

Histoplasmosis intestinal en un paciente HIV positivo

La histoplasmosis es la micosis endémica más frecuente en pacientes con sida en nuestro medio, manifestándose con una forma clínica aguda, diseminada por vía hemática a todos los tejidos^{1,2}. El *Histoplasma capsulatum* se observa en las lesiones dentro del citoplasma de las células fagocitarias³.

La localización intestinal de la histoplasmosis es frecuente en el sida, pero el diagnóstico de certeza requiere obtener tejidos intestinales afectados y visualizar el agente causal en ellos y aislarlo en cultivos⁴.

Se presenta un paciente varón, de 35 años, HIV positivo, oriundo de la Provincia de Corrientes, que padecía histoplasmosis con compromiso multiorgánico y localización colónica, internado con pirosis, pérdida de peso, diarrea, sudores nocturnos, poliadenopatías cervicales y el antecedente de tuberculosis tratada en forma completa. Tenía úlceras bucales, que en la microscopia mostraron levaduras intracelulares compatibles con *H. capsulatum* y a la palpación abdominal una masa de 5 cm de diámetro en la fosa ilíaca derecha. Evolucionó con dolor abdominal generalizado, íleo intestinal, vómitos biliosos y neumoperitoneo, evidenciado radiológicamente. La ecografía abdominal mostró poliadenopatías intra-abdominales y retroperitoneales, y la radiografía de tórax un infiltrado micronodulillar bilateral y el mencionado neumoperitoneo.

Intervenido quirúrgicamente, se observaron abscesos en el fondo de saco de Douglas, en la región cecal y, entre las asas intestinales, tres perforaciones localizadas en el íleon y además, el ciego acartonado y perforado. La pieza quirúrgica consistía en 3 fragmentos de íleon terminal y ciego, de 23 cm de largo, con perforación de la pared y la serosa despulida, con adherencias blanquecino-verdosas. El estudio histológico mostró el epitelio intestinal hiperplásico, con numerosos granulomas de tipo tuberculoide en la pared y la serosa. La coloración de Ziehl-Neelsen fue negativa para bacilos ácido alcohol resistentes, y las tinciones de Grocott (Fig. 1, izquierda) y PAS (Fig. 1, derecha) revelaron abundantes levaduras compatibles con *H. capsulatum*.

El recuento de linfocitos T CD₄⁺ fue, al momento de la internación, de 159/μl y el estudio baciloscópico de varias muestras de esputo, negativo. En los hemocultivos desarrolló *H. capsulatum* y la serología para *H. capsulatum* fue positiva con inmunodifusión simple.

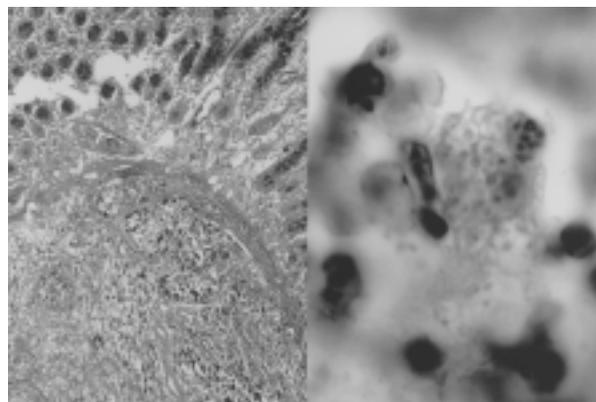


Fig. 1.— A la izquierda, coloración de Grocott, mucosa intestinal preservada, con numerosas levaduras de *Histoplasma capsulatum* en la submucosa, 400x; a la derecha: cúmulo de levaduras de *Histoplasma capsulatum* dentro de células fagocitarias; corte histológico de las mismas lesiones, teñido con PAS, 1 000X.

El diagnóstico de histoplasmosis determinó el inicio inmediato del tratamiento con 50 mg/día de anfotericina B, la cual fue bien tolerada y la evolución fue favorable, tras una dosis total de 1 760 mg. El paciente fue dado de alta y continuó con profilaxis antifúngica secundaria con 400 mg/día de itraconazol.

Nuestro paciente mostró las características demográficas de la mayor parte de los internados en nuestro Hospital con igual enfermedad: nacimiento dentro del área endémica, sexo masculino y edad comprendida entre los 25-35 años¹. Si bien la Pampa Húmeda es el epicentro del área endémica de la histoplasmosis en la Argentina, en la Mesopotamia se ha comunicado un número importante de reactores positivos a la histoplasmina.

El diagnóstico de la histoplasmosis se obtiene mediante la escarificación de lesiones cutáneas y mucosas, y hemocultivos. No obstante, estudios micológicos de médula ósea y secreciones respiratorias pueden ser igualmente positivos. La determinación de anticuerpos anti-*H. capsulatum*, positiva en nuestro paciente, no suele ser un método de elección para el diagnóstico de esta micosis en pacientes con sida, ya que es positiva entre 25-70% de los casos¹.

Radiológicamente, la histoplasmosis puede confundirse con otras micosis (criptococosis y neumocistosis) o la tuberculosis, enfermedades muy frecuentes en el sida. En nuestro caso, el antecedente de tuberculosis obligó a descartar una recaída de esta micobacteriosis.

La mayor parte de los hallazgos clínicos en nuestro paciente fueron los referidos por la bibliografía como frecuentes en la histoplasmosis intestinal: dolor abdominal, palpación de una masa en la fosa ilíaca derecha y presencia de diarrea, todos presentes en descripciones previas de la enfermedad⁴.

En pocos casos se diagnostica la localización intestinal en el curso de la histoplasmosis diseminada, a pesar de su frecuencia en los pacientes con sida, siendo la tuberculosis, por su prevalencia, el diagnóstico diferencial más importante^{4,6}.

El diagnóstico de histoplasmosis por escarificación de una lesión bucal y el desarrollo de *H. capsulatum* en hemocultivos fueron previos al de la localización intestinal, la cual, producto del estudio histopatológico, estuvo disponible días después de comenzado el tratamiento antifúngico. Balthazar y col. refieren el empleo de la biopsia de lesiones en el tubo digestivo por medio de colonoscopia³. Dada la evolución de nuestro paciente no se consideró necesaria.

Una vez lograda la mejoría clínica se instituyó profilaxis anti-fúngica secundaria con itraconazol, ya que si bien el tratamiento con anfotericina B reduce la mortalidad en estos pacientes del 80 al 25%, no es rara la presentación de recaídas.

Spivak y col., al revisar 77 casos de histoplasmosis intestinal en pacientes con sida, refirió la necesidad de la resección quirúrgica de las porciones intestinales afectadas, tal cual se realizó en nuestro paciente. Los autores señalan la falta de manifestaciones pulmonares en estos pacientes y la importancia del estudio histopatológico para arribar al diagnóstico, tal como ocurrió en este caso⁴, en quien la observación del agente causal en la biopsia intestinal intraquirúrgica descartó otras etiologías, fundamentalmente la tuberculosis.

Lamps y col. evaluaron histopatológicamente materiales de 52 pacientes con histoplasmosis y sida, en cortes coloreados con hematoxilina-eosina y Grocott. El 43%

de ellos presentaron lesiones gastrointestinales: úlceras (49%), nódulos (21%), hemorragia (13%) y masas obstructivas (6%). La microscopía reveló infiltrados linfocitarios (83%), úlceras (45%), nódulos linfocitarios (25%) y/o mínimas reacciones inflamatorias (15%), mientras que los típicos granulomas sólo se observaron en el 8.5% de los casos⁵. La presentación como neumoperitoneo fue señalada por Norton y col, quienes describieron dos casos y revisaron la literatura del tema⁶.

Si bien la histoplasmosis asociada al sida es una enfermedad frecuente entre los pacientes internados en nuestro hospital, el diagnóstico de certeza de la localización intestinal es poco común.

Luis Trombetta, Ricardo Schtirbu, Amadeo J. Bava
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz,
Buenos Aires

e-mail: lusumar@fibertel.com.ar

1. Bava AJ. Histoplasmosis in the Muñiz Hospital of Buenos Aires. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1995; 37: 531-5.
2. Wheat J. Endemic mycoses in AIDS: a Clinical Review. *Clin Microbiol Rev* 1998; 8: 146-59.
3. Balthazar EJ, Mewgibow AJ, Barry M, Opuencia JF. Histoplasmosis of the colon in patients with AIDS: imaging findings in four cases. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 161: 585-7.
4. Spivak H, Schlasinger MH, Tabanda-Lichauco R, Fersenberg H. Small bowel obstruction from gastrointestinal histoplasmosis in acquired immune deficiency syndrome. *Am Surg* 1996; 62: 369-72.
5. Lamps LW, Molina CP, West AB, Haggitt RC, Scott MA: The pathologic spectrum of gastrointestinal and hepatic histoplasmosis. *Am J Clin Pathol* 2000; 113: 64-72.
6. Norton KS, Richardson K, Alley J, Johnson LW. Histoplasmosis presenting as pneumoperitoneum in patients with acquired immune deficiency syndrome: case reports and review of the literature. *J La State Med Soc* 2005; 157: 89-91.