

CASOS CLÍNICOS

Histoplasmosis diseminada con compromiso mucocutáneo en un paciente inmunocompetente

Disseminated histoplasmosis with mucocutaneous involvement in an immunocompetent patient

Candela Pagirys¹, Berenice Fouces², Javier Anaya³ y Corina Busso⁴

RESUMEN

La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. La primoinfección suele ser asintomática, no obstante, en personas con inmunidad celular comprometida puede desarrollarse una enfermedad diseminada. Describimos el caso de un paciente de 79 años, inmunocompetente,

que desarrolló una histoplasmosis diseminada con un marcado compromiso mucocutáneo. Destacamos la importancia de la sospecha clínica debido al gran polimorfismo lesional de esta entidad.

Palabras clave: *Histoplasma capsulatum* (bastardilla), histoplasmosis diseminada, micosis sistémica.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 180-182

ABSTRACT

Histoplasmosis is a systemic mycosis caused by the dimorphic fungus Histoplasma capsulatum. Primary infection is usually asymptomatic; however, disseminated disease may develop in people with compromised cellular immunity. We describe the case of a 79-year-old immunocompetent patient who developed disseminated histoplasmosis

with prominent mucocutaneous involvement. We highlight the importance of clinical suspicion due to the marked lesional polymorphism of this entity.

Key words: *histoplasma capsulatum, disseminated histoplasmosis, systemic mycosis*

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 180-182

¹ Médica Residente, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Jefa de Residentes, Servicio de Dermatología

³ Médico de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Médica Dermatóloga, Jefa del Servicio de Dermatología Hospital Universitario Austral, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Candela Pagirys

E-mail: cpagirys@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 19/2/2025

Fecha de trabajo aceptado: 5/8/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 79 años, trabajador rural, oriundo de la provincia de Entre Ríos, que consultó por un cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por una lesión ungueal en el segundo dedo del pie derecho y lesiones dolorosas en la mucosa oral.

Al examen físico presentaba una úlcera de aproximadamente 2 cm de diámetro, con bordes socavados y un fondo con fibrina, tejido necrótico y un orificio de salida de material seropurulento en el pliegue ungueal proximal (Foto 1). También presentaba una úlcera dolorosa de 4 cm de diámetro con bordes bien definidos, y un fondo con tejido de granulación y fibrina en el paladar blando asociado a gingivitis y erosiones en las encías (Foto 2).

Ante la sospecha de una micosis sistémica endémica, se plantearon como posibles diagnósticos presuntivos histoplasmosis, paracoccidiodomicosis y coccidiodomicosis. Se solicitó el dosaje de antígenos y anticuerpos para los mismos, y se obtuvo resultado positivo para el antígeno de *Histoplasma capsulatum* (*H. Capsulatum*) en orina y anticuerpos anti *H. Capsulatum* en plasma mediante PCR. Ante estos hallazgos se realizaron estudios complementarios que evidenciaron un laboratorio sin alteraciones y serologías (VIH, VHB, VHC, VDRL) no reactivas. Adicionalmente se solicitó una valoración por parte del Servicio de Inmunología que descartó inmunodeficiencias.

En las imágenes del dedo afectado se observó la

presencia de osteomielitis y en el material de cultivo del lecho ungueal obtenido por aspiración con aguja fina se obtuvo el desarrollo de *Morganella morganii* y *Pseudomona aeruginosa*. El Servicio de Traumatología realizó un desbridamiento y posterior amputación parcial de la falange, con envío de material a cultivo donde se aislaron levaduras compatibles con *H. Capsulatum*.

También se tomó una muestra de la úlcera localizada en el paladar con envío de material a cultivo donde se aisló *Pseudomona aeruginosa* e *H. Capsulatum*. Además, se solicitó la revisión del preparado histológico correspondiente a la fistulectomía perianal realizada de forma extrahospitalaria, que mostró un infiltrado histiocitario granulomatoso y esporas micóticas compatibles con *H. Capsulatum* (Fotos 3 y 4).

Frente a la clínica, la epidemiología y los resultados

de los cultivos se arribó al diagnóstico de una histoplasmosis diseminada en un paciente inmunocompetente. Adicionalmente se realizaron tomografías de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con la finalidad de descartar una patología oncológica de base en las cuales no se observaron hallazgos significativos.

Se realizó tratamiento con anfotericina liposomal 350 mg/día durante 15 días y se le dio el alta hospitalaria con itraconazol 200 mg cada 8 horas, completando 3 meses de tratamiento. Debido a los aislamientos de *Morganella morganii* y *Pseudomona aeruginosa*, el paciente recibió tratamiento durante su internación con piperacilina tazobactam 4,5 g cada 6 horas durante 5 días, y al alta ciprofloxacina durante 3 semanas. El paciente evolucionó favorablemente con resolución de las lesiones mucocutáneas.



FOTO 1: Úlcera en el lecho ungueal del segundo dedo del pie derecho de 2 cm de diámetro, con bordes socavados, y un fondo con fibrina y tejido necrótico.



FOTO 2: Úlcera en el paladar blando de 4 cm de diámetro con bordes bien definidos, y un fondo con tejido de granulación y fibrina.

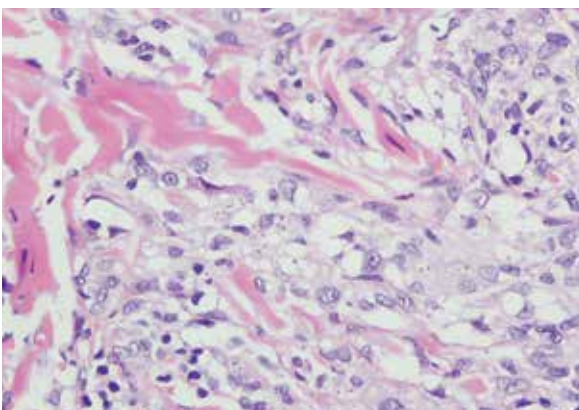


FOTO 3: Infiltrado histiocitario granulomatoso y esporas micóticas intracitoplasmáticas (H&E, 40X).

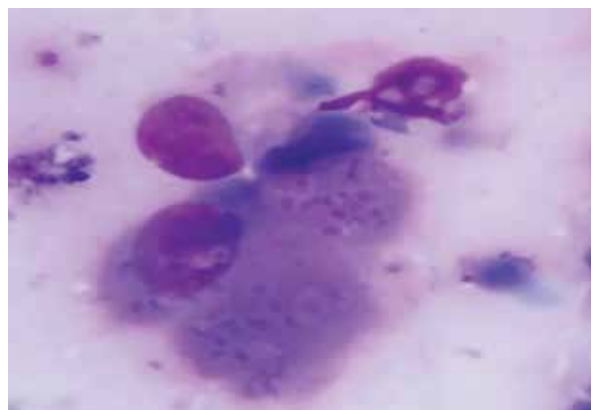


FOTO 4: Esporas micóticas. Microscopía directa, tinción Giemsa.

COMENTARIOS

La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica causada por el hongo dimorfo *H. Capsulatum*. La infección se debe a la inhalación de las microconidias de la forma micelial de este hongo, las cuales alcanzan los macrófagos alveolares donde se transforman en levaduras^{1,2,4,7}.

La enfermedad presenta una alta prevalencia en América, sobre todo en los Estados Unidos, Venezuela, Ecuador, Brasil, Paraguay, Uruguay y la Argentina. El hongo se distribuye principalmente en áreas con clima templado y húmedo^{3,5}.

Existen diversos factores de riesgo que predisponen a la infección, como la exposición a tierra contaminada por materia fecal de murciélagos, la exposición ocupacional como la minería y la albañilería, e inmunodeficiencias, principalmente por VIH, alcoholismo, enfermedades oncológicas que alteren la inmunidad celular o terapias inmunosupresoras^{2,3,5,6}.

Las manifestaciones clínicas de la histoplasmosis diseminada, así como el momento de la presentación de la sintomatología, varían según el estado inmunológico del huésped y la exposición al hongo. En la mayoría de los casos, la infección es asintomática y puede resolverse sin necesidad de instaurar un tratamiento¹. Puede presentarse en dos formas clásicas: aguda y crónica.

La infección aguda se observa principalmente en lactantes y pacientes inmunosuprimidos, con fiebre, fatiga, hepatoesplenomegalia y pancitopenia^{1,3,4,7}. Por su parte, la infección crónica se ha descrito fundamentalmente en adultos mayores inmunocompetentes, como en el caso de nuestro paciente, y se manifiesta con pancitopenia, hepatoesplenomegalia, lesiones orofaríngeas y cutáneas, y compromiso gastrointestinal^{1,4}.

Las lesiones mucocutáneas se caracterizan por un marcado polimorfismo. Se presentan en forma de pá-

pulas, placas con o sin costras, pústulas, nódulos, erosiones, lesiones moluscoides, erupciones acneiformes, y úlceras en la piel y las mucosas como en el caso de nuestro paciente^{1,3,4}.

El diagnóstico radica principalmente en una correcta anamnesis, en la cual es importante incluir la exposición en regiones endémicas o la exposición laboral. Adicionalmente, se debe realizar un examen físico completo⁶.

Entre los exámenes complementarios, se pueden solicitar serologías para detectar anticuerpos contra *H. Capsulatum*, pero arrojan resultados falsos negativos hasta en un 75% de los casos¹. Para las formas agudas y diseminadas, se puede estudiar el antígeno de *H. Capsulatum* en suero o en orina; esta es una prueba más sensible y específica, pero el *gold standard* continúa siendo el cultivo del hongo en muestras mucocutáneas o pulmonares.

El tratamiento de elección para pacientes con histoplasmosis diseminada es la anfotericina liposomal 3 mg/kg/día o anfotericina desoxicolato 0,7-1 mg/kg/día por una o 2 semanas seguida de itraconazol 200 mg cada 12 horas por 12 meses²⁻⁴.

Los factores de riesgo más importantes para padecer las formas diseminadas son la edad avanzada (mayores de 56 años), como en el caso presentado, el sexo masculino (es 10 veces más frecuente), la diabetes *mellitus* tipo 2, el alcoholismo, el uso prolongado de bajas dosis de corticosteroides sistémicos y el tabaquismo intenso⁴.

Se presenta este caso de histoplasmosis diseminada dado que resulta una entidad infrecuente en huéspedes inmunocompetentes para la cual se requiere de una alta sospecha clínica y una revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente a fin de lograr un diagnóstico correcto e iniciar el tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Santana LV, Torre AC, Hernández BA, Volonteri VI, et al. Mucocutaneous manifestations of infection by *Histoplasma capsulatum* in HIV-negative immunosuppressed patients. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:e27-e32.
- Francini B, Cánepa MC, Lamonica C, Capece P, et al. Histoplasmosis diseminada. Una infección oportunista en pacientes con infección por VIH. Experiencia en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, 2011-2017. *Rev Chil Infectol*. 2018;35:671-679.
- Chang P, Rodas C. Skin lesions in histoplasmosis. *Clinics in Dermatology*. 2012;30: 592-598.
- Negrón R. Manifestaciones cutaneomucosas de la histoplasmosis diseminada (histoplasmosis clásica o *Histoplasma capsulatum*). *Dermatol Argent*. 2008;14:104-112.
- Hati A, Sen S, Mallick S, Das S. Disseminated histoplasmosis with oral and cutaneous manifestations in an immunocompetent patient. *Indian J Dermatol*. 2020; 65: 552.
- Babariya H, Gaidhane SA, Acharya S, Kumar S. Coccidioidomycosis and histoplasmosis in immunocompetent individuals. A comprehensive review of clinical features, diagnosis, and management. *Cureus*. 2024;16:e68375.
- Galgiani JN, Kauffman CA. Coccidioidomycosis and histoplasmosis in immunocompetent persons. *N Engl J Med*. 2024;390:536-547.