Paciente varón de 32 años, procedente de San de Lurigancho, soltero, peluquero, familiares refieren un tiempo de enfermedad de 4 meses caracterizado por presentar bruscamente disartria, trastornos de la coordinación y dismetría, fue evaluado en hospital neurológico especializado es diagnosticado de “Infartos cerebelosos múltiples”, sin compromiso de la función motora. Dos meses antes del ingreso presenta además disminución de la fuerza muscular en el hemicuerpo izquierdo. Neurología concluye “infartos cerebrales múltiples y depresión reactiva, indicando aspirina, atorvastatina, sertralina. Evaluado por cardiología, incluido ecocardiograma: no presencia de cardiopatía. Diez días antes de su ingreso presenta dolor torácico y expectoración mucopurulenta le indican levofloxacino más prednisona. Un día antes es atendido en emergencia por presentar “dificultad respiratoria”, PA: 110/60 mm HG, FC: 101/X, FR 20/X, le encuentran roncantes difusos bilaterales, dismetría, disartria, postración, abolición de la fuerza en el hemicuerpo izquierdo y hemiparesia derecha. Antecedentes de importancia: vivienda de material noble con servicios básicos, con tres habitaciones, trabajo como cerrajero y últimamente como peluquero, gastritis, bebe licor los fines de semana con sus amigos, familiares refiere que los hacía por uno o dos días, en los que no sabían del enfermo.

Examen físico al ingreso al Servicio PA: 110/70 mm Hg, FR: 20/X, FR: 81/X. Paciente despierto, adelgazado, hidratado, disartrico, postrado, ganglio de 1x1 cm en la región inguinal derecha no doloroso blando, otro de 0.5 cm de diámetro en la región inguinal izquierda de la mismas características, roncantes abundantes en ambos hemitorax. Fuerza muscular abolida en el hemicuerpo izquierdo con hemiparesia del hemicuerpo derecho, dismetría, incapacidad para la bipedestación, pruebas de coordinación alteradas. Impresión diagnostica del Servicio: Infartos cerebrales múltiples. Sind antifisfolipídico probable.

**Exámenes auxiliares** 26/06/2011- Hemograma HB 11.3, leucocitos 9230, eosi 92, abas 92, segmentados 7845, linfocitos 738, monocitos 461, plaquetas 308,00. PCR 81. Glucosa, urea, creatinina y electrolitos séricos no contributorios. 28/06/2011 VSG 100 mm/hora, fibrinógeno 590 (200-400), orina completa cuerpos cetónicos 1₊. RPR no reactivo. Elisa para HIV 1 y 2 reactivo. 31/05/2011 anticardiolipinas Ig G e Ig M (-). 02/06/2011, perfil hepático no contributorio, Antig de superficie hepatitis B (-), hepatitis C (-), HTLV 1 y 2 (-), citomegalovirus negativo. 06/06/2011 Hemograma Hb11.7, leucocitos: 20,300, segmentados: 18,270, linfocitos: 1,218, plaquetas 390,000. Orina turbia, amarilla, leucocitos 80 a 90/c, hematíes 10 a 12/C glucosa₊, nitritos ₊. Radiografía de tórax normal. Hemocultivo positivo a stafilococco coagulasa negativo. Ig M para toxoplasma negativo. Magnesio 1.7. BK negativo en esputo, heces y orina.

**Liquido cefalorraquídeo** 09/06/2011. Cristal de roca, 5 células todas linfocitos, proteína 40 mg/dl, glucosa 52 mg/dl, coloración Gram negativo, ADA 3 (0-9), tinta china: positivo levadura capsulada ocasional compatible con criptococo. Cultivo negativo para bacterias y hongos.

**Liquido cefalorraquídeo 27/06/2011**, a presión de apertura normal, cristal de roca, tinta china negativo.

**Imágenes:** TAC con contraste (17/02/2011): “Imagen hipodensa en hemisferio cerebeloso derecho”. TAC con contraste (25/05/2011): “Imágenes hipodensas de localización bifrontal a predominio derecho, en capsula interna derecha y en ambos hemisferios cerebelosos, no captan contraste, no tienen efecto de masa”.

Evolución. El paciente permaneció hospitalizado por 4 semanas (26(06/2011), al cuarto día de hospitalización presento candidiasis orofaringea, el deterioro neurológico fue progresivo inicialmente obedecía órdenes y respondía con movimientos de la cabeza, mostrando dificultades evidentes para la deglución motivo por el cual se le alimento por sonda naso gástrica. Presento episodios aislados de fiebre, nunca manifestó cefalea y/ o vómitos explosivos, nunca se le hallo rigidez de nuca, al inicio de la última semana ya no se relacionaba al entorno. Recibió hidratación parenteral durante todo su internamiento. No se evidencio alteraciones de su bioquímica, electrolitos y función renal. Fallece el 22/06/2011.

El tratamiento farmacológico recibido fue como sigue:

Cotrimoxazol 800/160 mg cada 8 horas desde el tercer día de hospitalización. Clindamicina 6oo mg EV C/8 horas a partir del 26/06 por 12 días, Fluconazol 150 mg c/24 horas por 15 días, luego 750 mg c/24 horas hasta su fallecimiento. Vancomicina 1 gr EV c/12 horas y ceftazidime 1 gr EV c/8 horas desde el 15/06 hasta su fallecimiento, anfotericin B 50 mg en infusión C/24 horas desde el 17/06 hasta su fallecimiento.