

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA

Reporte de un caso con lesiones cutáneas, bucales y rectosigmoideas.

Dres. HOMAGDY RODRIGUEZ de AREVALO *
JUDITH GALLO de DAMAS **

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente de 57 años de edad, con histoplasmosis diseminada con localización recto sigmoidea, tratado con Anfotericina B y seis meses después el paciente permanece asintomático.

INTRODUCCION

La histoplasmosis diseminada, es una enfermedad grave con localización en diferentes órganos. En Venezuela se han publicado varios casos en niños y adultos y se han realizado encuestas epidemiológicas determinando áreas endémicas (1, 2, 4, 5, 7, 9, 13, 14, 15). Los reportes mundiales son más numerosos (6, 17, 21, 24, 25), siendo sin embargo muy escasos, los referentes a la localización rectosigmoidea (3, 6, 20), que se hayan podido diagnosticar en vida.

HISTORIA CLINICA

Hombre blanco de 57 años de edad, natural de Yaracuy (Nirgua), y procedente de Caracas (desde hace 40 años). Técnico Radiólogo. Ingresó al servicio de Dermatología del H.U.C. con lesiones pápulo-nodulares en cara, cuello, tronco y extremidades; escalofríos, fiebre, malestar general, astenia. Evacuaciones líquidas y pérdida de 10 Kgs. de un mes de evolución; dos meses antes, ardor y dolor de garganta y encías con dificultad para la deglución.

Antecedentes personales: Sífilis y Gonorrea (1941); Epididimectomía parcial izquierda total derecha con vasectomía (1964); fístula perianal (1973) y ulceración en pared posterior del recto (1974) y ulceración en pared posterior del recto (1974): Biopsias; "Granuloma inespecífico".

* Instructor, Cátedra de Dermatología y Sifilografía, UCV.

** Residente, Curso de Post-Grado de Dermatología, HUC.

Examen físico: Buenas condiciones generales; T.A.: 180/80; 60 Kgs. Ulceraciones irregulares, profundas, friables y erosionadas en parte anterior y lateral de ambas encías. Infiltración y congestión de paladar blanco y pilares anteriores de la orofaringe. Pápulas y nódulos eritematosos y del color de la piel, consistencia aumentada, no adheridos a planos profundos, localizados en cara, cuello, tronco y extremidades superiores (fotos 1, 2, 3).



Foto 1

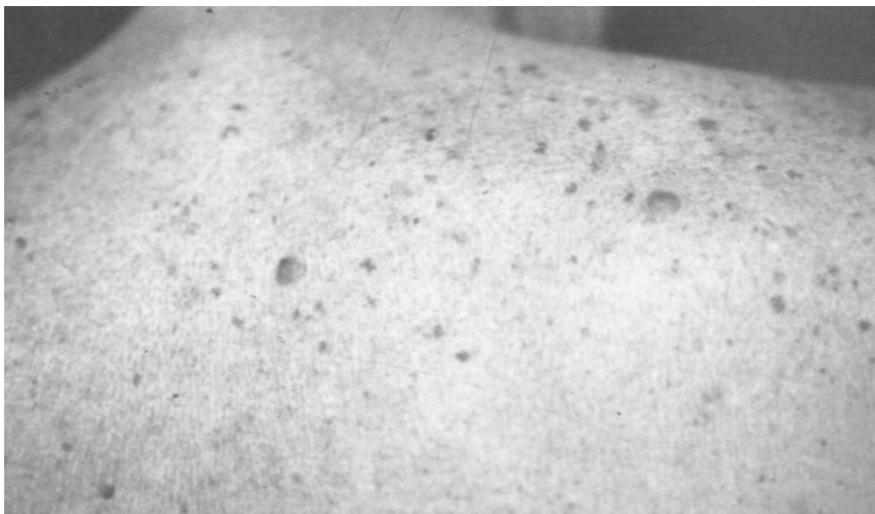


Foto 2



Foto 3

Exámenes de ingreso: Laboratorio: Leucocitos: 12.600; resto de la hematología, química sanguínea, electrólitos, pruebas de funcionalismo renal y hepático: D.L.N.

R.X. de tórax: sin lesiones.

Biopsia de nódulo de piel: "Granuloma Parasitario," abundantes Histoplasmas Capsulatum, (foto 5).

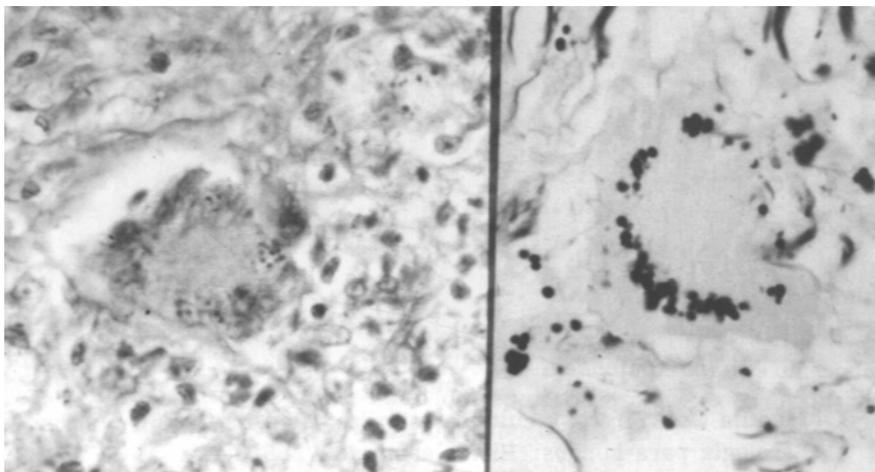
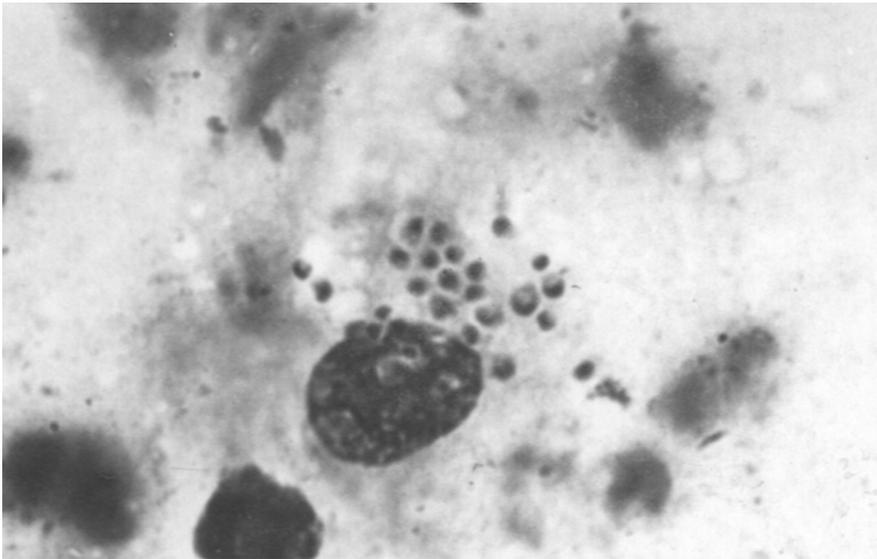


Foto 5

**Foto 4****Foto 6**

Médula Osea: frotis y cultivos estériles, (foto N° 4 y 6),

Serología para hongos:

Histoplasmina: 1/256

Levaduriforme: 1/16.

Inmunodifusión: Banda M.

Rectoscopia y colonoscopia: Tumoración mamelonante y sangrante a 15 cms. de la margen del ano. A 8 cms., canal y hasta 15 cms., lesión infiltrativa en forma de herradura; mucosa roja con úlcera central de 1 cms., Por encima imágenes tipo pólipos sésiles recubiertos de mucosa congestiva, edematosa y friable. Más arriba placa congestiva y edematosa.

Frotis por aposición coloreado con Giemsa y cultivos micológicos: Histoplasmas capsulatum.

Biopsia: Granuloma parasitario. *H. capsulatum*.

Recibió tratamiento con Anfotericina B (Fungizone), siguiendo las pautas dadas por Borelli (20), durante seis meses y con un total de 3.195 grs. La evolución fue satisfactoria con desaparición de las lesiones de piel mucosa oral y rectosigmoidea, igualmente negativizándose los frotis y cultivos. Los exámenes de laboratorio de control: D.L.N.

COMENTARIOS

La histoplasmosis es observada en casi todas las partes del mundo, bien en forma endémica o esporádica. Las encuestas epidemiológicas (4, 7, 9, 14), realizadas con histoplasmina dando porcentajes más o menos altos de reactores positivos, indican que la prevalencia y difusión de la enfermedad es mucho más alta de lo que parece por el número de casos demostrados.

En Venezuela, el primer caso (de autopsia) es reportado por Campins y Schar en 1952 (1) a la autopsia se encontraron lesiones intestinales, hepáticas y ganglios mesentéricos con presencia de parásitos en estas lesiones.

El segundo caso venezolano también autopsia, fue publicado por Pollak, Rodríguez y Adrianza, 1953 (2), se comprobó por siembra de pulmón y obtención al cultivo de ***H. capsulatum***.

El tercer caso, el primero que se diagnostica en vida, fue hecho por Velutini y Borelli en 1955 (4), con lesiones ulcerosas en mucosa oral y parásitos en M. 0.

En nuestro caso, la diversidad de lesiones en diferentes órganos es prueba de la diseminación de la enfermedad. Las lesiones en mucosa oral frecuentes en la histoplasmosis. Las lesiones en piel máculo-papulares ulceradas o no y las formas eritrodérmicas han sido reportadas en varios casos, siendo de aparición más frecuente en la histoplasmosis africana.

Muy rara es la localización recto sigmoide, como en el caso aquí presentado y más aún su supervivencia.

La revisión de la literatura nos condujo a reporte de autopsias con lesiones en el aparato gastrointestinal y sólo tres pacientes diagnosticados en vida (3, 6, 20): Uno con lesiones polípides en recto sigmoides, otro en todo el intestino y el tercero con estenosis rectal sospechosa de carcinoma rectal.

El uso de la Anfotericina B, para el tratamiento de la Histoplasmosis diseminada es conocido, pero queremos hacer hincapié en la forma de administración de la misma, obteniendo una tolerancia excelente, con resultados terapéuticos satisfactorios y poca, por no decir ninguna, nefrotoxicidad (10, 12, 16).

Se plantea la interrogante: Podría considerarse este caso como una Histoplasmosis diseminada de años de evolución, la cual se ha venido manifestando en una gran variedad de modalidades clínicas con una histopatología granulomatosa sin comprobación de parásitos hasta que hizo manifestaciones floridas que permitieron llegar al diagnóstico.

SUMMARY

A case of recto sigmoideal histoplasmosis in a 57 years old Venezuelan male patient is reported. Through the review of the pertinent literature only 3 cases of the same localization have been found diagnosed, one of them premortem and two at the necropsy. The treatment with Amphotericin B resulted entirely satisfactory. The negativization of signs and symptoms was attained after 3 months; treatment was pursued, however, until completing six months. The patients kept asymptomatic six months after dismissal.

BIBLIOGRAFIA

1. Campins, H. y Schar, M. Comprobación de la Histoplasmosis en Venezuela, Gac. Médica Caracas, enero-febrero pp. 67-75, 1952.
2. Pollak, L. y al. Histoplasmosis Pulmonar. Presentación de un caso. Acta Méd. Venez. 1 (6): 242-245, 1953.
3. Shull, H. J. Human Histoplasmosis. A disease with protean manifestations, often with digestive system involvement. Gastroenterology 25: 282-295, 1953.
4. Velutini, L. A., Borelli, D., Rodríguez Garcilazo, G. Histoplasmosis. Gac. Méd. Caracas LXII (5-6): 157-168, 1955.
5. Borelli, D. Histoplasma capsulatum Aislado del Suelo en el Distrito Federal. Acta Cient. Venez. 8 (5): 118, 1957.
6. Bersack, S. R., et al. Inflammatory Pseudopolyposis of the Small and Large Intestines with the Peutz-Jeghers Syndrome in a Case of Diffuse Histoplasmosis. Am. J. Roentem. 80 (1) 7378, 1958.
7. Convit, J., et al. Histoplasmosis Sistemática con Lesión Bucal en una niña de nueve años. Arch. Hospital Vargas 2 (3): 343-352, 1960.
8. Histoplasmosis. H. Sweany. Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois, USA 1960.
9. Pifano, F., et al. El estado actual de la Histoplasmosis Sistémica en Venezuela: presentación de un nuevo caso comprobado en el país. Arch. Venez. Med. Trop. Paras. Méd. 7 (2): 156-164, 1962.
10. Bell, N. H. et al. On the Nephrotoxicity of Amphotericin Bin Man. Am. J. Med. 3: 64-69, 1962.

11. Hildick-Smith, G. et al. Histoplasmosis en: Fungus Diseases and Their Treatment. Ed. S.A. Churchill, London, pp 264-281, 1964.
12. Butler, W. T., et al. Nephrotoxicity of Amphotericin B. Early and late effects in 81 patients. Ann. Int. Med. 61 (2): 175-187, 1964.
13. Salfelder, K. y Reyes-De Liscano, T. Lesiones Histoplasmáticas Autópsicas como Índice Epidemiológico de la Enfermedad en los Andes Venezolanos, Mycopath. Myc. Appl. 26 (1): 1930, 1965.
14. Casas-Rincón, G. Encuesta Epidemiológica con Histoplasmina y Coccidioidina realizada en la Ciudad de Maracaibo. Kasmera 2(1): 105-121, 1965.
15. Urdaneta, E. y Belfort, E. Micosis Sistémicas en el Niño. Arch. Venez. Puer. Ped. 29(4): 381389, 1966.
16. Miller, R. P. et al. Amphotericin B. Toxicity. A follow-up report of 53 patients. Ann. Int. Med. 71(6): 1089-1095, 1969.
17. Samowitz, M. y Dillon, T. K. Disseminated Histoplasmosis Presenting as Exfoliative Erythroderma. Arch. Derm. 101(2): 216-219, 1970.
18. Conant, N. F. et al. Histoplasmosis en: Conant, N. F., et al. Manual of Clinical Mycology Ed. W.B. Saunders, Philadelphia. pp 218-287, 1971.
19. Emmons, Ch. W., et al. Histoplasmosis. En: Emmons, Ch. W. et. al. Medical Mycology. Ed. Henry Kimpton, London pp. 275-308, 1971.
20. Borelli, D. Administración de la Anfotericina. Mycopath. Myc. appl. 46(3): 233-236, 1972.
- Smith, J. W. y Utz, J. P. Progressive Disseminated Histoplasmosis. Ann. Int. Med. 76: 557565, 1972.
22. Buechner, H. A. et al. The Current Status of Serologic, Immunologic and Skin Test in the Diagnosis of Pulmonary Mycoses. Chest. 63: 259-270, 1973.
23. Camey, L. y Mayorga, R. Aislamiento de **Histoplasma capsulatum** del Suelo en Guatemala. Rev. Col. Med. Guat. 24(4): 211, 1973.
24. Edmonson, R. P. S. et al. Disseminated Histoplasmosis Successfully Treated with Amphotericin B. J. Clin. Path. 27: 308-310, 1974.
25. Monroe, M. Granulomatous Orchitis due to Histoplasma capsulatum Masquerading as Sperm Granuloma. J. Clin. Path. 27(11): 929-930, 1974.
26. Evarely, J. et al. Histoplasmosis: long term remission following treatment with low dose amphotericin B. Trop. Dis. Bull. 73(3): 218-219, 1976.