

# Histoplasmosis. Informe de un caso

## *Histoplasmosis. A case report*

Presentado: 20 de agosto de 2020

Aceptado: 10 de marzo de 2021

Darío Emmanuel Ialea<sup>ID</sup> Cecilia Noemí Soler<sup>ID</sup> María Sol Faur<sup>ID</sup> Julieta Viadana<sup>ID</sup> Lucía Manzur<sup>ID</sup>  
María Agustina Palano<sup>ID</sup> María Florencia Puebla<sup>ID</sup>

Servicio de Odontología, Hospital Central de Mendoza, Argentina

### Resumen

**Objetivo:** Describir el diagnóstico y el tratamiento interdisciplinario de un caso clínico de histoplasmosis.

**Caso clínico:** Un paciente masculino de 39 años, con antecedentes de consumo de drogas, alcohol, tabaquismo crónico y VIH+ sin adherencia al tratamiento, acudió al Servicio de Odontología por una interconsulta del Servicio de Clínica Médica para la evaluación de lesiones erosivas en paladar duro y blando, reborde alveolar anterior, dorso lingual y lesión tumoral en encía anterosuperior. El diagnóstico definitivo se obtuvo por medio del análisis de muestras de biopsia transbronquial, lavado broncoalveolar y biopsia de lesión en piel. El paciente recibió tratamiento sistémico con antimicóticos

(anfotericina B e itraconazol según esquema) y tratamiento local con colutorio de clorhexidina al 0,12% y 100.000 UI de nistatina en suspensión. Al momento del alta, presentaba una considerable mejoría de su estado general y de las lesiones orales, con disminución de sintomatología dolorosa. Se indicó turno para control a los 7 días de forma ambulatoria, al cual el paciente no asistió. El abordaje interdisciplinario y el análisis de los diferentes aspectos socioeconómicos, culturales, ambientales y sistémicos del paciente facilitaron el diagnóstico temprano de la enfermedad.

**Palabras clave:** Histoplasmosis, inmunosupresión, lesiones orales, mucosa bucal, VIH.

### Abstract

**Aim:** To describe the diagnosis and interdisciplinary treatment of a clinical case of histoplasmosis.

**Clinical case:** 39-year-old male patient with a history of drug abuse, alcohol, and chronic smoking, HIV+ without treatment compliance, attends the dental department referred by the medical department for the diagnosis of erosive lesions in the hard and soft palate, anterior alveolar ridge, lingual dorsum and tumor lesion in the anterosuperior gingiva. The definitive diagnosis was obtained by the analysis of transbronchial biopsy, bronchoalveolar lavage and skin lesion biopsy. The patient received systemic treatment with antifungals (amphotericin b, itraconazole according to protocol), and local

treatment with 0.12% chlorhexidine mouthwash and 100,000 IU nystatin suspension. At the time of medical discharge, the patient presented a considerable improvement in his general condition and of the oral lesions with a reduced pain. A 7 days recall was prescribed, however the patient failed to attend. The interdisciplinary approach to the patient and the analysis of the different socio-economic, cultural, environmental and systemic aspects of the patient facilitates the early diagnosis of the disease.

**Key words:** Histoplasmosis, HIV, immunosuppression, mouth mucosa, oral lesions.

### Introducción

La histoplasmosis es una micosis profunda producida por el hongo *Histoplasma capsulatum*, con localizaciones bucales muy frecuentes e importantes. Algunas características que ayudan a diagnosticarla son macroglosia, úlcera mediolingual, pérdida

de piezas dentarias, adenopatías y mal estado general.<sup>1</sup> La infección en los seres humanos y los animales se debe a la inhalación de las microconidias de la forma micelial de este hongo.<sup>2</sup> Es más frecuente en algunas regiones de América del Norte, América

Central, América Latina y algunas partes de África, generalmente en áreas rurales tropicales y templadas. Las zonas endémicas en Argentina son la Pampa húmeda, la zona Noroeste y el Gran Buenos Aires.<sup>3</sup> La infección primaria es habitualmente asintomática o benigna y tiende a curar espontáneamente.<sup>4</sup> Después de tres semanas del contacto infectante, la inmunidad mediada por células genera cambios en la respuesta inflamatoria, que regula la evolución de la infección y da origen a un amplio espectro de manifestaciones clínicas.<sup>2</sup>

La histoplasmosis puede presentarse como una infección diseminada con afección generalizada o involucrar un solo sitio. Se pueden observar casos más graves en pacientes con deficiencias inmunes, como los ancianos o las personas VIH positivas, en pacientes que se encuentran realizando un tratamiento prolongado con corticosteroides o inmunosupresores, en quienes padecen trastornos hematológicos (leucemia, linfoma), en personas que han recibido un trasplante de órgano y en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La biopsia puede ser el método más eficiente para arribar al diagnóstico, lo cual permite iniciar más rápidamente el tratamiento.<sup>4</sup>

Esta enfermedad es una de las principales causas de muertes relacionadas con el VIH en América Latina, y se asocia a una alta tasa de mortalidad anual de casos no diagnosticados. El principal diagnóstico diferencial de la histoplasmosis asociada al VIH es la tuberculosis.<sup>5</sup>

El tratamiento de la histoplasmosis con anfotericina B solo se recomienda como terapia inicial en los casos más graves. Para mejores condiciones clínicas, se indica un agente azol. El itraconazol es el fármaco de elección para tratar la histoplasmosis leve y moderada.<sup>6</sup>

El caso a describir conjuga diferentes aspectos cuyo resultado es una presentación particular de la patología descrita, la cual es de por sí infrecuente en el ámbito en el que se ha desarrollado.

El objetivo de este trabajo es informar un caso clínico de histoplasmosis evaluado por el Servicio de Odontología del Hospital Central de Mendoza, Argentina, y describir las múltiples lesiones orales y cutáneas.

## Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 39 años de edad, procedente de Rodeo del Medio, departamento de Maipú, provincia de Mendoza. Trabajador rural, analfabeto, sin antecedentes de viajes

fuera de la provincia, el paciente refiere consumo de marihuana, cocaína, alcohol y tabaco de manera crónica. Diagnosticado VIH+ en mayo del 2019, sin adherencia al tratamiento, acudió a la guardia del Hospital Central de Mendoza en mayo de 2020 con tos esporádica, odinofagia, disfagia, pérdida de peso significativa, sialorrea de varios meses de evolución con un considerable aumento en las últimas 72 horas. Al interrogatorio, refirió internaciones previas en otro nosocomio en los dos meses anteriores, con diagnóstico de candidiasis oral y esofágica. Estudios previos, con fecha de marzo de 2020, indicaron un recuento de linfocitos CD4 del 1% (valor absoluto: 14), momento a partir del cual había comenzado tratamiento antirretroviral. Al examen físico, presentó celulitis con ulceración en dedo medio de la mano derecha y lesiones orales en paladar duro, lengua y faringe, que no impresionaron candidiasis.

Los diagnósticos presuntivos al momento de la internación fueron tuberculosis pulmonar y micosis oportunista.

Se le realizó una tomografía computarizada de tórax que evidenció múltiples imágenes cavitadas bilaterales dispersas, sin respetar el parénquima pulmonar, lesiones micronodulillares, imágenes en llamas e infiltrado intersticial.

Ingresó al Servicio de Odontología por una interconsulta del Servicio de Clínica Médica para la evaluación de lesiones orales. Durante la inspección intraoral se observó edentulismo parcial, con elementos remanentes en malas condiciones (enfermedad periodontal, caries, abundante placa bacteriana y mala higiene oral), y lesiones orales dolorosas a la palpación, lo cual dificultó las maniobras clínicas. Al examinar el paladar, se detectó lesión erosiva-ulcerada, con aspecto vegetante, extendida a lo largo de la línea media a partir de reborde alveolar anterior y hacia fibromucosa de paladar duro y mucosa de paladar blando, y a lo ancho, hacia los lados, con bordes irregulares y eritematosos cubiertos por una pseudomembrana blanquecina que se desprendió al raspado, dejando un lecho ulcerativo. En encía queratinizada asociada al reborde edéntulo del elemento 12, se observó una lesión de aspecto tumoral vegetante, de coloración rojo violácea, con elementos blanquecinos de aspecto necrótico (fig. 1). Sobre cara dorsal de lengua a nivel del sector medio y posterior, se divisó ulceración de aproximadamente 5 cm de largo por 3 cm de ancho, de bordes irregulares, cubierta por pseudomembrana blanquecina con bordes irregulares eritematosos (fig. 2). En el centro



**Figura 1.** Ulceraciones en paladar duro, blando y lesiones vegetantes en reborde alveolar anterosuperior.

de la lesión se percibió una fisura en sentido antero-posterior, y rodeando la lesión se observó hipertrofia de las papilas filiformes, de coloración blanquecina (fig. 3).

Por indicación del Servicio de Clínica Médica y con el fin de arribar al diagnóstico definitivo, se realizó, bajo anestesia general y previo consentimiento escrito del paciente, un lavado broncoalveo-



**Figura 2.** Ulceración extensa en dorso lingual, cubierta por pseudomembrana.



**Figura 3.** Fisura en dorso lingual. Se evidencia hipertrofia de papilas filiformes.

lar (BAL) y una biopsia transbronquial mediante fibrobroncoscopía. Se obtuvieron fragmentos de mucosa bronquial sin particularidades. El contenido del BAL se envió para su análisis al Servicio de Bacteriología, el cual detectó levaduras citoplasmáticas compatibles con *Histoplasma spp.* En el mismo acto quirúrgico, se realizó una biopsia de lesión nodular en la mano derecha cuyo resultado fue inflamación crónica granulomatosa vinculable a infección con *Histoplasma spp.* por presencia de estructuras levaduriformes.

En conjunto con el Servicio de Otorrinolaringología, se decidió administrar colutorio de clorhexidina al 0,12% cada 12 horas por 7 días y 100.000 UI de nistatina en suspensión cada 6 horas por 7 días. Por decisión de los servicios de Clínica Médica e Infectología, a nivel sistémico se realizó tratamiento con 350 mg de anfotericina B liposomal en dextrosa en infusión lenta cada 24 horas, por vía endovenosa, de manera empírica durante 14 días. De acuerdo con el protocolo, se decidió rotar a itraconazol con dosis de carga de 200 mg cada 8 horas por 3 días y luego 200 mg cada 12 horas como tratamiento prolongado por un año, según la evolución de su condición de control de CD4 posterior.

Se realizó un control a los 14 días de iniciado el tratamiento con anfotericina B. El paciente refirió una notable disminución de la sintomatología dolorosa y una considerable mejoría de las lesiones orales (figs. 4 y 5).

Al momento del alta, el paciente se retiró con una mejoría del recuento de linfocitos CD4 del 4% (valor absoluto: 59). Se indicó un nuevo control con el Servicio de Odontología a los 7 días de forma ambulatoria, al cual el paciente no asistió.





**Figura 4.** Control a 14 días. Se observa mejoría clínica de ulceraciones en paladar duro y blando y de vegetaciones en reborde alveolar.



**Figura 5.** Control a 14 días. Mejoría clínica, con disminución de tamaño de ulceración.

## Discusión

La histoplasmosis es una micosis profunda producida por *Histoplasma capsulatum*, hallado en suelos ricos en nitrógeno, presente en guano de murciélagos y pájaros. Las zonas endémicas de esta patología en Argentina abarcan las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba y La Pampa. En el caso citado, aunque el paciente reside en el departamento de Maipú, provincia de Mendoza —es decir, en una zona que no es considerada endémica para esta patología—, y no presenta antecedentes de viajes, se desempeña como trabajador rural con manipulación de cultivos, lo cual aumenta el riesgo de exposición.

La clínica de la histoplasmosis se manifiesta principalmente de tres formas: pulmonar aguda, pulmonar crónica y diseminada progresiva. En general, pacientes sin compromiso inmunológico desarrollarán formas asintomáticas o leves. Aquellos individuos con alteraciones del sistema inmunológico —como los ancianos o las personas VIH positivas, pacientes que se encuentran realizando un tratamiento prolongado con corticosteroides o inmunosupresores, quienes padecen trastornos hematológicos (leucemia, linfoma), personas que han recibido un trasplante de órgano y pacientes con EPOC— pueden presentar histoplasmosis diseminada progresiva<sup>7</sup> con afectación de varios órganos y sistemas; así mismo, con alta frecuencia hay manifestaciones cutáneas y mucocutáneas. Cuando hay alteración de la mucosa oral, las zonas más afectadas son labios, paladar, lengua y encía, con lesiones de tipo ulcerativas, erosiones, nódulos y/o vegetaciones. En el presente caso clínico, el paciente —susceptible por su inmunosupresión por VIH— fue diagnosticado con histoplasmosis diseminada progresiva con afectación pulmonar, cutánea y de mucosa oral.

El diagnóstico de la histoplasmosis se puede realizar mediante métodos directos, como preparación en fresco y cultivo de hongos; este último, a pesar de su baja sensibilidad y de tener una tasa de crecimiento del hongo en el cultivo de hasta 6 semanas, es considerado el *gold standard* para el diagnóstico definitivo.<sup>5</sup> Otra forma directa son las tinciones especiales en muestras obtenidas de diferentes maneras (biopsias, secreciones respiratorias, etc.); estas constituyen el método más eficiente y rápido, lo cual permite un tratamiento oportuno. En cuanto a los métodos indirectos, pueden realizarse estudios serológicos para la detección de anticuerpos, pero no son de gran utilidad en pacientes con VIH.

Es preciso destacar el motivo por el cual, en este caso, no se tomó biopsia de lesiones orales: al momento de su ingreso al servicio, ya le habían sido practicadas las biopsias pertinentes en pulmón y lesión cutánea, de modo que se decidió no exponerlo a una nueva práctica invasiva de manera innecesaria mientras se esperaban los resultados. No obstante, es preciso tener en cuenta que la toma de biopsia de lesiones orales debe ser prioritaria para realizar el diagnóstico, siempre que el estado general del paciente así lo permita.

El tratamiento de la histoplasmosis depende de la presentación clínica. En casos asintomáticos, no es necesario indicar antimicóticos. En las histoplasmosis agudas, en las cuales los síntomas persisten más de un mes, el tratamiento se inicia con anfotericina B hasta lograr una mejoría clínica y continúa con itraconazol

por vía oral durante 6-12 semanas. En la forma pulmonar crónica, el tratamiento consiste en itraconazol durante 12-24 meses. En los pacientes con inmunosupresión que desarrollan histoplasmosis diseminada progresiva, el tratamiento se realiza con anfotericina B (0,7 mg/kg/día) durante 1-2 semanas, hasta alcanzar una mejoría clínica, seguido de 200 mg de itraconazol cada 8 horas los primeros tres días y, posteriormente, cada 12 horas durante 12 meses. Luego se puede continuar con una terapia de mantenimiento con la misma medicación hasta lograr una mejoría inmunológica, comprobada por un recuento de CD4 mayor a 200.<sup>8</sup> Este último protocolo de tratamiento es el que se le aplicó al paciente del caso clínico presentado.

Cualquiera sea el caso, es muy importante tener en cuenta los diferentes aspectos (socioeconómicos, culturales, ambientales y sistémicos) del paciente.

En los casos de histoplasmosis diseminada progresiva, al ser una patología que se desarrolla casi con exclusividad en personas inmunosuprimidas, es preciso determinar si existe alguna otra patología de base, para lo cual es necesario solicitar estudios complementarios, a fin de corroborar una posible infección por VIH, situación muchas veces desconocida por el paciente.

En relación con esto, la interrelación de diferentes especialidades permite intercambiar conceptos científicos y experiencias que facilitan el diagnóstico temprano de la enfermedad. Por eso es importante tener en cuenta al profesional odontólogo (en particular a aquellos que desarrollen actividades asistenciales en servicios de salud pública o centros de referencia de alta complejidad) como parte del equipo que abordará estas patologías, ya que muchas veces las primeras manifestaciones de la histoplasmosis se presentan en la cavidad oral.

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

#### Fuentes de financiamiento

Este artículo científico fue financiado exclusivamente por los autores.

#### Agradecimientos

A la Dra. Yanina Palazzolo, por su colaboración y el estímulo hacia los residentes del Servicio de Odontología del Hospital Central de Mendoza en beneficio de su formación académica.

#### Identificadores ORCID

DEI  0000-0002-1652-4883  
CNS  0000-0002-3994-4290  
MSF  0000-0002-3517-7549  
JV  0000-0001-6089-5051  
LM  0000-0002-0190-3485  
MAP  0000-0003-0751-3610  
MFP  0000-0003-4044-9497

## Referencias

1. Grinspan D. *Enfermedades de la boca*. 1ª ed., Buenos Aires, Mundi, 1975, pp. 1229-41.
2. Negroni R, Arechavala AI, Maiolo EI. Classical histoplasmosis in the immunosuppressive patient. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010 [citado el 22 de marzo de 2017];38:59-69. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2010/mc102b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2010/mc102b.pdf)
3. Souza BC, Munerato MC. Oral manifestation of histoplasmosis on the palate. *An Bras Dermatol* 2017;92:107-9. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175751>
4. Chroboczek T, Dufour J, Renaux A, Aznar C, Demar M, Couppie P, et al. Histoplasmosis: An oral malignancy-like clinical picture. *Med Mycol Case Rep* 2018;19:45-8. <https://doi.org/10.1016/j.mmcr.2017.11.001>
5. Negroni R. Manifestaciones cutáneo-mucosas de la histoplasmosis diseminada (histoplasmosis clásica o histoplasmosis capsulati). *Dermatol Argent* 2008 [citado el 24 de enero de 2019];14:104-12. Disponible en: [www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/download/30/16/92](http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/download/30/16/92)
6. Wierna A, Ansonnaud A, Soria A, González M. Histoplasmosis oral localizada: Reporte de un caso clínico en Tucumán, Argentina. *Rev Med Chile* 2010;138:586-9. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500009>
7. Fernández Andreu CC, Illnait Zaragoza MT, Martínez Machín G, Perurena Lancha MR, Monroy Vaca E. Una actualización acerca de histoplasmosis. [Histoplasmosis updating]. *Rev Cubana de Med Trop* 2011;63:189-205.
8. Tobón A. Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. *Infectio* 2012 [citado el 24 de julio de 2020];16:126-8. Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/584/564>

#### Cómo citar este artículo

Ialea DE, Soler CN, Faur MS, Viadana J, Manzur L, Palano MA, Puebla MF. Histoplasmosis. Informe de un caso. *Rev Asoc Odontol Argent* 2021;109:59-63. <https://doi.org/10.52979/raoa.1123>

#### Contacto

DARÍO EMMANUEL IALEA  
[emmanuelialea@gmail.com](mailto:emmanuelialea@gmail.com)  
Monseñor Verdaguier 257 (M5539DRE)  
Las Heras, Mendoza, Argentina