

## Histoplasmosis ileal en un paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana

### *Ileal Histoplasmosis in a Patient Infected with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

Augusto Inocente Licetti<sup>1</sup>, Juan Aguirre Navarro<sup>2</sup>, Rosana Torres Alvarado<sup>2</sup>, Yuri Sifuentes Horna<sup>3</sup>, Eduardo Salas Vargas<sup>3</sup>

#### RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente varón de 23 años, con antecedente de ser portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), quien acude a Emergencia con dolor abdominal, diarrea crónica y pérdida de peso de 2 meses de evolución. En la radiografía de abdomen se observó distensión de asas intestinales con niveles hidro-aéreos dispersos, la ecografía de abdomen mostró meteorismo intestinal y líquido libre en cavidad. Después de 8 días de hospitalización se decide optar por intervención quirúrgica por presentar signos peritoneales, se realizó laparotomía exploratoria evidenciándose una perforación a 40 cm de válvula ileocecal cuyos bordes impresionaron como una lesión tumoral, se reseccó la perforación. En el estudio anatomopatológico se informa proceso inflamatorio crónico y reparación tisular prominente con severo infiltrado de linfocitos, plasmocitos y gran número de macrófagos parasitados, compatible con Histoplasmosis. La coloración Ácido Peryódico de Schiff (PAS) confirmó el diagnóstico. El "Histoplasmosis" intestinal es una lesión pseudotumoral que puede ser observada en pacientes con Histoplasmosis diseminada e inmunocomprometidos.

**Palabra clave:** Micosis, histoplasmosis. (DeSC)

#### SUMMARY

We report a case of a 23-year old HIV-infected man who presented to the Emergency Department with abdominal pain, chronic diarrhea and weight loss of two months duration. A plain X-ray film of the abdomen showed dilated small bowel loops with air-fluid levels, ultrasonography of the abdomen showed intestinal dilatation and the presence of fluid in the abdominal cavity. After 8 days being hospitalized we decided to perform surgery in this patient, because of the development of peritoneal signs. We performed an exploratory laparotomy, where a perforation 40-cm distant from the ileo-cecal valve was found, surrounded by a tumoral mass. The lesion was excised and the pathology examination showed the presence of chronic inflammation and tissue repair, with a severe lymphocyte, plasma cells and macrophage infiltration was found, compatible with histoplasmosis. This condition was confirmed when the samples were stained using PAS. Intestinal histoplasmosis is a pseudotumoral lesion that may be found in patients with disseminated histoplasmosis and immune suppression.

**Keywords:** Mycoses, histoplasmosis. (MeSH)

## INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa causada por un hongo dimórfico intracelular denominado *Histoplasma capsulatum*<sup>1</sup>; sólo es endémico en zonas tropicales, geográficamente está distribuido en los valles de Ohio, Missisipi y Missouri, en el Caribe, Centro y Sur América; en el Perú se encuentra en la Amazonia preferencialmente en Pucallpa, Tingo María e Iquitos<sup>2</sup>. El hábitat natural es el suelo. La infección se adquiere por inhalación de las microconidias (encontradas en las heces de aves y murciélagos)<sup>3</sup>, que llegan a los alveolos pulmonares donde son fagocitadas por los macrófagos alveolares quienes lo diseminan a todo el sistema fagocítico mononuclear. Es la micosis endémica más común en individuos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>4</sup>. Normalmente la infección es autolimitada en pacientes inmunocompetentes, pero se puede diseminar en pacientes inmunodeprimidos; en 70-80 % de pacientes con histoplasmosis diseminada existe afectación gastrointestinal, sin embargo, los síntomas son inespecíficos<sup>5</sup>. El diagnóstico en tejidos se puede confirmar, además del estudio con hematoxilina eosina, con la coloración PAS (ácido peryódico de Schiff) que forma grupos aldehído con los mananos y glucanos de las paredes celulares de los hongos, dándoles un color rojo o rosa intenso<sup>6</sup>.

Por otro lado, las lesiones en curación pueden generar un tejido de granulación excesivo llamado *granuloma exuberante*<sup>7</sup>, pudiéndose denominar con el sufijo OMA por su aspecto pseudotumoral y se describen a nivel intestinal con más frecuencia en la Enfermedad de Crohn y en la tuberculosis denominándose en este último tuberculoma<sup>8</sup>. Habiendo pocos casos descritos usando este sufijo para histoplasmosis gastrointestinal.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente con histoplasmosis de íleon, en el Hospital Sergio E. Bernales, Lima - Perú. Los datos clínicos se recolectaron directamente del paciente e historia clínica, el espécimen quirúrgico fue evaluado en el servicio de Anatomía Patológica del referido Hospital.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 23 años, natural de Huacho y procedente de Carabayllo, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria completa, trabaja en construcción civil. Antecedentes: portador de VIH/SIDA con tratamiento TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad). Dos semanas antes de su ingreso acude a consultorios externos por diarrea crónica y baja de peso de 8 Kg en dos meses, da positivo a VIH e inicia tratamiento TARGA. Posteriormente acude a la emergencia con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, asociada a vómitos postprandiales en dos

1. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica  
2. Médico Asistente del Servicio de Patología.  
3. Médicos Residentes del primer año Cirugía General del Hospital Nacional E Sergio Bernales

oportunidades, diarrea líquida sin moco ni sangre: 6 cámaras diarias; al examen físico, había signos de consunción y deshidratación, abdomen blando poco depresible, ruidos hidro-aéreos presentes, no se palpan masas, dolor a la palpación en epigastrio; Mac Burney negativo. Los exámenes auxiliares demostraron una anemia moderada (Hb 9,2g/dl), conteo de CD4: 78, CD8: 210. En las placas de abdomen simple se describe distensión gaseosa de asas intestinales con formación de niveles hidro-aéreos de distribución dispersa, planteándose suboclusión intestinal. Se decide hospitalizarlo en el pabellón de medicina; en la evolución, el dolor abdominal se mantiene estacionario con disminución de las deposiciones líquidas, se realiza una ecografía de abdomen en la que se describe meteorismo intestinal incrementado y líquido libre en cavidad abdominal. En su octavo día de hospitalización, el paciente presenta intenso dolor abdominal con signos peritoneales; se interconsulta al Servicio de Cirugía que plantea intervención quirúrgica de emergencia; se le realiza una laparotomía exploratoria encontrándose en cavidad abdominal secreción purulenta en un volumen de 2500 cc y una perforación a 40 cm de la válvula ileocecal de 1,5 cm de largo con bordes que impresionan tumoración, se procede a la resección de la perforación más lavado de cavidad y colocación de drenes, se envía la pieza a anatomía patológica que informa en la macroscopía: segmento de intestino delgado de 8,2 por 2,9 cm, serosa con áreas de hemorragia, a la apertura se observa perforación de 2 cm en borde antimesentérico (Ver Figura 1). A la microscopía: proceso inflamatorio crónico y reparación tisular prominente con severo infiltrado de linfocitos, plasmocitos y gran número de macrófagos parasitados compatible con histoplasmosis; se realiza coloración con PAS que confirma el diagnóstico (Ver Figura 2).



FIGURA 1: Lesión de aspecto infiltrativo que engrosa la pared ileal.

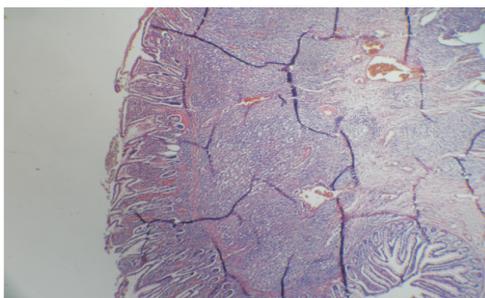


FIGURA 2: (a) Vista panorámica de corte de Íleon, se aprecia engrosamiento de pared por reparación e infiltrado inflamatorio prominentes, H-E (4x)

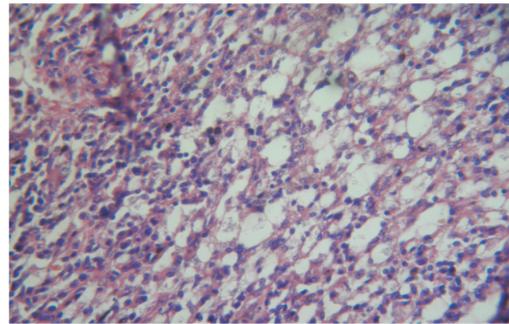


FIGURA 2: (b) Vista a mayor aumento donde resalta infiltrado histiocitario con microorganismos intracitoplasmáticos, H-E (40x)

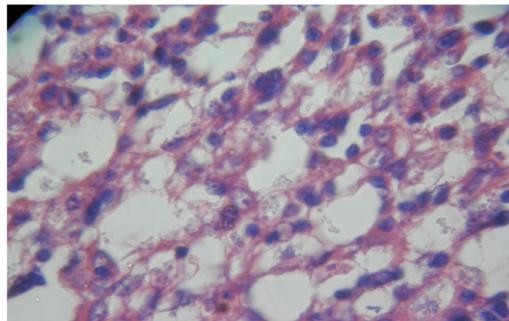


FIGURA 2: (c) Se aprecia con claridad microorganismos en el citoplasma de los macrófagos, algunos gemando, H-E (100x)

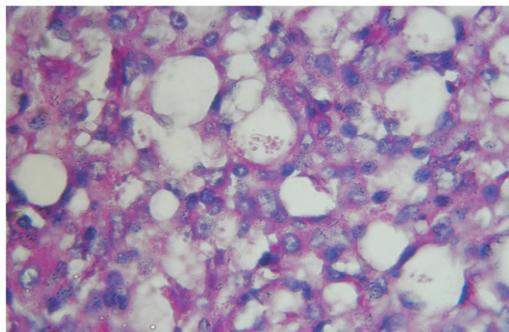


FIGURA 2: (d) Se aprecia microorganismos de *Histoplasma capsulatum*, con tinción rosa a rojiza, con halos, PAS (100x)

## DISCUSIÓN

Se hace referencia que este es el primer caso descrito de Histoplasmosis en el Servicio de Patología del Hospital Sergio E. Bernales, según revisión de archivos del mencionado servicio.

El paciente del presente caso debutó con síntomas abdominales inespecíficos que sugerían infección por patógenos entéricos; por lo que recibió tratamiento antibiótico, terapia que no mostró resultados. A la vez se planteó una tuberculosis intestinal como diagnóstico diferencial por lo que se le administró tratamiento anti Tuberculoso - esquema 1, pero la evolución rápida complicó el caso llevándolo a una perforación.

En los pacientes VIH positivos la Histoplasmosis varía entre 5 % a 32 % de prevalencia dependiendo de la endemicidad de la enfermedad; otro estudio, refiere que los niveles de CD4 deben estar entre 6 a 200 cell/ml<sup>9</sup> para que se produzca la infección por histoplasmosis.

En la histoplasmosis diseminada se ha descrito compromiso del tracto intestinal en 90 % de casos; sin embargo, sus síntomas inespecíficos como la diarrea y el dolor abdominal nos llevan a pensar en otros diagnósticos diferenciales, especialmente en áreas no endémicas<sup>10</sup> tal como fue en el presente caso.

La histoplasmosis del tubo digestivo afecta principalmente al íleon terminal y al colon. En un estudio de 52 pacientes con histoplasmosis gastrointestinal, se reportó que el 6 % presentó una masa obstructiva pseudotumoral<sup>11</sup>.

Las lesiones pseudotumorales son lesiones hiperplásicas que simulan un tumor, tanto en el estudio clínico, imágenes y en la evaluación anatomopatológica macroscópica. El informe post operatorio de este caso indica presencia de lesión de aspecto tumoral. Así mismo, se han reportado lesiones pseudotumorales a nivel de colon interpretándose como cáncer, llevando a un diagnóstico erróneo en pacientes con VIH<sup>12</sup>.

Es el estudio microscópico el que brinda el diagnóstico certero y definitivo. Un estudio menciona la existencia de cuatro patrones de microscopía, describiéndose al engrosamiento localizado con inflamación del intestino lo que puede confundir con cáncer<sup>13</sup>.

Los histoplasmosomas son frecuentes en otros órganos como huesos, cavidad oral y partes blandas<sup>14</sup>, pero no en intestino delgado por lo que este caso resulta ilustrativo. En la literatura han sido más descritos a nivel pulmonar que intestinal<sup>15</sup>.

Además, las lesiones pseudotumorales más frecuentes, a nivel de tubo digestivo, se presentan en la enfermedad de Crohn y en la tuberculosis intestinal y aún en estos casos es un patrón clínico poco frecuente (10 % de casos).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kauffman CA. Histoplasmosis: A clinical and Laboratory update. *Clin Microbiol Rev* 2007; 20:115-32.
2. Cañari L, Frisancho O, Palacios F, Palomina A, Carrera D y Yavar A. Hemorragia Digestiva Baja en Histoplasmosis Sistémica. *Enfermedades del Aparato Digestivo* 2002; 5(3):24-26.
3. Mims C. Et al. *Microbiología Médica*, 1<sup>a</sup> ed. Madrid: Mosby; 1999: 398 pp

4. Antinori S, Macni C, Nebulani M, et al. Histoplasmosis among human immunodeficiency virus-infected people in Europe: report of 4 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2006; 85:22-36

5. Assi M, McKinsey DS, Drinks MR, et al. Gastrointestinal Histoplasmosis in the acquired immunodeficiency syndrome: report of 18 cases and literature review. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2006; 55:195-201.

6. <http://es.scribd.com/doc/29029546/tinción-de-hongos>

7. Kumar V, Et al. *Patología Humana*, 8<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2008: 956 pp

8. Cosme A, Pardo E, Felipe F, Iribarren A. Dolor abdominal en paciente con infección por VIH. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 196-210.

9. Kathryn NS, Thanomsak A and Peter M. Gastrointestinal Histoplasmosis in patients with AIDS: Case report and review. *CID* 2001;32(1):483-491

10. Peppas D, Plumb I, Parcq J Du, et al. Gastrointestinal histoplasmosis in an HIV-infected patient living in a non-endemic area. *Inter Journ of STD & AIDS*. 2008; 19: 864-865.

11. Alva E, Vasquez J, Frisancho O, et al. Histoplasmosis colónica como manifestación diagnóstica de Sida. *Rev. Gastroenterol. Peru*; 2010; 30(2):163-166.

12. Bisceglia M, Fisher C, S Suster, Kazakov Dv, Cooper K, Michal M. Lesiones pseudotumorales y tumorales de los tejidos Blandos, superficiales y somáticos: nuevas entidades y nuevas variantes de antiguas entidades registradas durante los últimos 25 años. *Pathologica*. 2004; 1:9-17

13. Panchabhai TS, Bais RK, Pyle RC, Mitchell CK, Arnold FW. An Apple-core Lesion in the Colon: An Infectious Etiology. *J Glob Infect Dis*. 2011 Apr; 3(2):195-8.

14. Sehgal S, Chawla R, Loomba PS, Mishra B. Gastrointestinal histoplasmosis presenting as colonic pseudotumour, *Indian J Med Microbiol*. 2008 Apr-Jun;26(2):187-9.

15. Otrók T, Tabriz S, Krishnan S, Chokhvatia S. Colonic histoplasmosis in an immunodeficient patient. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95: 2593

## CORRESPONDENCIA

Rosana Torres Alvarado  
[rosana\\_torres@hotmail.com](mailto:rosana_torres@hotmail.com)