

HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, REPORTE DE UN CASO



Dr Niteb **BETIN NIEBLES** Médico residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Ana Lucia**DIAZ MUNIVE**, Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Agustina Maria **SUAREZ ANZORENA** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Natalia **VICENTE** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Lorena Shakira **SALOMON FUENTES**, Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA. Dra Maria Alejandra **MARTINEZ ROJAS** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA.

INTRODUCCIÓN

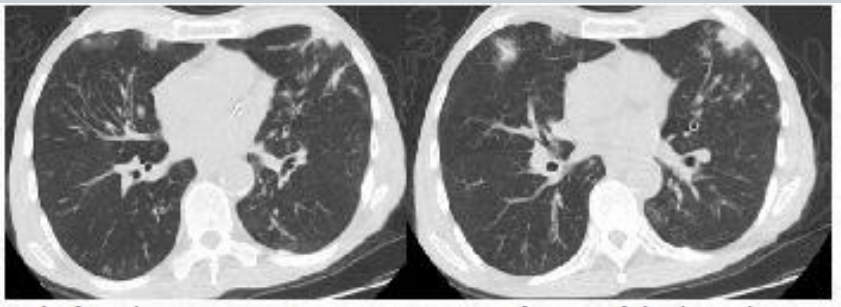
Paciente masculino de 60 años Ingresa con cuadro de tos seca, asociado a astenia, adinamia, febrícula no cuantificada, disnea leve de 40 días de evolución.

Antecedentes Personales: Linfoma de MALT (2015)

Orientado en las 3 esferas mentales, Soplo sistólico 3/6 irradiado a cuello audible, Crepitantes en ambas bases a predominio izquierdo.

Laboratorios: HTO 33%, Hb 10g/dl, GB 13200, CD4 menor a 200, LDH 150 UI/L.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Tc de Torax: evidencia algunas imágenes retículo nodulares, con vidrio esmerilado adyacente, así como también algunas regiones con patrón de árbol en brote y engrosamiento de las paredes bronquiales a predominio del lóbulo inferior derecho.



Radiografía de Torax Frente con patrón retículo nodular bilateral, asociado a imágenes radio opacas redondeadas, de bordes mal delimitados, de distribución bilateral

HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, REPORTE DE UN CASO



Dr Niteb **BETIN NIEBLES** Médico residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Ana Lucia**DIAZ MUNIVE**, Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Agustina Maria **SUAREZ ANZORENA** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Natalia **VICENTE** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Lorena Shakira **SALOMON FUENTES**, Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA., Dra Maria Alejandra **MARTINEZ ROJAS** Médica residente. Hospital de Clínicas "José de San Martín".GCBA.

DISCUSIÓN

Esta caso es digno de mención ya que contamos con un paciente que tiene antecedente de dos patologías, como Linfoma No Hodking y VIH, dicha asociación de patologías, no es habitual, por lo cual no hay mucha literatura al respecto.

El descubrimiento de la Histoplasmosis en este paciente fue un diagnóstico incidental ya que a pesar de presentar fiebre y adenopatías, también tenemos que tomar en cuenta los hallazgos imagenológicos, los cuales podrían ser compatibles con proceso Infeccioso – Inflamatorio, sin dejar de lado que los laboratorios tampoco presentaba datos de diseminación típicos como Deshidrogenasa láctica elevada o elevación de enzimas hepáticas, haciendo aun mas improbable el diagnóstico de Infección por Histoplasma.

CONCLUSIÓN

La Histoplasmosis es la micosis respiratoria mas frecuente del mundo, su agente causal es el hongo dimorfo Histoplasma Capsulatum, este patógeno vive en climas tropicales y subtropicales, en suelos húmedos con abundante material orgánico y pH ácido, enriquecido con excremento de murciélagos y dispersado por el plumaje de las aves.

La infección en humanos es por inhalación de microconidias o fragmentos miceliales. Algunos hongos entran al organismo por los fagocitos, siendo capaces si son capaces de sobrevivir y multiplicarse dentro de los macrófagos, lo cual permite su difusión a varios órganos por vía hematogena o linfática, lo anterior podría explicar el desarrollo de los síntomas respiratorios del paciente, aunque el microorganismo no se aisló en el pulmón y en cambio se encontró en la médula.

La Histoplasmosis es endémica por excelencia, Epidemiológicamente es importante su diagnóstico en pacientes con VIH, puesto que es una enfermedad marcadora de SIDA.