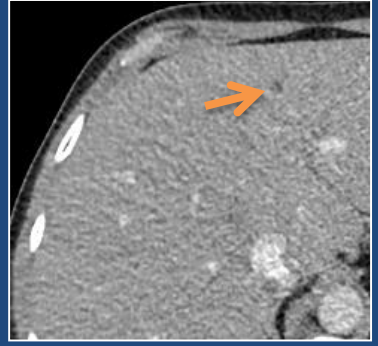


Fig. 4

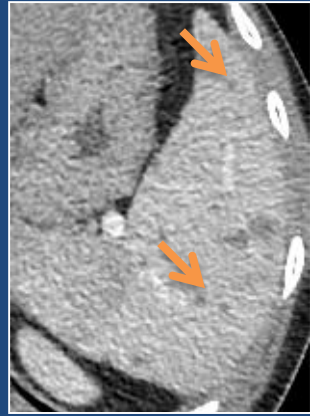


Fig. 5

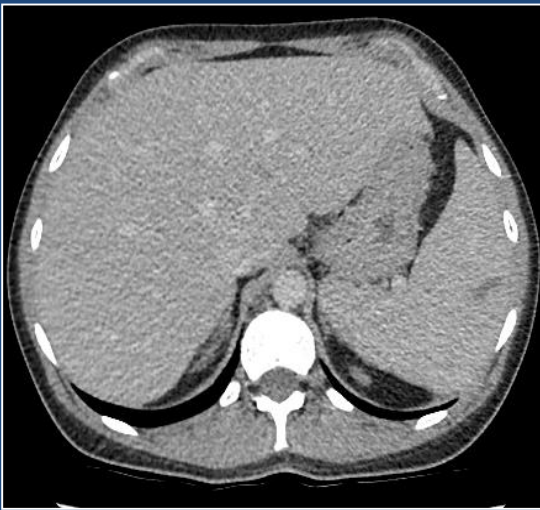


Fig. 6



Fig. 7

Tomográficamente se observan múltiples lesiones hipodensas milimétricas en parénquimas hepático y esplénico (flechas naranjas) mejor visualizadas en fase arterial (Fig. 3, 4 y 5), que homogeneizan con el parénquima adyacente en fases venosa (Fig. 6) y tardía.

A nivel esplénico, en fases con contraste, se visualizan imágenes en forma de cuña de base periférica y vértice central por probables áreas de infarto parenquimatoso (flechas rojas) (Fig. 7).

Las infecciones micóticas invasoras son frecuentes en pacientes inmunosuprimidos, siendo la *Candida spp* el agente etiológico más común en infecciones fúngicas diseminadas.

Los hemocultivos son usualmente negativos, pudiéndose aislar el agente micótico sólo en el 50% de las muestras, probablemente debido a que la diseminación hematogena se limita al sistema venoso portal.

En la mayoría de los casos, la clínica sólo se manifiesta luego de la resolución de la neutropenia incluyendo fiebre persistente que no responde a los antibióticos de amplio espectro, dolor abdominal y náuseas.



Las vías de entrada más comunes son el tracto gastrointestinal y los catéteres intravasculares, siendo los factores predisponentes más frecuentes la neutropenia prolongada, la terapia con drogas citotóxicas, el tratamiento con corticosteroides, la colonización del tracto gastrointestinal por *Candida spp.*, y la presencia de catéteres intra-vasculares. Las tasas de mortalidad varían entre el 40% y el 95%.

## Se describen 4 tipos de patrones ecográficos:

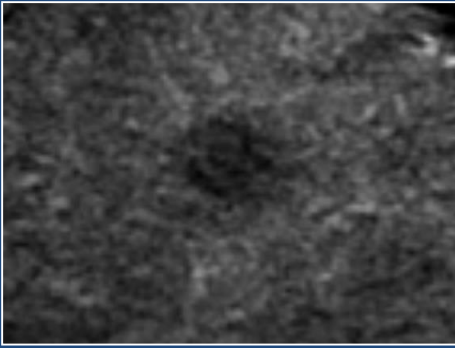


Fig. 8



Fig. 9

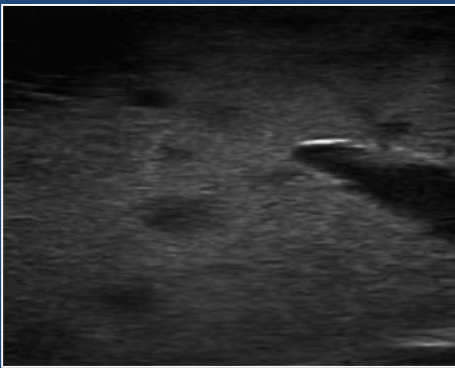


Fig. 10



Fig. 11

**1) Imagen de rueda dentro de rueda:** Lesiones con centro hipoecoico necrótico con hifas, rodeado de anillo ecogénico de células inflamatorias, y por fuera de este, un anillo fibroso hipoecoico (Fig 8).

**2) Imagen en ojo de buey:** lesiones con centro necrótico rodeado de anillo fibroso (Fig 9).

3) Imágenes hipoecoicas homogéneas siendo estas las más frecuentes de ver y que coexisten con las anteriores descritas (Fig 10).

4) Imágenes nodulares con centros ecogénicos pequeños con sombra acústica posterior por depósitos de calcio (Fig 11).

Los hallazgos tomográficos típicos en fase sin contraste y venosa portal, son múltiples y pequeñas lesiones nodulares de baja densidad distribuidas por el parénquima hepático y esplénico.



Fig. 12



Fig. 13

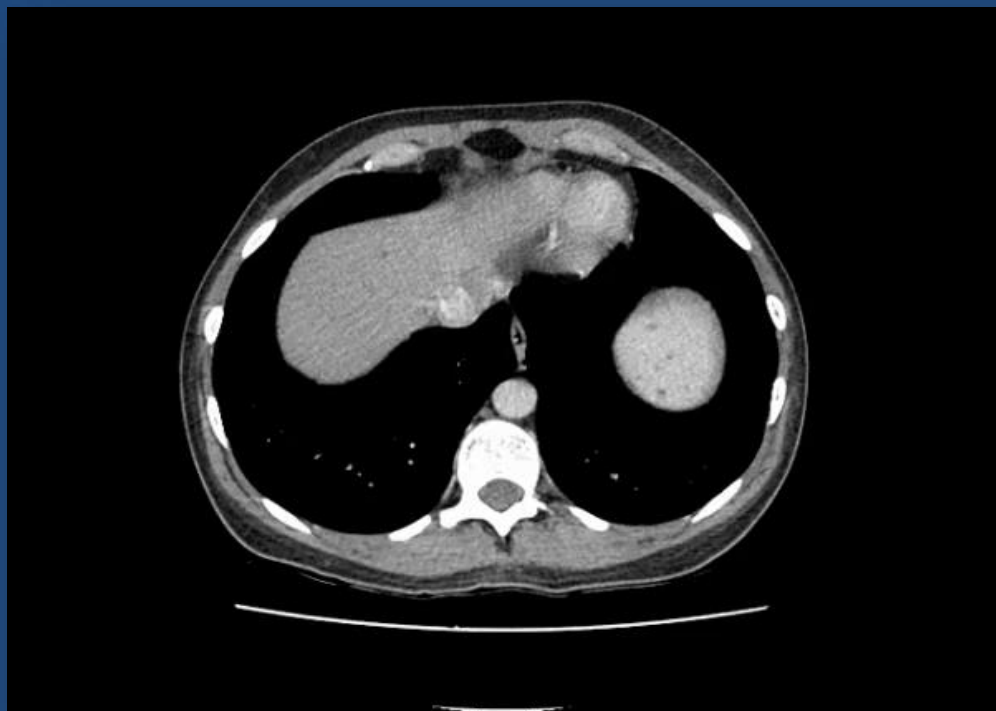


Fig. 14

En fase arterial (Fig. 14) es posible visualizar mayor cantidad de lesiones en comparación al estudio sin contraste y fase portal (Fig. 12, 13).

En etapas subagudas pueden observarse lesiones densas por hemorragias o calcificaciones en estadios crónicos.

## CONCLUSIÓN

- Pacientes inmunosuprimidos con fiebre persistente que presentan múltiples lesiones hipodensas/hipoecoicas en hígado y bazo sugieren el diagnóstico de candidiasis hepato-esplénica.
- En muchos casos se manifiesta sólo después de la recuperación de neutrófilos.
- Tanto la TC como la ecografía han demostrado su eficacia para el diagnóstico de la candidiasis hepato-esplénica, siendo la ecografía un método de primera elección dada su fácil accesibilidad, sensibilidad y especificidad.