

Infección diseminada por histoplasma en España como primera manifestación de la infección por el VIH: a propósito de un paciente

Sr. Director:

La histoplasmosis diseminada (HD) es una infección infrecuente en España causada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum* (HC). La infección por HC afecta habitualmente al pulmón, pero en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) adopta formas diseminadas que son fatales sin tratamiento. Es un hongo endémico del continente americano y África, mientras que en Europa los casos que aparecen suelen ser importados. En España se han publicado hasta la fecha 14 casos de HD en pacientes con infección por el VIH¹⁻¹⁰. Presentamos un nuevo caso de HD que tiene la peculiaridad de ser la primera manifestación de la infección por el VIH.

Se trataba de un varón de 23 años, natural de Ecuador, residente en España desde hacía 6 meses. Ingresó por un cuadro de diarrea persistente, astenia, anorexia y pérdida de 20 kg de peso en 2 meses. A su ingreso se encontraba febril y caquético; presentaba una hepatomegalia de 6 cm y una esplenomegalia de 3 cm. En las pruebas complementarias destacaba: hemoglobina (Hb), 10,5 g/dl. Las cifras de leucocitos y plaquetas y las pruebas de función hepática y renal fueron normales. La tomografía computarizada (TC) tórax-abdomen: patrón intersticial pulmonar bilateral, hepatoesplenomegalia con adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Las serologías frente a *Salmonella* y *Yersinia*, virus de la hepatitis B (VHB), C (VHC), *rapid plasma reagin-fluorescent treponemic antibody* (RPR-FTA) y leishmania fueron negativas. Mantoux y Lowenstein de esputo, sangre y heces negativos. Coprocultivos, la toxina de *Clostridium difficile* y estudio de parásitos en heces negativos. Se solicitó una detección de anticuerpos frente al VIH que fue positiva, con un recuento de CD4: 17 células/mcl, y una carga viral: 326.000 copias/mcl. El estudio de médula ósea (MO) y muestras de biopsias de la mucosa esofágica y colónica realizado por la aparición de deposiciones de características melánicas con anemia progresiva mostró la presencia de granulomas epitelioides en relación con microorganismos intra y extracelulares (fig. 1). En las muestras de MO se demostró el crecimiento de un hongo dimorfo que se identificó como *Histoplasma capsulatum*. Todos los hemocultivos fueron positivos para *Histoplasma capsulatum* a los 14 días de incubación. Se inició tratamiento antifúngico con

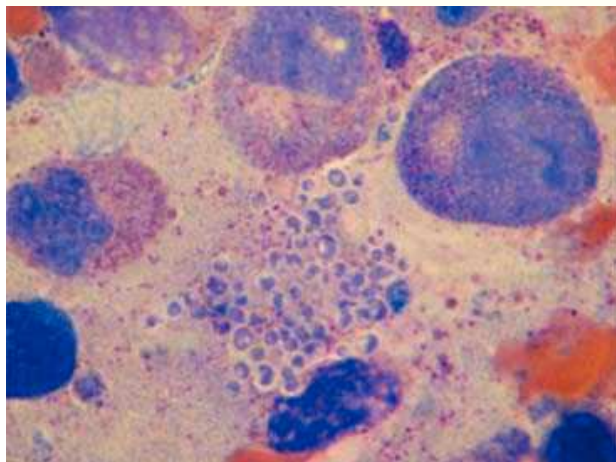


Fig. 1. Elementos dispersos y en acúmulos, redondeados, con cápsula reforzada y de localización predominantemente intracelular.

anfotericina B liposomal, a pesar de lo cual el paciente evolucionó hacia un fallo modular progresivo, insuficiencia respiratoria, renal y falleció por fracaso multiorgánico. De los 14 casos de HD publicados en España hasta la fecha, 11 eran naturales de zonas endémicas o habían residido en ellas (Argentina, Uruguay, Guatemala, Gambia)¹⁻¹⁰. La clínica consistió en fiebre en el 93% de los casos, síndrome general en un 50%, síntomas respiratorios en el 60%. Se identificó hepatoesplenomegalia en más del 75% de los casos y lesiones cutáneas en el 58%. La radiografía de tórax fue patológica en el 59% de los casos^{1,2}. Los CD4 se hallaban por debajo de 100 células/mcl en los 12 casos de los que se dispone de información^{1,7}. En dos casos publicados, al igual que en el nuestro, el diagnóstico de infección por el VIH y de HD fue simultáneo^{3,5}. El diagnóstico se estableció a partir del cultivo de muestras obtenidas de uno o más de los siguientes puntos: MO en 7 casos^{1,2,4,6-9}, lesiones cutáneas en 7^{1,3,4,6,8,10}, muestras respiratorias en 5^{2,3,5,6,8}, hemocultivos en 3 casos^{1,4,8} y otras (líquido cefalorraquídeo [LCR] en 2 casos^{4,9}, orina en un caso⁴ y adenopatías en un caso⁵). El tratamiento consistió en una fase de inducción con anfotericina B, seguida de una fase de mantenimiento con un imidazol (generalmente con itraconazol) o anfotericina B. Se produjo el fallecimiento en 9 casos^{3,5-7,9,10}, en 6 casos atribuible, directa o indirectamente, a la infección por histoplasma^{3,6,9}. En los pacientes con infección por el VIH, inmunosupresión avanzada y antecedentes de viajes o estancias en zonas endémicas, la presencia de un síndrome febril prolongado obliga a incluir la infección diseminada por histoplasma en el diagnóstico diferencial. Esta infección puede ser la primera manifestación del VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- Benito N, García Vázquez E, Blanco A, de Górgolas M, Gadea I, Escalona P, et al. Histoplasmosis diseminada en pacientes con sida. Estudio de 2 casos y revisión de la bibliografía española. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1998;16:316-21.
- Terrance de Juan I, Mateos Rodríguez F, Solera Santos J, Sánchez Hellín V. Histoplasmosis diseminada en dos hermanos con sida. *Rev Clin Esp*. 2004;204:381-3.
- Díaz Lobato JL, García Satue JL, Villasante C, Villamor J. Histoplasmosis diseminada en un paciente afecto de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med Clin (Bar)*. 1988;90:40.
- Añón S, Blanes M, Evole M, López-Aldeguer J. Histoplasmosis diseminada en un paciente con sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1993;11:343-4.
- Rubio A, Unzuaga MJ, Baraia-Etxaburu J, Teira R, Rojo P, Cisterna R, et al. Histoplasmosis diseminada en un paciente infectado por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1996;14:60-1.
- Bayés B, Romeu J, Vaquero M, Ribera M, Navarro JT, Rosell A, et al. Histoplasmosis diseminada y sida. Aportación de 4 casos. *Med Clin (Bar)*. 1996;106:700-3.
- Santos J, Arana C, Rivero A, García-Bravender R. Histoplasmosis y sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1997;15: 229-30.
- Puente S, Laguna F, Jáuregui C, Martínez P. Acquired immunodeficiency syndrome and disseminated histoplasmosis. *J Infect*. 1989;18:101-2.
- Alados JC, Miranda C, Ortiz F, Cano R. Disseminated histoplasmosis in AIDS patients in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1993;12:793-4.
- Cuadros JA, Albarrán F, García-Rodríguez M, González A, Romanyk J, Beltrán M. Lesiones cutáneas diseminadas en un paciente con bacteriemia por *Mycobacterium avium-M. intracellulare*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1994;12:313-6.

P. Tutor-Ureta^a, P. Durán-Campo^a, M. Linares^b
y M. Yebra-Bango^a

Servicios de ^a Medicina Interna y ^b Microbiología.
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.