

Diagnóstico a primera vista

Lesiones papulares y pancitopenia en paciente con inmunosupresión severa por VIH



Papular lesions and pancytopenia in a patient with severe immunosuppression due to HIV

Laia Arbós Junyent^{a,*}, Antonio Casabella Pernas^b, Granada Olga Perea Duran^c
y Marta Navarro Vilasaró^d

^a Servicio de Medicina Interna, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Servicio de Microbiología, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^c Servicio de Hematología, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^d Servicio de Enfermedades Infecciosas, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Descripción del caso

Un varón de 28 años consulta por exantema cutáneo. Es natural de Ecuador y vive en España desde hace 5 años, consumidor habitual de cannabis, cocaína y alcohol, refiere tener relaciones heterosexuales no protegidas sin pareja estable. No tiene enfermedad previa conocida.

Refiere un síndrome constitucional de 4 meses de evolución al que se ha añadido fiebre y sudoración vespertina los últimos

2 meses y la aparición de lesiones cutáneas diseminadas por tronco, extremidades y cara las 2 últimas semanas.

A su llegada a urgencias, está hemodinámicamente estable y febril, presenta regular estado general, con aspecto desnutrido y pálido, se objetiva una candidiasis orofaríngea, una adenopatía submandibular izquierda de 3 × 2 cm y otras más pequeñas en axilas e ingles. Destaca un exantema cutáneo en forma de pápulas violáceas, no dolorosas, de 5 mm por todo el cuerpo respetando palmas y plantas (fig. 1).



Figura 1. Lesiones papulosas pigmentadas en tronco y extremidades de hasta 5 mm de diámetro.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: larbosi@tauli.cat (L. Arbós Junyent).

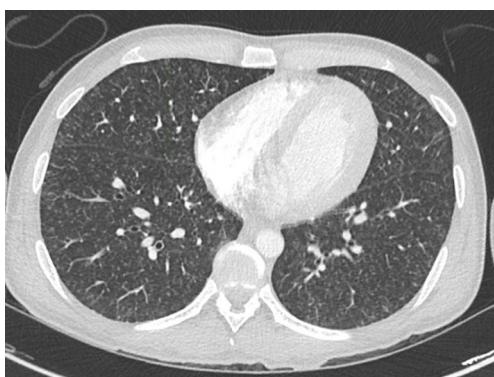


Figura 2. Afectación pulmonar micronodular, difusa con matrón miliar y ganglios mediastínicos, perihiliares y supraclaviculares bilaterales.

La analítica sanguínea evidencia una pancitopenia (leucocitos $2.73 \times 10^9/l$, hemoglobina 9 g/dl, plaquetas $50 \times 10^9/l$), elevación de reactantes de fase aguda con una proteína C reactiva de 14 mg/dl, una ferritina de más de 200.000 ng/ml y LDH 2.869 U/l, también mostraba una alteración del perfil hepático con hipertransaminasemia (AST 334 U/l, ALT 212 U/l) y GGT elevada (409 U/l) con fosfatasa alcalina y bilirrubina en rango normal. En la radiografía de tórax se aprecia un patrón micronodular difuso de predominio en bases. Se cursan serologías y cultivos, incluyendo la del VIH, y se ingresa para completar estudio.

Evolución y diagnóstico

En la extensión de sangre se observan formas intracitoplasmáticas compatibles con *Histoplasma* sp motivo por el que se empieza tratamiento con anfotericina B liposomal como tratamiento de inducción de 5 mg/kg/día/durante 2 semanas. La serología del VIH es positiva, CD4 6 células/mm³ y carga viral 1.300.000 copias/ml. Se inicia tratamiento antirretroviral con bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida.

Se completa el estudio con una tomografía computarizada toracoabdominal, que muestra afectación pulmonar micronodular difusa con patrón miliar y ganglios mediastínicos, perihiliares bilaterales y supraclaviculares (fig. 2). El cultivo de la biopsia de una de las lesiones cutáneas identifica el crecimiento de un hongo dimórfico compatible con *Histoplasma* sp. Ante la presencia de pancitopenia, elevación marcada de la ferritina, junto con fibrinógeno bajo, alteración de la LDH y fiebre mantenida, se realiza una biopsia de médula ósea que confirma la presencia de síndrome hemofagocítico, así como discreta espongiosis y presencia de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario crónico con algunos histiocitos con

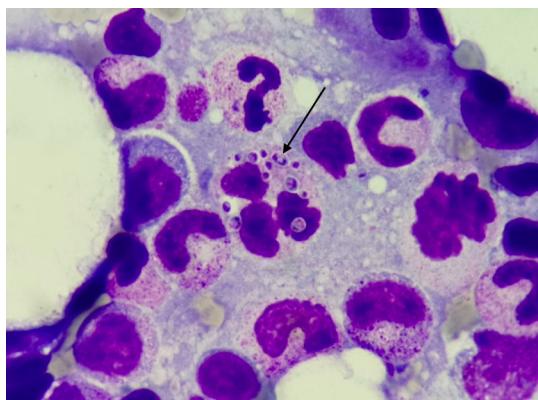


Figura 3. Neutrófilos con estructuras redondeadas intracitoplasmáticas compatibles con un microorganismo endémico (flecha).

estructuras fúngicas intracitoplasmáticas e intersticiales compatibles con *Histoplasma* sp con tinciones especiales de Gomori y PAS-D. Se descarta coinfección con otros microorganismos oportunistas (fig. 3).

La evolución clínica fue favorable con anfotericina B liposomal, revirtiéndose así mismo el síndrome hemofagocítico tratando su causa desencadenante.

Catorce días después del inicio del tratamiento antirretroviral presentó aumento del tamaño de las adenopatías submandibulares y reaparición de fiebre. Tras descartar otros oportunistas (micobacterias) con biopsia ganglionar, que confirmó *Histoplasma* sp, se orientó como cuadro de reconstitución inmune mejorando con una pauta corta de corticoides y se completó el tratamiento antifúngico con itraconazol.

La histoplasmosis se transmite a través de la inhalación de esporas liberadas mayoritariamente por *Histoplasma capsulatum* procedentes de los excrementos de murciélagos y algunas aves. La primoinfección suele cursar de forma asintomática o dando un cuadro respiratorio agudo que suele resolverse en unas semanas.

Es una enfermedad endémica en algunas regiones de América y también se ha reportado en ciertos países de Asia y África (donde la variedad *duboisii* causa histoplasmosis africana). Dado que la mayoría de la población es inmunocompetente, la tasa de diseminación es baja. En el caso de este paciente, probablemente la infección la adquiere en un país endémico, queda latente inicialmente, pero en relación con el declive de su inmunidad celular en el contexto de la infección por el VIH, el *Histoplasma* sp puede activarse y diseminarse, siendo las formas más graves las que presentan los pacientes con mayor inmunosupresión (< 150 células/mm³).