

# Pseudoquiste de páncreas, infección primaria por *Torulopsis glabrata*. Reporte de un caso

Dr. Héctor León-Trueba,\* Dr. José Antonio Del Pozzo,\* Dr. Alexis Bolio-Galvis\*

\* Departamento de Cirugía General. Hospital Central Sur de Alta Especialidad. PEMEX.

Correspondencia: Dr. Héctor León-Trueba, Periférico Sur 4091, Colonia Fuentes del Pedregal, C.P. 14140, México, D.F. Tel: 56-45-16-84 ext. 51254.

Recibido para publicación: 18 de agosto de 1999.

Aceptado para publicación: 13 de abril de 2000.

**RESUMEN Antecedentes:** *T. glabrata* es un hongo saprófito, que se ha considerado en los últimos años como un agente patógeno en el pseudoquiste de páncreas. Se han reportado únicamente tres casos en la literatura mundial. **Objetivo:** presentar un nuevo caso de un paciente con pseudoquiste de páncreas cuya causa de infección primaria y sepsis fue *T. glabrata*; analizar los posibles factores que favorecen la infección, así como revisar la literatura de los casos hasta hoy día registrados. **Informe del caso:** se presenta la evolución clínica de una paciente posoperada de colecistectomía convencional con exploración de vías biliares y colocación de sonda en T, secundaria a coledocolitiasis; la cual desarrolló pancreatitis aguda días después de haberse realizado una CPRE para tratamiento de litiasis residual, después de lo cual recibió manejo con antibióticos de amplio espectro y NPT; posteriormente se complicó con pseudoquiste de páncreas, el cual fue diagnosticado por TAC y manejado de inicio con punción percutánea en que se identificó la *T. glabrata*. En una recidiva posterior del pseudoquiste, con manifestaciones de sepsis se halló el microorganismo descrito como único agente responsable. **Conclusiones:** la instrumentación del árbol pancreato-biliar, así como la terapia prolongada con antibióticos de amplio espectro y con NPT, fueron los medios que se asociaron como factores de riesgo para la infección por *T. glabrata*, así como para que este hongo cambiara su comportamiento biológico de comensal a patógeno. Se le deberá considerar como un agente potencialmente patógeno en pacientes que reciban este tipo de terapia y que cursen con pseudoquiste de páncreas, para reconocerlos de forma oportuna e iniciar la terapia conveniente.

**Palabras clave:** *Torulopsis glabrata*, pancreatitis aguda, pseudoquiste de páncreas.

**SUMMARY Background:** *T. glabrata* is a saprophyte fungus that has been considered in the past years to be a pathologic agent in the pancreatic pseudocyst. Only three cases have been reported in the world literature. **Objective:** To present a new case of a patient with pancreatic pseudocyst whose primary cause of infection and sepsis was *Torulopsis glabrata* and to analyze the possible factors that produced the infection. In the same manner, a review of the cases on literature to date was conducted. **Case report:** We present the clinical evolution of a post surgical patient with conventional cholecystectomy with biliary duct exploration and biliary duct derivation secondary to choledocholithiasis. This patient developed acute pancreatitis days after an endoscopic retrograde cholangiopancreatography was carried out. The patient received wide-range antibiotics and total parenteral nutrition (TPN). Later, the patient's case was complicated with pancreatic pseudocyst that was act diagnosed and managed initially with antifungus therapy due to an asymptomatic stage and a late report for *T. glabrata*. **Conclusions:** Pancreatobiliary duct instrumentation, in the same manner, prolonged therapy with wide-spectrum antibiotics and with TPN an with the means that had associated as risk factors for *T. glabrata* infection. Therefore, this fungus could have changed its biologic behavior from commensal to pathogenic. A potentially pathogenic agent in patients receiving this type of therapy and who have pancreatic pseudocyst must be considered to recognize these in the initial stages and begin therapy.

**Key words:** *Torulopsis glabrata*, acute pancreatitis, pancreatic pseudocyst.

## INTRODUCCIÓN

*Torulopsis glabrata*, es un hongo saprófito de la familia de la *Candida* que se comporta como comensal del tracto gastrointestinal humano,<sup>1</sup> que sólo en los últimos años se ha considerado como agente patógeno en pacientes con pseudoquiste de páncreas como causa de infección primaria y sepsis.<sup>2</sup> Se han reportado hasta el momento tres casos en la literatura en diferentes partes del mundo. En el presente reporte presentamos el cuarto caso registrado con el objeto de revisar los posibles factores que favorecen la infección produciendo el cambio del comportamiento biológico de *T. glabrata*, de comensal a patógeno,<sup>3,4</sup> así como una revisión de la literatura de los casos registrados.

### Presentación del caso

Una mujer de 35 años de edad quien inició su padecimiento en mayo de 1996 al realizarse una colecistectomía convencional con exploración de vías biliares y colocación de sonda en T. Durante el control radiográfico con contraste, se identificó coledocolitiasis residual. Fue enviada a nuestra unidad al Servicio de Gastroenterología, realizándose el día 13 de septiembre de 1996, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con extracción de dos litos. A los tres días del procedimiento desarrolló pancreatitis aguda, realizándose TAC con clasificación Balthazar C3,<sup>5</sup> la cual fue manejada en forma conservadora con nutrición parenteral total durante 8 días y manejo con antibióticos de amplio espectro del tipo del imipenem durante 28 días. El día 11 de noviembre se hizo el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas y se realizó punción guiada por TAC, obteniéndose líquido transparente con una citología de 600 células/cm<sup>2</sup>, 529 leucocitos, 954% PMN, amilasa 38 y proteínas totales de 7.4, sin microorganismos. Al quinto día se reportó un cultivo de *Corinebacterium* y cocobacilos, el cual se consideró como contaminación de la muestra por flora cutánea. La paciente se egresó el día 20 de noviembre de 1996 totalmente asintomática y se citó en un mes a la consulta externa de gastroenterología. Sin embargo, se reportó tardíamente un cultivo para *T. glabrata* el día 22 de noviembre del mismo año; a dicho cultivo no se le dio manejo por no considerarse patógeno y debido a que la paciente continuó asintomática. La paciente fue dada de alta de la unidad y se manejó en su unidad de adscripción en la provincia, permaneciendo asintomática hasta el día 2 de febrero de 1997, iniciando con dolor en fosa renal derecha y región lumbar ipsilate-

ral con induración y eritema, fiebre de 39 a 40 grados centígrados, taquicardia de 125 lat/min, presión arterial de 100/70 mmHg, taquipnea y ataque al estado general, motivo por el cual fue enviada nuevamente a nuestra unidad. A su ingreso fue valorada por nuestro servicio, se tomaron exámenes de laboratorio y gabinete; reportándose fórmula blanca con 18 mil leucocitos con neutrofilia de 80%, examen general de orina con 28 leucocitos por campo, 9 eritrocitos por campo, bacterias moderadas y escasas levaduras.

Se realizó TAC, misma que mostró gran colección retroperitoneal que abarcaba el espacio pararenal derecho con hidronefrosis moderada, rechazando el riñón en sentido ventral al igual que al ciego y al colon ascendente. La paciente fue sometida a drenaje quirúrgico de urgencia, obteniéndose material necrótico purulento con volumen aproximado de 700 cc. Se envió muestra para cultivo y se inició manejo empírico con triple esquema de antibióticos, con cobertura tanto para gram negativos como para gram positivos y anaerobios, a base de ceftazidima, amikacina y metronidazol. Al quinto día posoperatorio se reportó un cultivo puro para *T. glabrata*, por lo que se inició manejo con anfotericina B con una dosis total de 700 mg. La paciente fue manejada con nutrición parenteral total por 5 días y posteriormente toleró adecuadamente la alimentación enteral, permaneciendo hospitalizada un mes y fue dada de alta a su unidad con un sistema de drenaje retroperitoneal.

## DISCUSIÓN

En la literatura mundial existen sólo tres casos reportados por Escalante y colaboradores,<sup>6</sup> así como Robbins-EG-2<sup>nd</sup> y col.<sup>7</sup> Se reporta el caso clínico de una mujer de 20 años de edad, quien cursó con pancreatitis biliar a las seis semanas posparto, complicándose con pseudoquiste, el cual posteriormente se infectó y fue la causa de sepsis. El líquido del pseudoquiste que se obtuvo por una cistogastroanastomosis mostró un cultivo puro de *T. glabrata*. Se reporta el caso clínico de un hombre de 52 años de edad con múltiples problemas médicos quien mostraba datos de un pseudoquiste infectado, 9 días después de que se hospitalizó por pancreatitis alcohólica, se realizó punción guiada por TAC con aspiración del líquido del pseudoquiste, mostrándose infección por *T. glabrata*. Es importante mencionar que ningún paciente tenía antecedentes de instrumentación endoscópica o de manipulación quirúrgica; los pacientes se trataron con tratamiento combinado a base de drenaje percutáneo o quirúrgico y con anfotericina B.

En el caso de nuestra paciente la pancreatitis fue secundaria a instrumentación por CPRE, siendo éste otro factor de colonización del pseudoquiste por *T. glabrata*, además de que fue manejada con NPT y con antibióticos de amplio espectro, los cuales son factores predisponentes para la infección de organismos oportunistas como son los hongos, y en este caso por *T. Glabrata*, microorganismo que responde adecuadamente al manejo antes señalado.

El pseudoquiste de páncreas se infecta más frecuentemente por organismos coliformes y otras enterobacterias y sólo en muy raros casos se debe a la infección primaria por hongos. La instrumentación del árbol pancreatobiliar, así como la prolongada terapia antimicrobiana con antibióticos de amplio espectro y el uso de NPT fueron los medios que se asociaron como factores de riesgo para la infección por *T. glabrata* así como para que este hongo cambiara su comportamiento biológico de comensal a patógeno. Este hongo también considerado dentro de la familia de *Cryptococcaceae*, es un organismo comensal encontrado en aproximadamente 16% de los aislamientos humanos siendo la anfotericina B el antifúngico que ha comprobado tener mayor efectividad *in vitro*.<sup>8,9</sup> La experiencia clínica de este medicamento es muy reducida y no existen estudios controlados debido a lo infrecuente de la patogenicidad de este microorganismo; sin embargo, los 4 pacientes en los que se ha reportado su uso han tenido buena respuesta al tratamiento combinado con el drenaje por punción o quirúrgico.

## CONCLUSIÓN

Consideramos que ante estos reportes, deberá considerarse a la *T. glabrata* como un agente potencialmente patógeno en pacientes con terapia prolongada con antibióticos de amplio espectro y que cursen con pseudoquiste de páncreas, para reconocerlos de forma temprana e iniciar una terapia de manera oportuna.

## REFERENCIAS

1. Foust RT. Infection of a pancreatic pseudocyst due to *Candida albicans*. *South Med J* 1996; 89(11): 1104-1107.
2. Szendrenyi V, Farkas G, Karacsonyi S, Nagy E. Incidence of fungal infection in surgical diseases of the pancreas. *Orv Hetil* 1991; 132(45): 2487-2492.
3. Hickey WF, Sommerville LH, Schoen FJ. Disseminated *Candida glabrata*: report of a uniquely severe infection and a literature review. *Am J Clin Pathol* 1983; 80(5): 724-727.
4. Keisor P, Keay S. Candidal pancreatic abscesses: report of two cases and review. *Clin Infect Dis* 1992; 14(4): 884-888.
5. Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Megibow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: prognosis value of CT. *Radiology* 1985; 156(3): 767-772.
6. Escalante GS, Youssef AI, Chen YK. *Torulopsis glabrata*-infected pancreatic pseudocysts. Diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol* 1995; 21(3): 230-232.
7. Robbins EG, 2<sup>nd</sup>, Stollman NH, Bierman P, Grauer L, Barkin JS. Pancreatic fungal infections: a case report and review of the literature. *Pancreas* 1996; 12(3): 308-312.
8. Espinel IA, Pfaller M, Erwin ME, Jones RN. Interlaboratory evaluation of Etest method for testing antifungal susceptibilities of pathogenic yeasts to five antifungal agents by using Casitone agar and solidified RPMI 1640 medium with 2% glucose. *J Clin Microbiol* 1996; 34(4): 848-852.
9. Fidel PL Jr, Vázquez JA, Sobel JD. *Candida glabrata*: review of epidemiology, pathogenesis, and clinical disease with comparison to *C. albicans*. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12(1): 80-96.