

Histoplasmosis pulmonar en paciente inmunocomprometido

Castro ME, Cortes M, Echevarría C, Pastor F, Paz M
Hospital Privado de Comunidad



Introducción

La histoplasmosis es una micosis sistémica, de amplia distribución geográfica, producida por el hongo *Histoplasma Capsulatum*. Los pacientes inmunocomprometidos presentan formas progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. El diagnóstico de la histoplasmosis se efectúa por el hallazgo del agente causal o aislamiento en cultivos.

Objetivos

Repasar las características radiológicas de la histoplasmosis pulmonar. Se presenta el caso clínico de una paciente de 13 años con diagnóstico de HIV e intolerancia al tratamiento antirretroviral que acude a la consulta con disfagia, tos, fiebre y lesiones pustulosas en cara.

Desarrollo

La histoplasmosis aparece en el 2-5 % de los pacientes con SIDA. Penetra en el organismo por inhalación, es fagocitado por el sistema retículo-endotelial y se disemina por el organismo. La afección pulmonar puede ocurrir en forma aislada o asociada a compromiso sistémico.

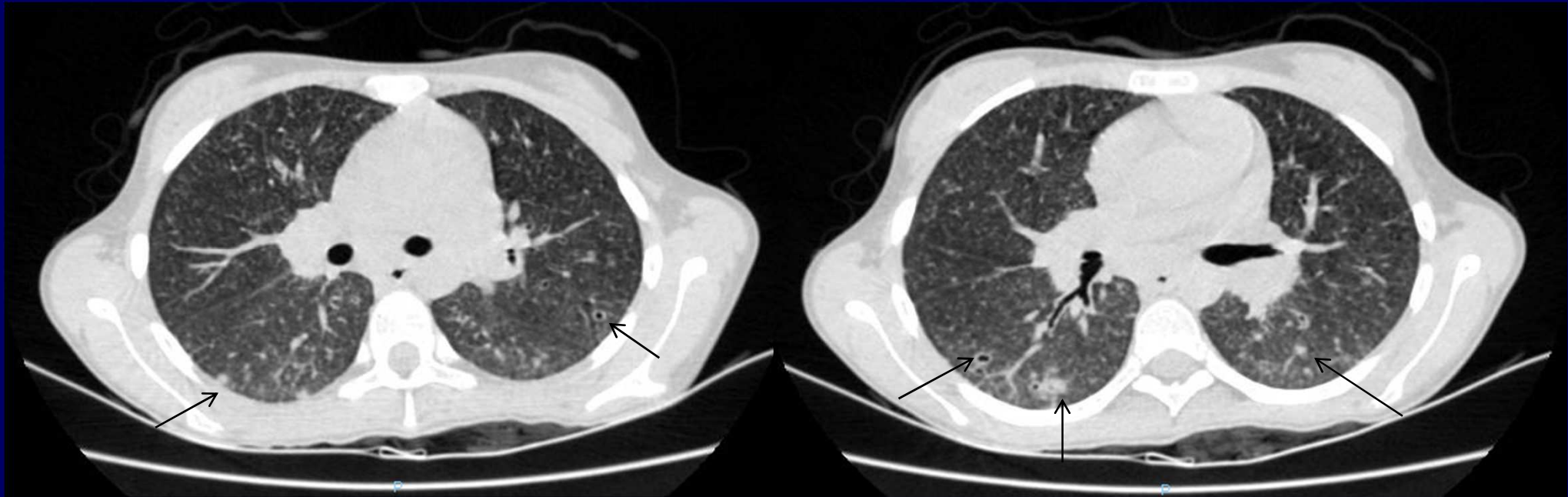
La Rx simple muestra múltiples nódulos pequeños menores de 3 mm, opacidades lineales irregulares de distribución difusa y derrames pleurales pequeños. La consolidación y las adenopatías hiliares y mediastinales son infrecuentes. En el 40 % de los casos puede

no presentar alteraciones en la radiografía de tórax, aún con compromiso pulmonar evidente.



Rx. Tórax AP: Tenue patrón intersticial difuso de tipo micronodulillar.

En la TC se observan nódulos perivasculares, paraseptales y subpleurales, así como engrosamiento septal intra e interlobulillar, hallazgos indistinguibles de la TBC miliar.

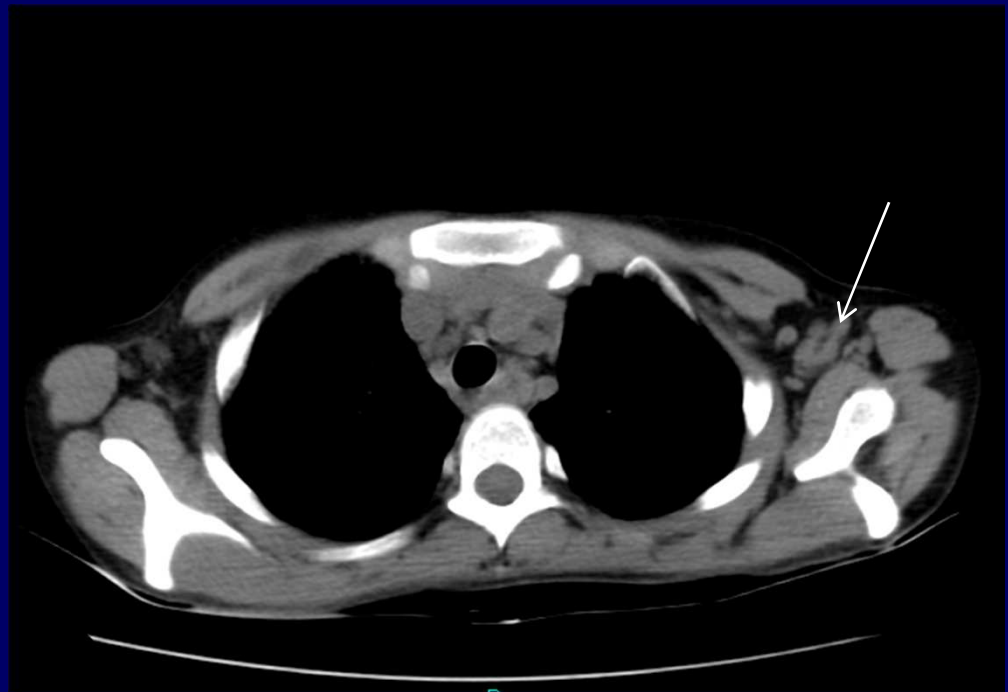
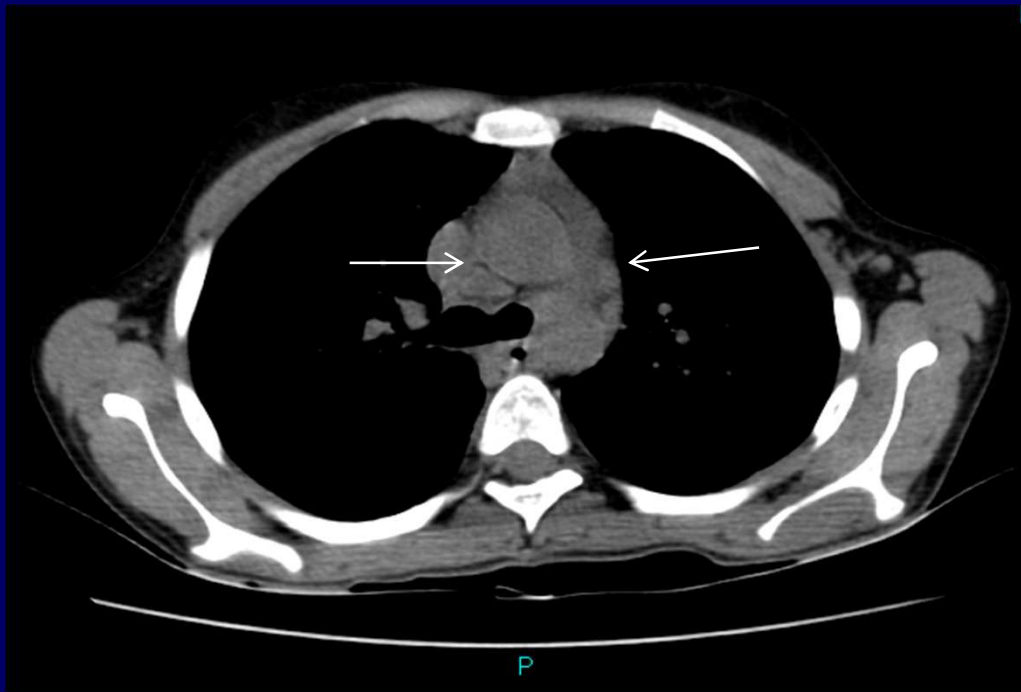


TC pulmonar (ventana parénquima): Se visualizan nódulos de distribución predominantemente subpleural, mal delimitados, algunos de ellos cavitados en ambos lóbulos inferiores. Tenue patrón intersticial difuso micronodulillar.

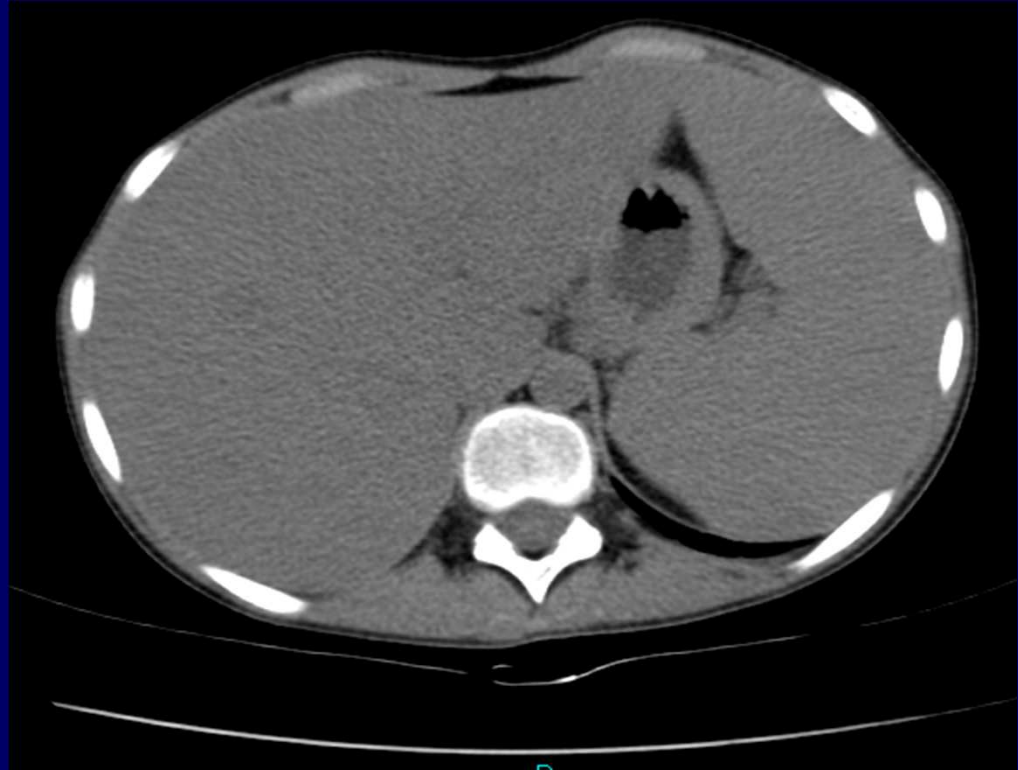
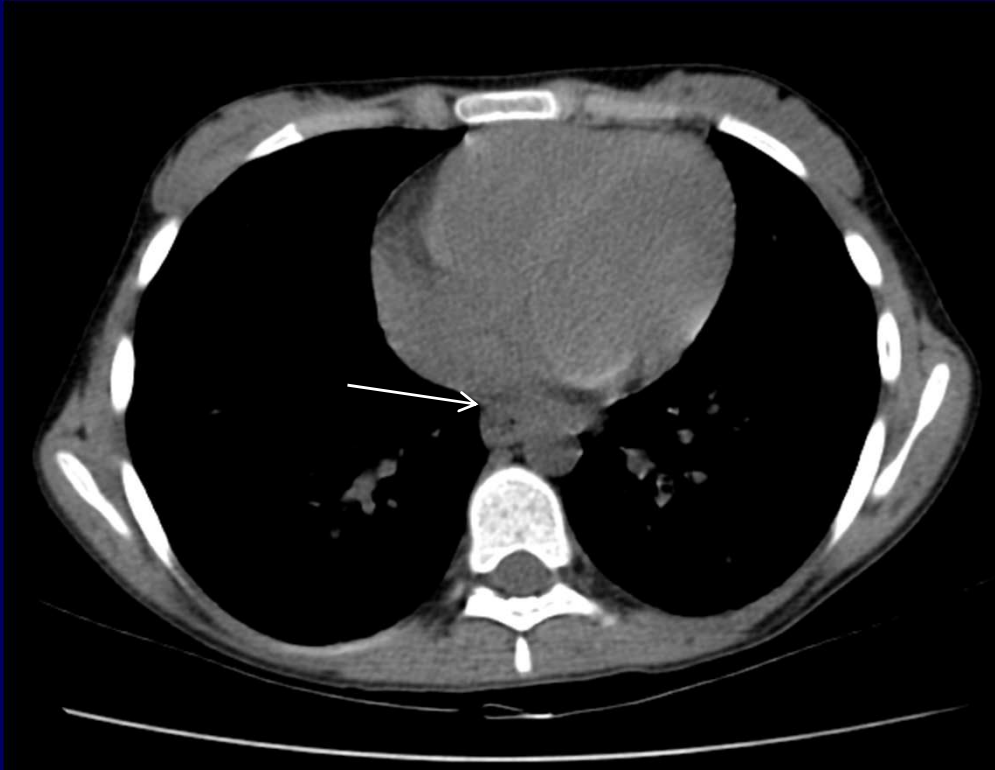


TC tórax (ventana parénquima): Reconstrucción coronal. Se visualizan nódulos de distribución predominantemente subpleural, mal delimitados, algunos de ellos cavitados. Tenue patrón intersticial difuso micronodulillar.

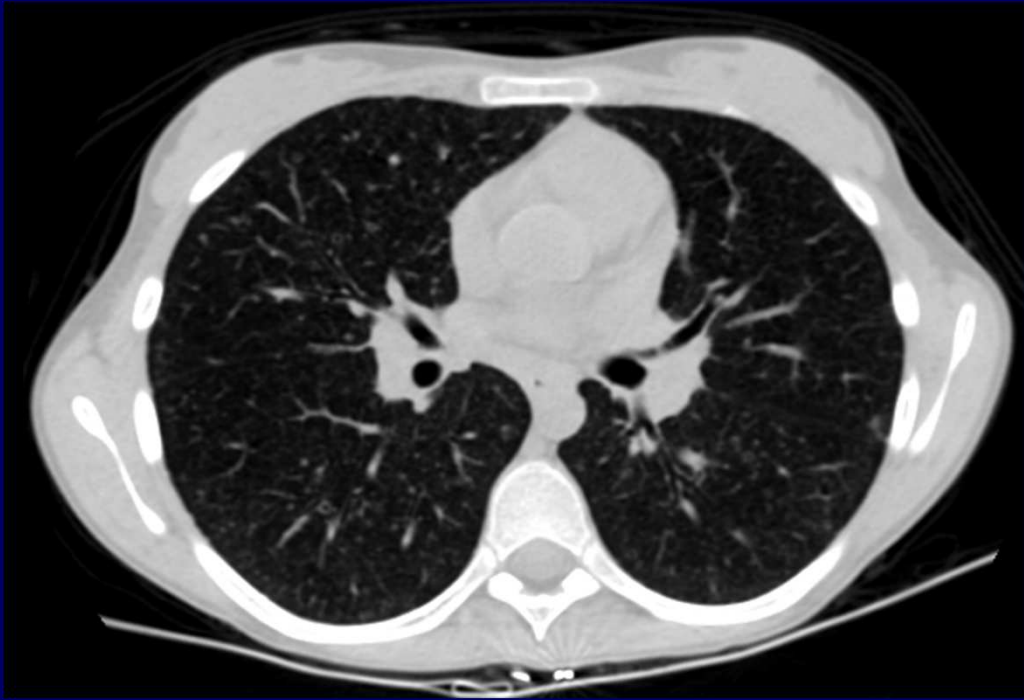
Se presenta con fiebre, pérdida de peso, tos y disnea. Dado que las características radiológicas son inespecíficas, el diagnóstico requiere aislamiento del agente causal en el aspirado bronquial.



TC tórax (ventana mediastino): Se observan algunas estructuras ganglionares aumentadas de tamaño en el espacio prevascular, retrocavopretraqueal y ambos huecos axilares.



TC de abdomen sin contraste: Engrosamiento difuso de las paredes del esófago sugerente de esofagitis. En cortes de abdomen superior se observa hepato-esplenomegalia.



Control postratamiento. Se observa disminución del patrón micronodulillar persistiendo algunas imágenes nodulares cavitadas.

Conclusiones

Si bien la histoplasmosis pulmonar es infrecuente y sus hallazgos imagenológicos inespecíficos, debemos incluirla entre los diagnósticos diferenciales de pacientes inmunocomprometidos con sintomatología pulmonar.

Bibliografía

- Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos. R. Negroni, A.I. Arechavala, E. I. Maiolo. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(2):59-69
- Una actualización acerca de histoplasmosis Dr. C. Carlos M. Fernández Andreu, Dra. María T. Illnait Zaragoza, Dr. Gerardo Martínez Machín, MSc. Mayda R. Perurena Lancha, Lic. Ernesto Monroy Vaca. Rev Cubana Med Trop 2011;63(3):189-205
- Histoplasmosis pulmonar Hernán Cabello, Denise Manieu, Miguel Noriega, Manuel Meneses, Marcial Peralta y Constanza Larraguibel. Rev Chil Infect (2002); 19 (1): 54-59
- Tórax. Diagnóstico radiológico. Hansell David, Armstrong Peter. Pag 260-261