

Estudio de Caso

Histoplasmosis sistémica en paciente inmunosuprimido. Infección emergente a considerar en el paciente crítico: A propósito de un segundo caso en menos de un año

Julio Moscoso^{1,2}, Olga-Valentina Reyes^{1,2}, Francisca Ríos^{1,2}, Catalina Novoa¹, Carolina Galindo¹, Jorge Amador^{1,3*}.

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile, 2. Universidad de Chile, Santiago, Chile, 3. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

*Correspondencia: jamador@uc.cl

Introducción: La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa que se presenta principalmente en pacientes inmunosuprimidos causada por el hongo dimórfico, *Histoplasma capsulatum*. Esta patología no es endémica en nuestro país y se adquiere por inhalación de conidios (esporas micóticas) presentes en el polvo contaminado por fecas de aves. La infección inicial se desarrolla en los pulmones y suele permanecer localizada, pero puede diseminarse por vía hematogena a otros órganos si las defensas celulares del huésped no la controlan. La histoplasmosis tiene tres formas principales de presentación; primaria aguda, cavitaria crónica y diseminada progresiva. **Caso clínico:** Masculino, 30 años, venezolano, 3 años en Chile. Con antecedentes de diagnóstico reciente de herpes zóster ocular, un mes previo a hospitalización. Consulta por cuadro de 4 semanas de síntomas consecutivos, asociado a tos productiva, náuseas, vómitos, diarrea y fiebre 38°C. Se realiza exámenes, destacando pancitopenia, PCR Sars Cov2 (-) y ELISA para VIH (+) con CD4 <20 cel, CV: 830.000 copias. Mielograma compatible con Sd. Hematofagocítico severo, por lo que se indica corticoterapia con buena respuesta. Además, destaca VDRL reactivo recibiendo PNC benzatina. IgM VEB (-), IgG VEB (+), Criptococo (-), carga viral CMV > 300 copias, BK expectoración (-). Se indica TARV, evolucionando con rápido deterioro respiratorio y necesidad de VMI. Por sospecha de SIRS (síndrome de reconstitución inmunológica) se suspende TARV y se reinicia tratamiento con corticoides. TC tórax se observa a nivel de parénquima pulmonar, lesiones redondeadas centrales e imagen en vidrio esmerilado difuso. Estudio con LBA confirma PCR CMV (+), PCR universal de hongos (+), PCR para *Pneumocystis* (-) y PCR para TBC (-). Antígeno urinario (+) para histoplasmosis. Se inicia terapia con Ganciclovir, y Anfotericina Liposomal de inducción, realizando posteriormente traslape a Itraconazol para completar un año de tratamiento antifúngico. Paciente con buena evolución clínica, mejoría de su insuficiencia respiratoria y alteraciones hematológicas. Reinicia TARV sin otros incidentes, por lo que se decide alta hospitalaria. **Discusión y conclusión:** Se presenta este nuevo caso de histoplasmosis pulmonar diseminada en paciente inmunosuprimido con múltiples infecciones oportunistas. Esta grave patología no es habitual en nuestro país, pero dado el flujo migratorio, se hace cada vez más necesaria su sospecha como diagnóstico diferencial en el SDRA. Este caso clínico constituye el segundo en menos de un año en nuestra unidad tomando relevancia epidemiológica, además es interesante considerar la histoplasmosis pulmonar dentro del espectro del SIRS como se ha evidenciado en diversos estudios clínicos. Posterior al manejo con Anfotericina Liposomal y corticoterapia observamos rápida mejoría clínica, por lo cual podemos concluir que este antifúngico es el tratamiento de elección en la fase inicial de la enfermedad pulmonar severa por histoplasmosis.