

## Úlcera facial por Histoplasmosis en paciente con SIDA

*Brenda López, María Fabiola Chirinos, Andrés Parra, Loicel Agüero\*, Ana María Capote, Nataly García, Carlos Pérez, Trina Navas*

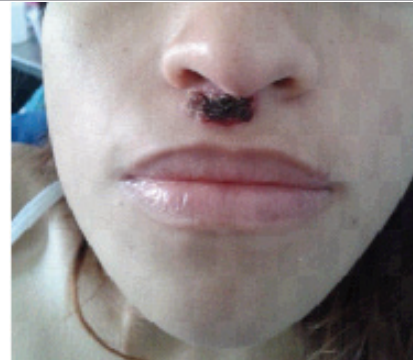
Se trata de paciente femenina de 32 años de edad con diagnóstico de SIDA criterios del CDC, con mala adherencia al tratamiento, y en quien hace más de un año se diagnosticó y trató histoplasmosis basados en una prueba de histoplasmina positiva con título de 1/128. Una vez cumplido el tiempo indicado de tratamiento se mantuvo asintomática, hasta meses atrás consulta por pérdida de peso, astenia severa y aparición de lesión en el surco sub nasal con solución de continuidad, sin signos de flogosis, menor de 0,5 cm, sin secreción ni sangramiento, de crecimiento progresivo en meses, cubierta de costra hemática y se confirma la adherencia inadecuada al tratamiento antirretroviral.

Al examen físico se observó un paciente en regulares condiciones generales, triste, sin alteraciones del examen mental, hipotrofia muscular generalizada, IMC: 19; no se encontraron otras alteraciones al examen físico con excepción de la lesión (Figura 1A – 1B). En los paraclínicos se evidenció anemia moderada normocítica normocrómica, con resto de valores hematológicos, bioquímicos, sedimento urinario y radiología de tórax normales.

Se realizó examen directo de la muestra por impronta de la costra con coloración de Giemsa sin observar formas fúngicas; esto es esperable, debido a la dificultad de observar las levaduras del *Histoplasma capsulatum* en muestras de piel, y la razón más importante es que se trata de un hongo

de pequeño tamaño y de ubicación intracelular fundamentalmente.

**Figura 1A.** Lesión cubierta de costra hemática de 2 x 1 cm, sin flogosis alrededor ni compromiso de la mucosa o tabique nasal. Se retiró la costra, la cual fue colocada en solución salina estéril y enviada al laboratorio para coloraciones y cultivo.



**Figura 1B.** Se observó una úlcera de fondo limpio, aspecto granulomatoso, bordes ligeramente elevados, con leve dolor a la manipulación y con escaso sangramiento a la maniobra de la toma de muestra



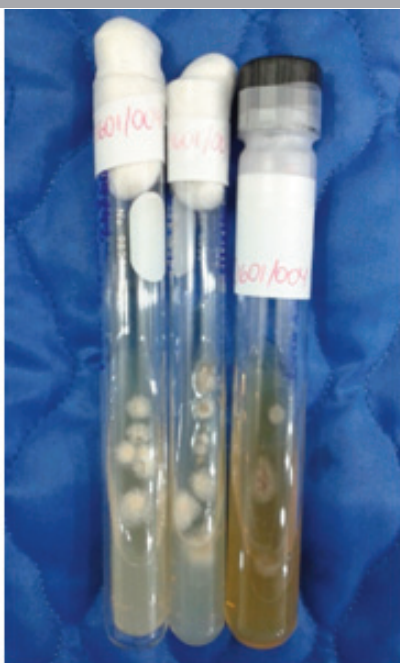
\* Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"

\*\* Laboratorio de Micología del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, Caracas, Venezuela.

## ÚLCERA FACIAL POR HISTOPLASMOSIS EN PACIENTE CON SIDA

La muestra se cultivó a 28 y 37 °C en agar Sabouraud dextrosa más cloranfenicol, agar Mycosel y agar infusión cerebro corazón (BHI). La observación a la semana demostró crecimiento fúngico (**Figura 2**).

**Figura 2.** Cultivo del hongo en agar Sabouraud dextrosa más cloranfenicol, agar Mycosel y agar infusión cerebro corazón (BHI) con crecimiento de colonias filamentosas a 28 °C.

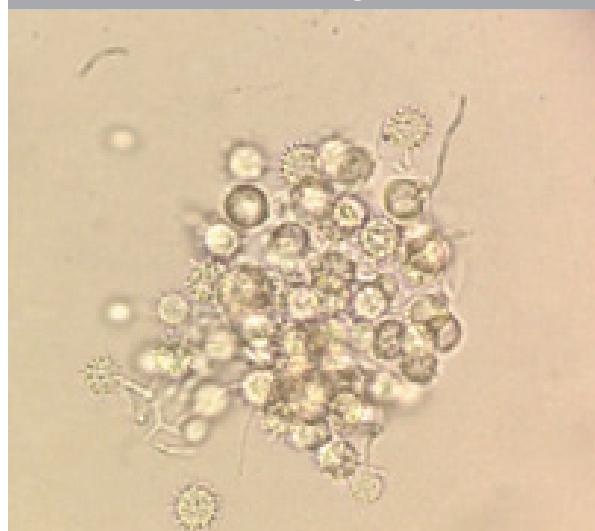


Se obtuvo crecimiento en todos los medios de cultivo a temperatura de 28 °C. La descripción de las colonias fue: albinas, algodonosas, de bordes regulares, tipo A. Para ese momento aún no había crecimiento a temperatura de 37 °C, debido a que la fase levaduriforme crece más lento que la filamentososa<sup>(1)</sup>.

El microcultivo se realizó en agar papa dextrosa y a los 7 días se observaron hifas finas hialinas tabicadas, con presencia de microaleurioconidias piriformes, lisas y macroaleurioconidias tuberculadas esféricas de doble pared, descripción correspondiente a *Histoplasma capsulatum* (**Figura 3**).

El diagnóstico final fue histoplasmosis disemina-

**Figura 3.** Examen directo obtenido del microcultivo del hongo



da en función del tratamiento antirretroviral inadecuado, la serología previa por Inmunodifusión doble en agar positiva a altos títulos y la presentación de lesiones cutáneas con cultivo positivo. La presentación cutánea en estos pacientes es sinónimo de diseminación de la enfermedad<sup>(2)</sup>. También se le indicó otra prueba de serología para hongos para su seguimiento cuyo resultado está pendiente. En este caso, los títulos deberían ser similares a los previos o menor debido a que ya está recibiendo el tratamiento. Los títulos previos entraban en el criterio de niveles diagnósticos (mayores a 1/32)<sup>(3)</sup>. En caso que los niveles nuevos fuesen negativos, podría interpretarse como anergia por la enfermedad de base y se debe mantener el control serológico, pues se observaría un viraje al mejorar la inmunidad una vez se cumpla adecuadamente el tratamiento antirretroviral. Recibió tratamiento con Itraconazol inicialmente, luego se cambió a anfotericina B, debido a la persistencia de la severidad de la astenia.

La importancia de esta presentación se basa en: 1) todo material biológico es útil y se debe estudiar en búsqueda de etiología exacta<sup>(1)</sup>, 2) el tratamiento y seguimiento de la histoplasmosis, en cualquiera de sus formas, tiene que ser adecuado, sobre todo en pacientes con SIDA, con valores de CD4+ menores a 200 – 300 cel/mm<sup>3</sup>, en los cuales debe mantenerse el tratamiento<sup>(4)</sup> y 3) en los pacientes con recidiva de la enfermedad la presentación clínica puede ser atí-

pica y existe poca literatura al respecto. Es inusual que un paciente de estas características no tenga hepatoesplenomegalia y/o adenomegalias<sup>(5-7)</sup>, sin embargo ante los antecedentes deben seguirse los procedimientos diagnósticos de las lesiones accesibles para lograr la confirmación del diagnóstico

como se realizó en esta paciente<sup>(8)</sup>.

### **Referencias**

1. Wheat J. Current diagnosis of histoplasmosis review. Trends in Microbiology. 2003. 11: 488-494.
2. Negroni R. Manifestaciones cutáneo mucosas de la histoplasmosis diseminada. Rev Argent Dermatol 2008; 14(2): 104-110
3. Reviákina V, Panizo M, Dolande M. Diagnóstico inmunológico de las micosis sistémicas durante cinco años 2002- 2006. Rev Soc Ven Microbiol. 2007. 27; 2: 112-19.
4. Kauffman CA. Histoplasmosis: a clinical and laboratory update. Clin Microbiol Rev. 2007. 20: 115-32.
5. Redondo M. Disseminated histoplasmosis in Venezuelan AIDS patients. Infect Dis Clin Pract 1992;4:300-303.
6. García J, Merheb JC. Anatomía patológica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Venezuela: estudio de 50 autopsias. Rev Soc Ven Alerg Inmunol 1989;2:23-29.
7. García C, Pérez M, Botana J, Simonovis N, Montes de Oca I. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: discrepancia entre los Diagnósticos Clínicos de sus complicaciones y los Hallazgos de Autopsia. Med Intern (Caracas) 1999. 15;1: 21-33.
8. Smith JA, Riddell J 4th, Kauffman CA. Cutaneous manifestations of endemic mycoses Curr Infect Dis Rep. 2013;15(5):440-9.