

CASOS CLÍNICOS

Histoplasmosis y síndrome de reconstitución inmune

Histoplasmosis and immune reconstitution syndrome

Julia Raquel Ceroni¹, Mayled Delgado Molina², María Victoria Garritano³ y Gabriela Laura Arena⁴

RESUMEN

La histoplasmosis es una micosis endémica de zonas tropicales producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. Es una de las enfermedades fúngicas más frecuentes en áreas endémicas, principalmente en pacientes con VIH. La infección ocurre por inhalación de microconidias presentes en suelos contaminados con excremento de aves y murciélagos. Esta micosis presenta una gran variedad de

manifestaciones clínicas, que incluye desde formas asintomáticas hasta la enfermedad grave y diseminada. Se presenta el caso de una paciente con VIH e histoplasmosis diseminada subaguda y síndrome de reconstitución inmune.

Palabras clave: histoplasmosis, *Histoplasma capsulatum*, síndrome de reconstitución inmune.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2):166-168

ABSTRACT

Histoplasmosis is an endemic mycosis of tropical regions caused by the dimorphic fungus Histoplasma capsulatum. It is one of the most prevalent fungal infections in endemic areas, particularly among patients with HIV. Infection occurs through inhalation of fungal spores, which are found in soil contaminated with bird or bat droppings. This mycosis presents with a wide range of clinical manifestations, from asymptomatic forms to

severe and disseminated disease. We present a clinical case of an HIV-positive patient with subacute disseminated histoplasmosis and immune reconstitution inflammatory syndrome.

Key words: histoplasmosis, *Histoplasma capsulatum*, immune reconstitution inflammatory syndrome.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2):166-168

¹ Residente de 2º año de Dermatología

² Residente de 4º año de Dermatología

³ Jefa de Sala de Dermatología

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín,
La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Julia Raquel Ceroni

E-mail: juliacerono15@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 23/7/2025

Fecha de trabajo aceptado: 19/12/2025

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 34 años, oriunda de la provincia de Buenos Aires, con diagnóstico reciente de infección por VIH sin tratamiento, con una carga viral de 304.000 copias/ml y un recuento de CD4 de 31 células/ μ l. Se encontraba cursando internación en la sala de clínica médica para estudio de síndrome de repercusión general. Se realizó interconsulta con el Servicio de Dermatología por lesiones localizadas en la cara y en el miembro superior derecho, de un mes de evolución.

Al examen físico presentaba pápulas y placas eritematosas infiltradas, algunas umbilicadas, con centro costroso en la región facial (Foto 1). A su vez, se evidenciaba una placa eritematosa indurada de 8 x 4 cm con úlcera central y costra adherente periférica en el brazo derecho (Foto 2). Además, se acompañaba de pérdida de peso, astenia, fiebre, tos productiva, sudoración nocturna y disnea.

Los diagnósticos presuntivos fueron histoplasmo-

sis diseminada subaguda, criptococosis y tuberculosis (TB) cutánea para lo cual se tomaron muestras de lesiones de la piel para observación directa, cultivo para hongos y micobacterias, PCR para TB y para histopatología (HP). Además, se solicitó cultivo de esputo y de sangre periférica, antigenemia para *Cryptococcus* y tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis.

En el examen directo se visualizaron levaduras intracelulares con halo claro periférico, compatibles con *Histoplasma capsulatum* (*H. capsulatum*), por lo que se inició precozmente tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 3 mg/kg/día. La HP informó un proceso inflamatorio crónico difuso en dermis, con técnicas de PAS y Grocott positivas para elementos levaduriformes. En la TC de tórax se observaron opacidades nodulares de aspecto consolidativo. Los cultivos de piel, esputo y sangre periférica fueron positivos para *H. capsulatum*.

Se arribó al diagnóstico definitivo de histoplasmosis diseminada subaguda y completó tratamiento antifúngico por 14 días. Dada la buena evolución, la paciente fue dada de alta para continuar tratamiento con itraconazol oral y terapia antirretroviral (TARV).

A los 2 meses presentó reepitelización completa de la úlcera ubicada en el brazo derecho con aumento del tamaño de las lesiones preexistentes en la cara en contexto de mejoría inmunológica (Fotos 3 y 4). Con sospecha de síndrome de reconstitución inmune (SRI), de nueva infección oportunista o de falta de adherencia al tratamiento, se realizaron nuevas biopsias cutáneas para cultivo y HP, así como hemocultivos. Los cultivos resultaron negativos, y en la HP se observaron granulomas y estructuras levaduriformes compatibles con *H. capsulatum*. Se arribó al diagnóstico de SRI, por lo que la paciente continuó con el tratamiento instaurado previamente con posterior resolución completa de todas las lesiones.



FOTO 1: Pápulas umbilicadas y acneiformes en la cara.



FOTO 2: Placa ulcerada ubicada en el brazo derecho.



FOTO 3: Exacerbación de las pápulas preexistentes.



FOTO 3: Cicatriz de la lesión en el brazo derecho.

COMENTARIOS

La histoplasmosis es una micosis endémica de zonas tropicales causada por el hongo dimorfo *H. capsulatum*. Los defectos de la inmunidad celular favorecen la aparición de las formas diseminadas de la enfermedad, particularmente graves en personas con infección por VIH¹.

Las formas diseminadas agudas y subagudas resultan principalmente de la reactivación de una infección latente y son frecuentes en pacientes con infección por VIH. Las manifestaciones sistémicas incluyen sudoración, pérdida de peso, fiebre, síntomas respiratorios, adenomegalias y hepatoesplenomegalia^{1,2}. Las manifestaciones cutáneas se pueden presentar como lesiones acneiformes, pápulas umbilicadas, nódulos, úlceras, placas eritematoescamosas o verrugosas, principalmente localizadas en el tronco y en la cara. En las mucosas, las lesiones suelen ser ulceradas y cubiertas con secreción³. En nuestra paciente se observaron lesiones papulares, úlceras y síntomas sistémicos.

El diagnóstico se realiza mediante escarificación para examen directo, biopsia cutánea para HP y cultivo micológico, así como cultivo de las secreciones respiratorias y/o hemocultivo³.

El tratamiento de elección en la forma diseminada subaguda es anfotericina B liposomal 3 mg/kg/día por 2 semanas, seguido de itraconazol 200 mg cada 8 horas por 3 días y posteriormente 200 mg cada 12 horas por un mínimo de 12 meses, como se realizó en el caso presentado⁴.

Por otro lado, el SRI es consecuencia de una rápida restauración de la respuesta inflamatoria excesiva y no controlada, luego del inicio del TARV, que causa un empeoramiento paradójico de las lesiones preexistentes o desenmascara infecciones subclínicas. En pacientes con histoplasmosis, se manifiesta con síntomas constitucionales, inflamación de las lesiones cutáneas preexistentes y puede agregar compromiso de nuevos órganos. En la HP se pueden observar granulomas con células gigantes y necrosis, como en nuestro caso^{5,7}.

Debido a la poca evidencia de histoplasmosis diseminada y SRI, no se tiene claridad sobre cuándo debe iniciarse el TARV; sin embargo, las guías de la Sociedad Americana de Infectología sugieren que el inicio no debe retrasarse, individualizando la decisión según la gravedad clínica^{5,8,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corti M, Villafañe MF, Richardson C, Valeriano-Gómez E, et al. Histoplasmosis diseminada subaguda con lesiones iniciales en cavidad oral en un paciente con sida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Dermatol*. 2014;95:12-20.
2. Tobón MA. Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. *Infectio*. 2012;16:126-128.
3. López-Gamboa VR, Blanzari MJ, Sardoy A, Campana RV, et al. Histoplasmosis diseminada subaguda en pacientes VIH. *Rev Fac Cienc Méd*. 2015;72:175-179.
4. Vergidis P, Aaron DM. Hongos. En: MSD Manual Professional [Internet]. Merck & Co., Inc.; [citado 2025 Jul 3]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/hongos/histoplasmosis>
5. Hidrón A, González A. Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y afecciones fúngicas. *Infectio*. 2012;16:51-58.
6. Marulanda-Nieto CJ, Gartner-López E, Díaz-Gómez CJ, Aguilar-Molina OE. Histoplasmosis diseminada asociada a síndrome de reconstitución inmune en un paciente con virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Cubana Med Trop*. 2020;72:3.
7. Laverde-Sudupe N, Carr ER, Velit-Rios B, Almonte MM, et al. Disseminated histoplasmosis and presumptive CNS toxoplasmosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome in a patient with HIV/AIDS: a case report. *BCM Infect Dis*. 2024. 24:1386.
8. McKinsey DS. Treatment and prevention of histoplasmosis in adults living with HIV. *J Fungi*. 2021;7:429.
9. Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, Baddley JW, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis: 2007. Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2007;45:807-825.