

Histoplasmosis pulmonar crónica

Elkin Llanos, MD*; Paulina Ojeda MD**.

RESUMEN

La histoplasmosis es una enfermedad micótica adquirida, frecuente en Colombia, producida por el *histoplasma capsulatum* y afecta principalmente el pulmón. La patogenia de la histoplasmosis es similar a la de la tuberculosis. Desde el punto de vista clínico presenta varias manifestaciones incluida, la forma pulmonar primaria aguda, pulmonar crónica, el histoplasmosis, la histoplasmosis pulmonar diseminada, compromiso mediastínico dado por granulomatosis y fibrosis, así como también la histoplasmosis ocular (1).

Se presenta un caso de un paciente de 33 años de edad, que consultó por tos seca, de un año de evolución, sin otra sintomatología, con radiografía del tórax reportada como normal, luego de varios estudios, incluidos TAC de tórax, fibrobroncoscopia, por histopatología se determina que se trata de una histoplasmosis pulmonar.

SUMMARY

Histoplasmosis is an acquired mycotic disease produced by the *histoplasma capsulatum*, very frequent in Colombia, primarily affecting lungs. The pathogenesis of the histoplasmosis is similar to the one of Tuberculosis. From the clinical point of view, this disease has several manifestations including the primary acute and chronic pulmonary forms, Histoplasmosis, pulmonary disseminated histoplasmosis, mediastinal compromise due to granulomatosis and fibrosis, as well as ocular histoplasmosis.

A clinical case of a 33-year old man is presented who consults for dry coughing, of one year of evolution, without any other symptomatology, with a normal chest X-ray, and after several studies, including chest CAT and fiber-bronchoscopy, a pulmonary histoplasmosis was determined by histopathology.

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es la más común de las micosis sistémicas y una causa principal de morbilidad en pacientes que viven en áreas endémicas. Ha emergido como importante complicación de los pacientes con Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Colombia se han registrado varios casos, el hábitat normal del hongo es el suelo y tiene procesos de adaptación que promueve el desarrollo de una morfología de micelio y de levadura (2).

Las opciones para el tratamiento se han ampliado desde la introducción de los azoles, con menor toxicidad que la anfotericina B, sin embargo, esta última se sigue utilizando como primera opción en los casos severos de la enfermedad (3).

RESUMEN CLÍNICO

Hombre de 33 años de ocupación sacerdote, procedente de Zipaquirá, quien consultó por tos seca de

un año de evolución, sin síntomas constitucionales, ni antecedentes de importancia motivo por el cual consulta en varias ocasiones y le realizan varios estudios que se comentarán a continuación. El examen físico estaba dentro de límites normales.

La radiografía de tórax es normal. Posteriormente el TAC de tórax registra opacidades nodulares con densidad de tejidos blandos de predominio subpleural con diámetros entre 3 y 12 mm. (Figuras 1 y 2).

Los exámenes de laboratorio mostraron cuadro hemático, parcial de orina, AST, ALT, BUN creatinina normales, test de Elisa para VIH negativo y serología para hongos negativa. Se le practica fibrobroncoscopia, visualmente normal, lavado broncoalveolar, reporta histiocitos 50% y linfocitos 50%. Se lleva al paciente a biopsia abierta por toracoscopia la cual, reporta tejido pulmonar con presencia de granulomas no necrotizante, constituido por células epiteloides, acompañado de infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos y eosinófilos, y cambios de neumonía de

* Residente neumología segundo año. Hospital Santa Clara,

** Jefe de servicio patología - Hospital Santa Clara.

organización. A la tinción de Grocott se evidencia la presencia de estructuras micóticas correspondientes con *Histoplasma capsulatum* (Figuras 3 y 4).

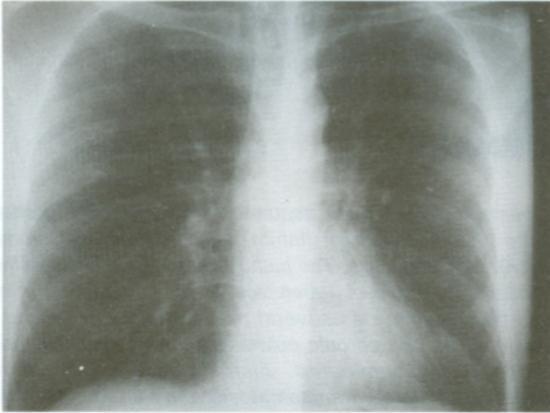


Figura 1.

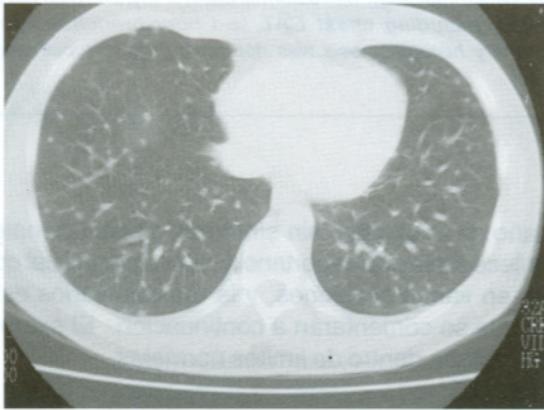


Figura 2.

DISCUSIÓN

La histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa relativamente común, con distribución mundial, causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, siendo descrita por primera vez en 1905 por Samuel Darling y en Colombia en 1947 por el doctor Gast Galvis (4).

La histoplasmosis es una de las micosis endémicas más frecuentes en Colombia, así como en muchos países de América. Sin embargo, dado que no es una enfermedad de notificación obligatoria, su incidencia real y su verdadero impacto en la salud pública, no se conocen con precisión (5). El microorganismo habita en el suelo, madriguera de ratas, gallineros, cuevas de murciélagos, nidos y excrementos de aves.

La micosis es adquirida por inhalación de las conidias del hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* y, por consiguiente, la infección primaria ocurre en el pulmón. No obstante la entidad es polimorfa y difícil de reconocer y de diagnosticar (5). En Colombia, la reactividad a la histoplasmina informada en algunas áreas endémicas señala que hasta una tercera parte de los adultos jóvenes ha estado en contacto con el hongo (6).



Figura 3.



Figura 4.

Dentro de la infección benigna se agrupan: histoplasmosis endémica (subclínica, la sintomática y la cutánea), la histoplasmosis aguda o epidémica, la cual, ocurre por inhalación de un número importante de partículas infectantes; suele presentarse como epidemias, brotes o casos aislados (7, 8).

Hasta 1981, la histoplasmosis progresiva diseminada era una entidad poco frecuente que se asociaba con inmunosupresión iatrogénica, sin embargo, la pandemia del SIDA cambió radicalmente este patrón y la convirtió en una verdadera amenaza, para las personas infectadas por VIH (9).

La histoplasmosis pulmonar crónica es otra de las formas clínicas de la micosis, se presenta principalmente en adultos con historia de enfisema, EPOC o bronquitis crónica. Suele ser una entidad limitada al pulmón y a los linfáticos regionales. Esta micosis es difícil de diagnosticar y a veces, también, de diferenciar de la histoplasmosis progresiva diseminada de evolución crónica (1,5).

Los hallazgos radiológicos en todos estos tipos de compromiso primario son similares. Puede hallarse al inicio focos de actividad nodular discreta así como lesiones múltiples, dispersas, bilaterales, intersticiales y formas neumónicas. Casi siempre hay adenopatía hiliar con complejo parecido al de Ghon (10). El diagnóstico diferencial debe hacerse con: Tuberculosis pulmonar, neumonías infecciosas (bacterianas, virales), neumonía lipoidea, otras micosis (criptococosis, aspergilosis, mucormicosis) (11).

En el tejido pulmonar para histopatología se observa en las formas agudas que, en su gran mayoría hay granulomas; el principal hallazgo es un exudado alveolar, que contiene los microorganismos; en algunos casos puede encontrarse inflamación granulomatosa activa (Figura 3), aunque los granulomas pueden tener centro purulento. En la enfermedad infiltrativa el organismo se demuestra dentro de macrófagos. El histoplasma capsulatum puede demostrarse principalmente por tinciones argénticas. También se han encontrado nódulos fibrocáseos con calcificación distrófica.

El diagnóstico se establece por cultivo, tanto del esputo como de muestras del lavado broncoalveolar, punción-aspiración o demostración del agente causal en biopsias de órganos comprometidos (Figura 3 y 4). Se puede cultivar en agar-sangre, agar Sabouraud o agar-extracto de levadura con hidróxido de amonio.

La serología para hongos usando el método de fijación del complemento posee gran valor diagnóstico, dándosele importancia a títulos mayores de 1:8. La inmunodifusión ayuda al diagnóstico si se encuentra la banda H, la cual corresponde a la infección activa.

En los pacientes con histoplasmosis pulmonar crónica, que presentan anomalías radiológicas persistentes deben ser tratados, así como aquellos que están sintomáticos, o los que se presentan con cavidades de paredes gruesas. En estos casos la anfotericina B es eficaz cuando se le administra en una dosis total como mínimo de 35 mg/Kg.

En la actualidad la experiencia clínica con los azoles es adecuada para apoyar su uso como terapia

alternativa suficiente para el tratamiento de la histoplasmosis pulmonar crónica.

Se presenta el caso anterior por tratarse de una histoplasmosis pulmonar crónica, en un paciente inmunocompetente, y por que en la práctica clínica es difícil comprobar su etiología debido a que muchos de estos casos los vemos cicatrizados con calcificaciones pulmonares (1).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al doctor Jorge Carrillo, Radiólogo del Hospital Santa Clara y a la doctora Elizabeth Castañeda del Instituto Nacional de Salud de Bogotá por la colaboración prestada en el presente caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell, Douglas. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Panamericana 1997: 2627-2642.
2. Vélez H. Rojas W. Fundamentos de Medicina. Neumología. CIB. 1998:192-197.
3. Niederman M. Respiratory Infectious. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2001: 501-513.
4. Gast Galvis A. Histoplasmosis en Colombia. Anales de la Sociedad de Biología de Bogotá 1947; 2: 203-207.
5. Tobón A, Franco L. Histoplasmosis en el adulto. Acta Med Col. 1997;22:277-84.
6. Restrepo A, Robledo M. Distribución of histoplasma sensitivity in Colombia. Am J Trop Med Hyg 1968; 17: 25-37.
7. Restrepo A, Robledo M. Histoplasmosis. Ant Med 1964; 14: 335-351.
8. Castañeda E. Brote epidémico de histoplasma asociado con exposición a un árbol hueco. Acta Médica Colombiana 1983; 8: 17-22.
9. Wheat LJ. Disseminated histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome: Clinical Findings, diagnoses and treatment, and review of the literature. Medicine 1990;69:361-74.
10. McAdams HP. Thoracic mycosis from endemic fungi: Radiologic-Pathologic correlation. Radiographics 1995; 15: 255-270.
11. Rippon JW. Histoplasmosis. En: Tratado de micología médica: Interamericana Mc Graw-Hill 1990: 441-455.