

CASO CLÍNICO

Histoplasmosis crónica diseminada en paciente inmunosuprimida con presentación clínica centroracial.

María Gabriela González Vianello¹, Ángel Antonio Seijas², Lily Mariana Soto Ávila², Ana María Sáenz³, Elizabeth Ball³.

¹Residente de segundo año del postgrado de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.

²Médico infectólogo, Servicio de Infectología, Hospital Universitario de Caracas.

³Profesor Asociado, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Servicio de Dermatología.

Resumen

La histoplasmosis es una micosis profunda con alta incidencia en países tropicales de Suramérica. Es más frecuente en hombres e inmunocomprometidos. Se reporta caso de femenino de 25 años, quien presentó pápula en fosa nasal izquierda, que evolucionó a tumor ulcerado y perforación del tabique nasal, de un año de evolución. Durante este tiempo, acude a diferentes especialistas, sin observar mejoría, motivo por el cual acude a nuestro centro. Biopsia de piel: infiltrado granulomatoso con macrófagos vacuolados llenos de esporas encapsuladas, PAS positivas. Paraclínicos: pancitopenia, serología positiva para VIH, tomografía de tórax con nódulos cavitados bilaterales, frotis de tejido cutáneo y biopsia de médula ósea con blastoconidias intracelulares, concluyendo el diagnóstico de histoplasmosis crónica diseminada. La presentación clínica centroracial con perforación del tabique nasal es inusual e infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura.

Palabras claves: Histoplasmosis, VIH, SIDA, perforación del tabique nasal, presentación centroracial

Chronic disseminated histoplasmosis in an immunosuppressed patient with centroracial

Summary

Histoplasmosis is a deep mycosis with a high incidence in tropical countries of South America. It is more common in men and immunocompromised. A case of a 25-year-old woman is reported, who presented a papule in the left nostril, which evolved into an ulcerated tumor and perforation of the nasal septum, over the course of one year. During this time, she went to various specialists, without improvement, which is the reason that she came to our center. Skin biopsy: granulomatous infiltrate with vacuolated macrophages full of encapsulated spores, PAS positive. Paraclinical: pancytopenia, positive serology for HIV, chest tomography with bilateral cavitated nodules, skin tissue smear and bone marrow biopsy with intracellular blastoconidias, concluding the diagnosis of chronic disseminated histoplasmosis. The centroracial clinical presentation with perforation of the nasal septum is unusual and infrequent, with few cases described in the literature.

Keywords: lichen sclerosus; extragenital; inflammatory disease; genital area; extra genital location.

Información del artículo

Autor para correspondencia:

María Gabriela González Vianello

E-mail:

gaby261294@gmail.com

Recibido: 14/11/2024

Aceptado: 25/03/2025

doi: <https://doi.org/10.70181/DV.2025.63.1.06>

Introducción

La histoplasmosis es una micosis profunda con una alta incidencia en países tropicales de América del Sur. Es más frecuente en hombres e inmunocomprometidos, principalmente por VIH/SIDA. Las manifestaciones cutáneas clásicas de la histoplasmosis varían desde pápulas, placas, nódulos, úlceras, costras y lesiones tipo molusco contagioso^{1,2,3}. La presentación clínica centro facial con perforación del tabique nasal es inusual e infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura⁴.

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 25 años de edad, natural y procedente de Tucaní, Estado Mérida, quien inició de enfermedad actual en mayo 2021, cuando presentó pápula eritematosa en fosa nasal izquierda, que posterior a traumatismo manual repetitivo evolucionó a úlcera costrosa dolorosa, motivo por el cual acude a Hospital Universitario de los Andes, quienes realizaron biopsia de piel que reportó inflamación crónica granulomatosa compatible con micosis e indican cultivo de secreción que reporta *Candida glabrata* y escasos bacilos gran negativos. En vista de los hallazgos, indican Itraconazol vía oral 200 mg diario por 30 días, evidenciando leve mejoría clínica.

Sin embargo, la paciente persiste con la lesión, y acude a múltiples especialistas en Mérida, quienes indican cultivos de secreción recibiendo antibioticoterapia tanto vía oral como vía endovenosa. En vista de la exacerbación del cuadro clínico, se traslada a Caracas y acude a nuestro servicio en mayo 2022, donde se evalúa y es ingresada en sala de hospitalización.

Paciente sin antecedentes personales preexistentes. Refirió 6 parejas sexuales, última pareja fija hace 4 años y negó uso de preservativos con su pareja. En los antecedentes epidemiológicos, GRAFFAR IV, presencia de murciélagos y gallinas en su vivienda. Al examen funcional, refirió pérdida de peso de 15 kg en 6 meses y niega sintomatología respiratoria.

Al examen físico: paciente taquicárdica, febril

al tacto, palidez cutáneo mucosa generalizada. Piel fototipo III, tumor ulcerado de 4,5 a 5 cm aproximadamente, con bordes a nivel de la piel, fondo granuloso, con áreas costrosas y necróticas, piel perilesional ligeramente eritematosa, localizada en ala nasal izquierda, puente y punta nasal, y labio superior (Figura 1).



Figura 1. Tumor ulcerado de 4,5 a 5 cm aproximadamente, con bordes a nivel de la piel, fondo granuloso, con áreas costrosas y necróticas, piel perilesional ligeramente eritematosa, localizada en ala nasal izquierda, puente y punta nasal, y labio superior.

En los laboratorios de ingreso: pancitopenia, VIH de ELISA 4ta generación positivo, carga viral aumentada en 9024 copias y CD4+ disminuidos a 73 células

La biopsia de piel reportó: gruesa escamo-costra con numerosas colonias bacterianas, epidermis extensamente ulcerada, denso infiltrado nodular y difuso que ocupa la totalidad de la dermis. El infiltrado granulomatoso está formado por linfocitos, neutrófilos y macrófagos vacuolados llenos de microesporas encapsuladas, positivas con la coloración de PAS (Figura 2, 3 y 4). Concluyendo como diagnóstico histopatológico: Histoplasmosis.

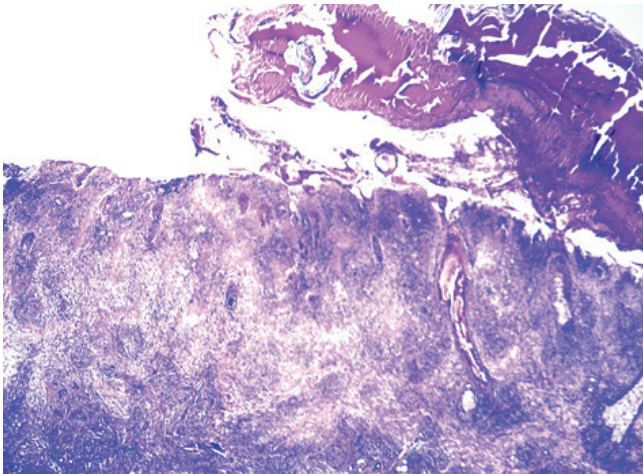


Figura 2. Biopsia de piel. Histopatología 2,5X. Gruesa escamo-costra con numerosas colonias bacterianas, epidermis extensamente ulcerada, denso infiltrado nodular y difuso que ocupa la totalidad de la dermis.

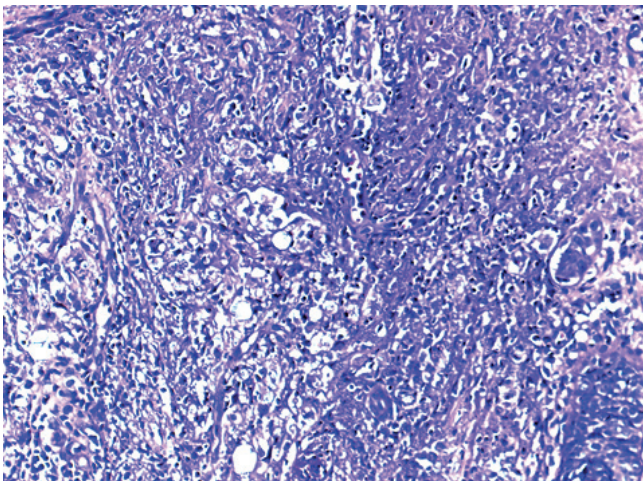


Figura 3. Biopsia de piel. Histopatología 10X. Infiltrado granulomatoso formado por linfocitos, neutrófilos y macrófagos vacuolados.

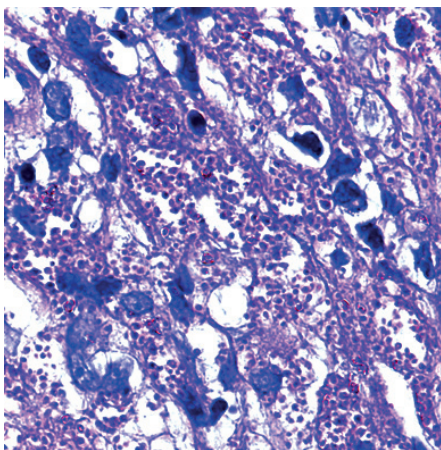


Figura 4. Biopsia de piel. Histopatología 100X con tinción PAS. Macrófagos vacuolados llenos de microesporas encapsuladas, positivas con la coloración de PAS.

El frotis de tejido cutáneo con coloración de *Giemsa* reportó blastoconidias intracelulares compatibles con *Histoplasma capsulatum* (Figura 5). El cultivo de tejido resultó negativo, por contaminación con *Candida glabrata*.

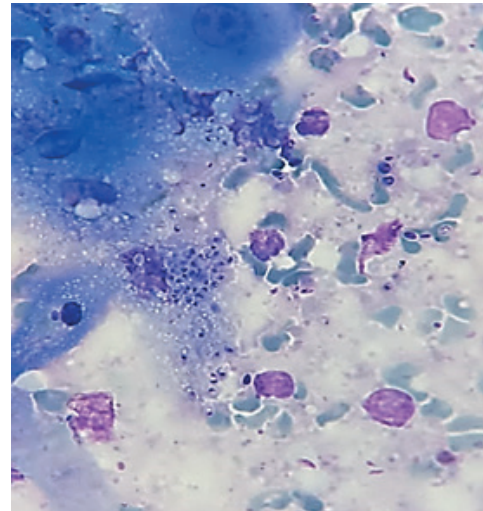


Figura 5. Frotis de tejido cutáneo con coloración de Giemsa: blastoconidias intracelulares compatibles con *Histoplasma capsulatum*.

Se realizaron estudios de imagen. En la radiografía de tórax se evidenció un parénquima con patrón retículonodular difuso apico basal con compromiso intersticial a predominio de ápice y tercios medios y en la tomografía de tórax se observaron nódulos cavitados bilaterales, apicales y basales (Figura 6). Otros estudios de extensión como PPD, leishmanina, histoplasmina, serologías para hepatitis A, B y C, CMV-EB, BK de esputo y hemocultivos negativos, ANCA P positivo y ANCA C negativo.



Figura 6. Tomografía de tórax: nódulos cavitados bilaterales, apicales y basales.

Se realizó biopsia de médula ósea que reportó presencia de conglomerados de histiocitos que conforman granulomas necrotizantes, con ocasionales blastoconidias intracelulares, positivas con la coloración de PAS, sugestivas de Histoplasmosis. Coloraciones con Ziehl-Neelsen negativas (Figura 7).

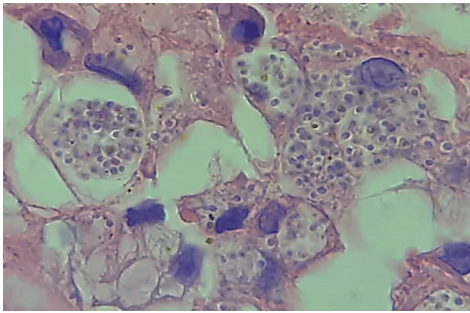


Figura 7. Biopsia de médula ósea: conglomerados de histiocitos que conforman granulomas necrotizantes, con ocasionales blastoconidias intracelulares, positivas con la coloración de PAS, sugestivas de Histoplasmosis.

En vista de todos estos hallazgos, se concluye el diagnóstico definitivo de histoplasmosis crónica diseminada y se indica tratamiento con Anfotericina B (0,5 mg/kg/día) y terapia antirretroviral con Lamivudina, Tenofovir disoproxil y Dolutegravir.

La paciente es trasladada al Servicio de Infectología, con valoración y curas diarias por nuestro servicio, observando excelente evolución clínica (Figura 8). La paciente recibió alta médica después de 52 días de hospitalización, con una dosis acumulada de Anfotericina B de 2.200 mg, Itraconazol VO 200 mg cada 8 horas por 3 días, e Itraconazol 200 mg cada 12 horas. La paciente falleció 5 semanas después por una tuberculosis meníngea.



Figura 8. Evolución clínica de la paciente a las 7 semanas, posterior a tratamiento con Anfotericina B.

Discusión

La histoplasmosis es una enfermedad de distribución mundial, causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, que afecta el sistema retículo endotelial^{1,2}. Tiene una alta incidencia en América, especialmente en países tropicales de América del Sur³. Su hábitat natural es la tierra contaminada con excremento de aves y/o murciélagos, principalmente en granjas, bosques y cuevas. Puede presentarse a cualquier edad, con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, en hombres e inmunocomprometidos,^{1,2}

La infección se adquiere a través de la inhalación de microconidias de *Histoplasma capsulatum*, produciendo una infección primaria en los alvéolos pulmonares, con posterior diseminación a ganglios linfáticos y por último diseminación hematogena, siendo más frecuente en pacientes con VIH/SIDA con un conteo de CD4 menor a 200 células, como nuestra paciente^{1,2}.

La histoplasmosis es asintomática en el 95% de las personas. Sin embargo, clínicamente se puede clasificar en: histoplasmosis pulmonar aguda y crónica, presentando está el menor porcentaje de manifestaciones cutáneas; histoplasmosis diseminada progresiva aguda y crónica, siendo las manifestaciones cutáneas las más frecuentes; e histoplasmosis cutánea primaria, muy rara e infrecuente, produciéndose únicamente por accidentes laborales¹.

Las manifestaciones cutáneas clásicas de la histoplasmosis varían desde pápulas, placas, nódulos, úlceras, costras y lesiones tipo molusco contagioso². La presentación centro facial es inusual y se ha descrito como primera manifestación de SIDA, como en este paciente⁴. La perforación del septum nasal como signo temprano de Histoplasmosis se describió por primera vez en el año 2013 por *Jaimés y colaboradores*, en Colombia. Por lo cual ellos sugieren que la Histoplasmosis debe ser incluida como diagnóstico diferencial de úlceras membranas mucosas y perforación septal⁵.

En la actualidad, se han reportado alrededor de 20 casos de Histoplasmosis con esta manifestación cutánea inusual^{4,6}. La mayoría de

estos casos publicados en la literatura, han sido en pacientes con VIH y en Sur América, con una mayor prevalencia en Brasil^{6,7}. En un estudio retrospectivo en Venezuela, por *Pineda y colaboradores*, de 1654 pacientes con histoplasmosis, encontraron sólo 22 pacientes con perforación del tabique nasal, representando el 1,33% de los pacientes⁸.

En el contexto de una enfermedad úlcera necrótica centofacial, se deben considerar otros diagnósticos diferenciales como mucormicosis, leishmaniasis, TBC cutánea, Granulomatosis con Poliangeítis, Sarcoidosis, CEC y linfoma de células T^{6,9}.

El diagnóstico se realiza por microscopía directa, histopatología con coloraciones PAS y Grocott, cultivo, serologías, detección antigénica en sangre u orina, e histoplasmina. A pesar de que el cultivo es la prueba de oro para el diagnóstico, este disminuye su sensibilidad en pacientes con VIH. Algunos autores sostienen que la detección antigénica en orina, también llamada antigenuria, es una excelente prueba con una sensibilidad en más del 90% en pacientes con VIH¹⁰.

Conclusión

La presentación cutánea centofacial de una histoplasmosis y la perforación del tabique nasal es rara e infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura. En el contexto de una enfermedad úlcero-necrótica centofacial, se deben considerar diversos diagnósticos diferenciales resaltando la importancia del estudio histopatológico temprano para realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar complicaciones.

Referencias

1. Hay RJ. Deep Fungal Infections. En: Kang S, Aamagai M, Bruckner AL, et al (ed). Fitzpatrick's Dermatology: 9th edition. United States: Mc Graw Hill Education; 2019. p. 1037-1060.
2. Chang P, Rodas C. Skin lesions in histoplasmosis. Clin Dermatol. 2012;30(6):592-598.

3. Ashraf N, Kubat RC, Poplin V, et al. Re-drawing the Maps for Endemic Mycoses. Mycopathologia. 2020;185:843-865.
4. Medina JB, Monguilhott-Falbo F, Teixeira-Leite C, Trierveiler M, Braz-Silva PH, Ortega KL. Mucocutaneous histoplasmosis as the first manifestation of AIDS. Spec Care Dentist. 2024;44:1059-1064.
5. Jaimes A, Muvdi S, Alvarado Z, et al. Perforation of the nasal septum as the first sign of histoplasmosis associated with AIDS and review of published literature. Mycopathologia. 2013;176:145-150.
6. Escalante L, Granizo-Rubio J, Pinos-León V, et al. Nasal cartilage destruction associated to cutaneous histoplasmosis in AIDS. BMC Infect Dis. 2022;22:377.
7. Oikawa F, Carvalho D, Matsuda NM, et al. Histoplasmosis in the nasal septum without pulmonary involvement in a patient with acquired immunodeficiency syndrome: case report and literature review. Sao Paulo Med J. 2010;128:236-8.
8. Pineda J, Merino-Alado R, Mata-Essayag S, et al. Nasal Septum Perforation Associated to Histoplasmosis: A Retrospective Study. Pesqui bras odontopediatria clín integr. 2020;20:5470-12
9. Sinha S, Agrawal D, Sardana K, et al. Cutaneous Histoplasmosis: An Unusual Presentation with Nasal Obstruction. Indian Dermatol Online J. 2020;11:612-615.
10. Tobón AM. Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. Infectio. 2012;16:126-128.