

Universidad Del Sureste
Campus Comitán

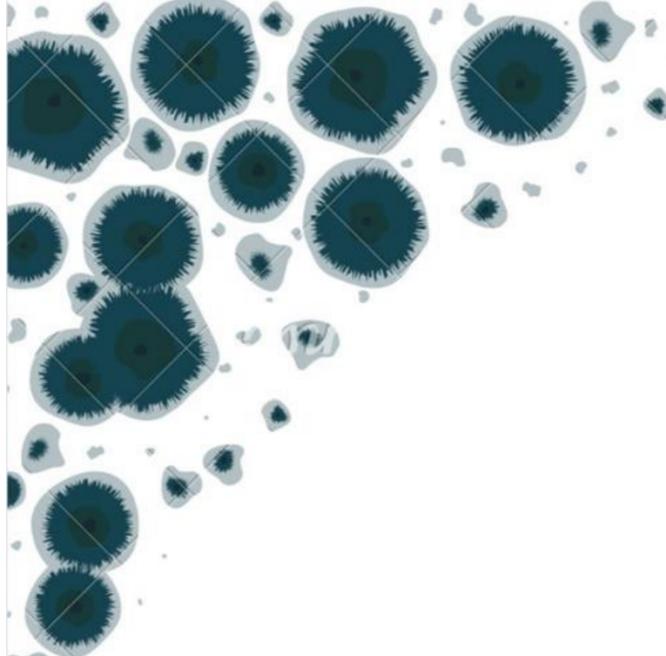


Histoplasmosis

Enfermedades infecciosas, Dr. Agenor Abarca Espinosa

Jhoana Arreola, Yessica Gusmán

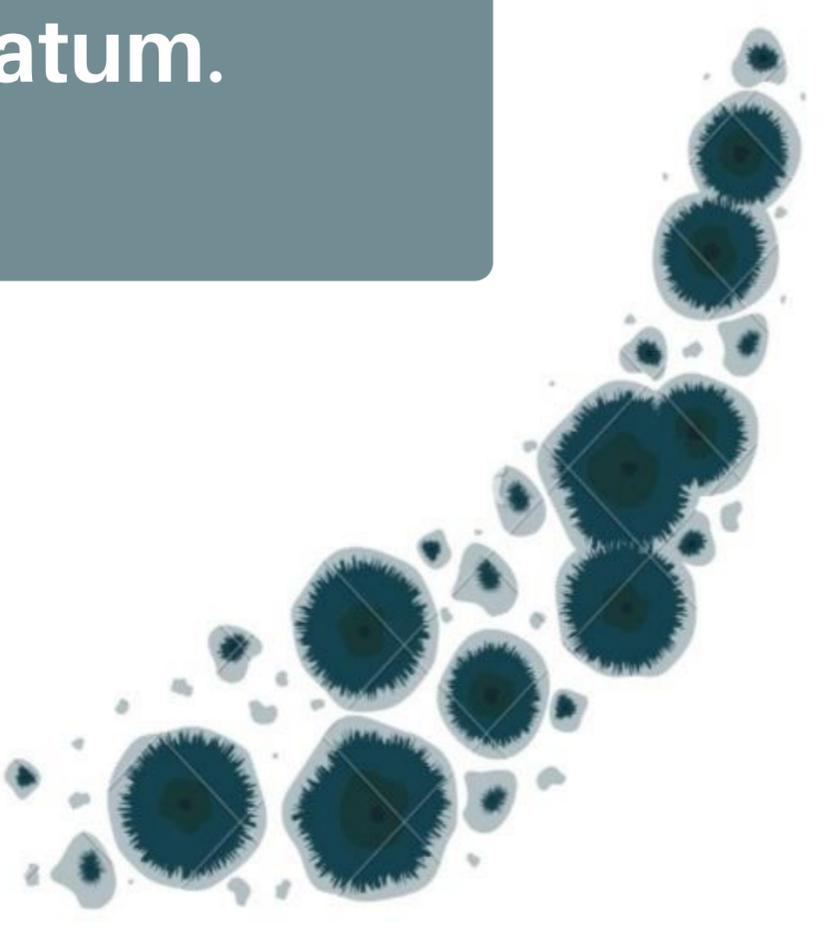
Mayo 2023



Histoplasmosis

Infección micótica granulosa tosa sistémica, causada por un hongo dimorfo denominado **Histoplasma capsulatum**.

Pronóstico y evolución variable



Historia

Descrita por primera vez en 1905 por Samuel Darlin. Consideró al agente etiológico como un protozoario y lo denominó *Histoplasma capsulatum*.

En 1929, Dood y De Mombreum lograron el crecimiento del MO concluyendo que se trataba de un hongo.

Historia

Primer aislamiento del hongo de la naturaleza fue hace por Emmons en 1949.



Sobre el suelo de las cavernas y minas.

Epidemiología

- Endémico en regiones de clima tropical y templado
- Hombres:mujeres 4:1

Temperatura y humedad altas



Agente causal

Tres especies de Histoplasma

H. capsulatum	H. duboisii	H. farciminosum
Americana	Africana	Equinos

Levaduras

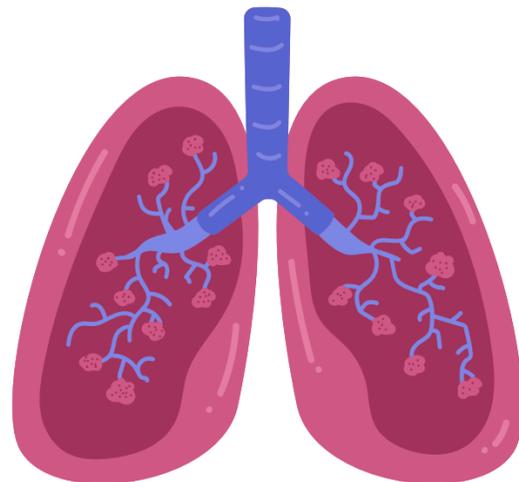
Factores óptimos: Temp. 22 - 29 °C, humedad relativa 67- 87%.

Desarrollo óptimo en suelos con alto contenido de nitrógeno y guano de aves domésticas/silvestres/murciélagos.

Transmisión

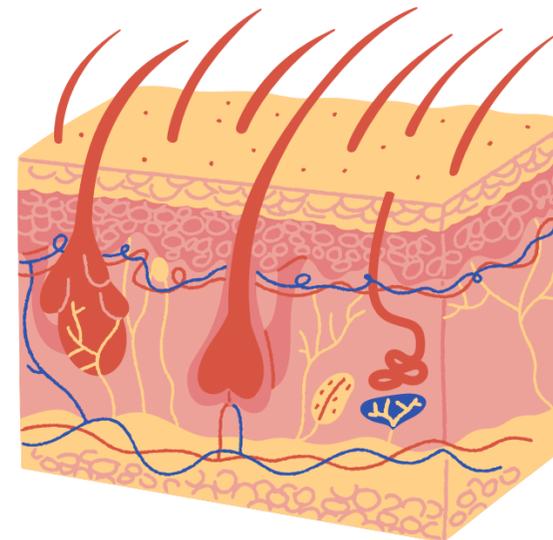
Vías respiratorias

Regularmente



Vía cutánea

Esporádicamente



Factores de riesgo

Trabajos desempeñados en espacios cerrados y oscuros, exposición frecuente a nitrógeno, manipulación de agentes microbiológicos, actividades desempeñadas en cuevas.

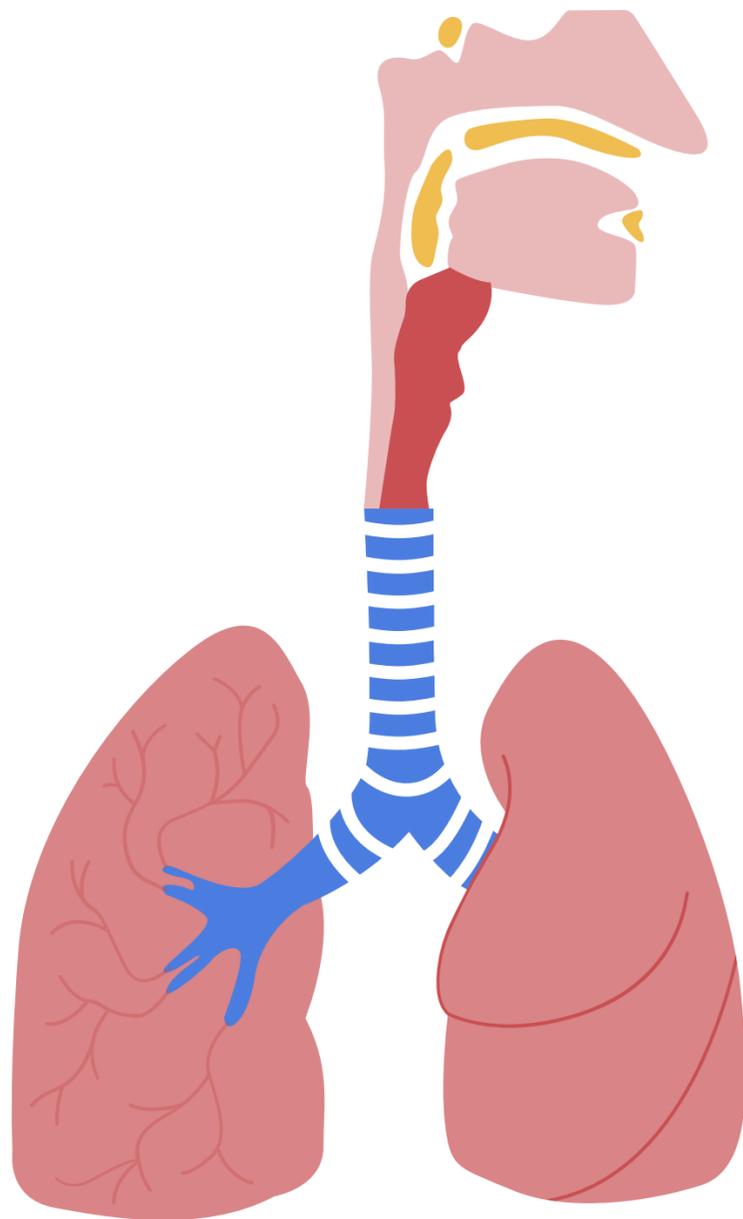


Factor predisponente

Inmunodeficiencias:
DM, tumores sólidos, linfomas,
leucemias, corticoterapia,
alcoholismo, SIDA



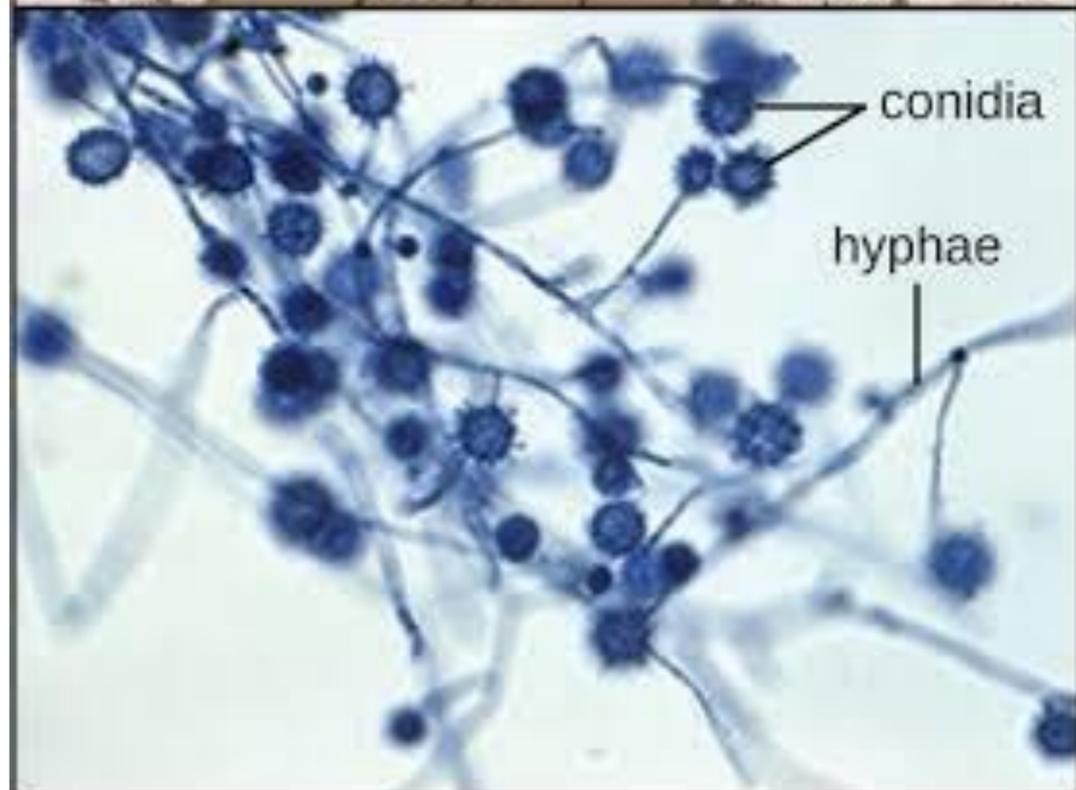
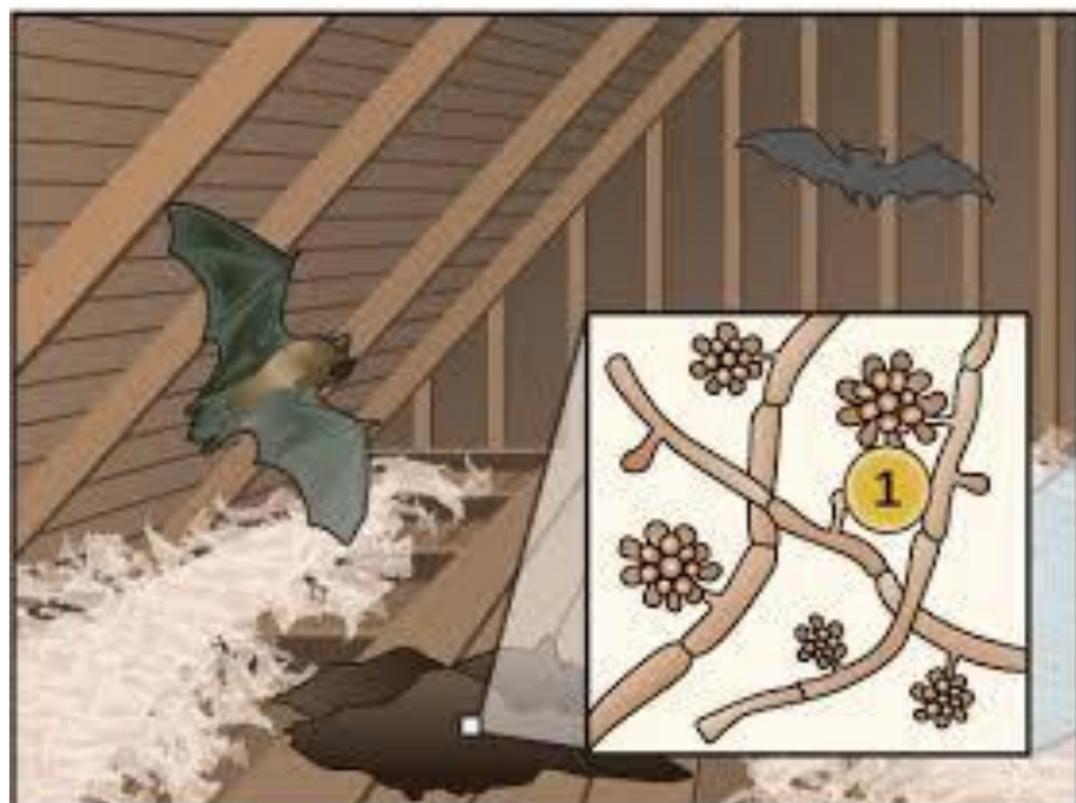
Patogenia



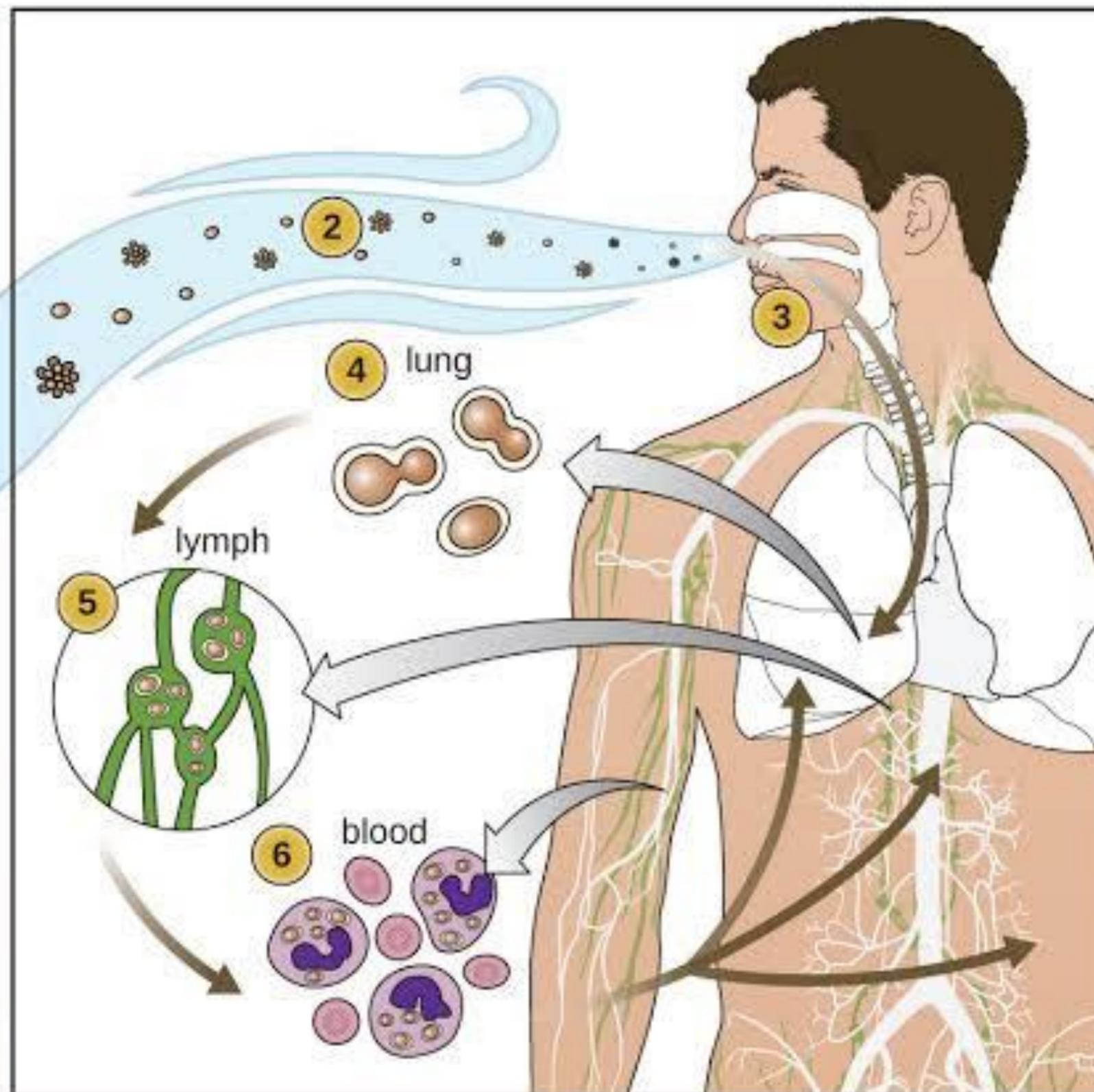
- Ingreso a vía de entrada
- Punto de partida: alvéolos
- Ingestión por los MCF tisulares
- Transformación en levaduras
- Multiplicación
- Lisis MCF
- Progresión

Diseminación a otros órganos

environmental form



host-associated form



Manifestaciones clínicas

1. Histoplasmosis primaria (4 tipos)

H. Asintomática

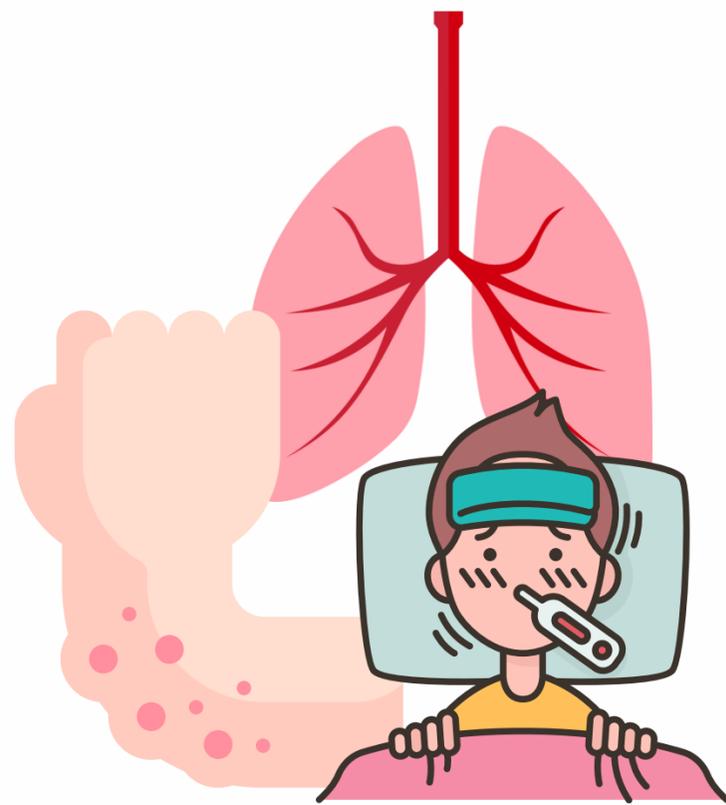
Detectable por prueba +

H. Pulmonar Aguda

- Síntomas leves
- Decaimiento
- Fiebre
- Cefalea
- Mialgias/artralgias
- Disnea
- Tos con expectoración
- Dolor torácico
- Erupción tipo eritema

H. Pulmonar Crónica

- Escalofríos
- Tos con sangre, moco o pus
- Dificultad respiratoria
- Pérdida de peso



Manifestaciones clínicas

1. Histoplasmosis primaria (4 tipos)

H. Cutánea Primaria



Acompañado de adenopatía satélite



Lesión única de aspecto chancriforme

Manifestaciones clínicas

2. Histoplasmosis diseminada (3 tipos)

Aguda

- Adelgazamiento progresivo
- Fiebre
- Astenia/adinamia
- Anorexia
- Diarrea/Vómitos
- Hepatoesplenomegalia
- Anemia
- Lesiones cutáneas (nódulos moluscoides que se transforman a úlcera)

Subaguda

- Pérdida de peso
- Fiebre prolongada
- Anorexia
- Diarrea
- Lesiones cutáneas (pápulas 2-4mm, se úlceras en el vértice y cubre una costra serohemática)

Crónica

- Curso indoloro
- Lesiones focales
- Úlceras orales o faringeadas



Histoplasmosis y SIDA

Infección oportunista

Forma diseminada aguda

Mal pronóstico



Diagnóstico

Examen directo

poco útil

Cultivo

28°C hasta por 6 semanas

Biopsia

Rx inflamatoria c/PMN y MCF

Pruebas serológicas

Análisis de
antígeno urinario

Enf. Diseminada en px con VIH/SIDA

Pruebas moleculares

PCR



Diagnóstico diferencial

TB Pulmonar

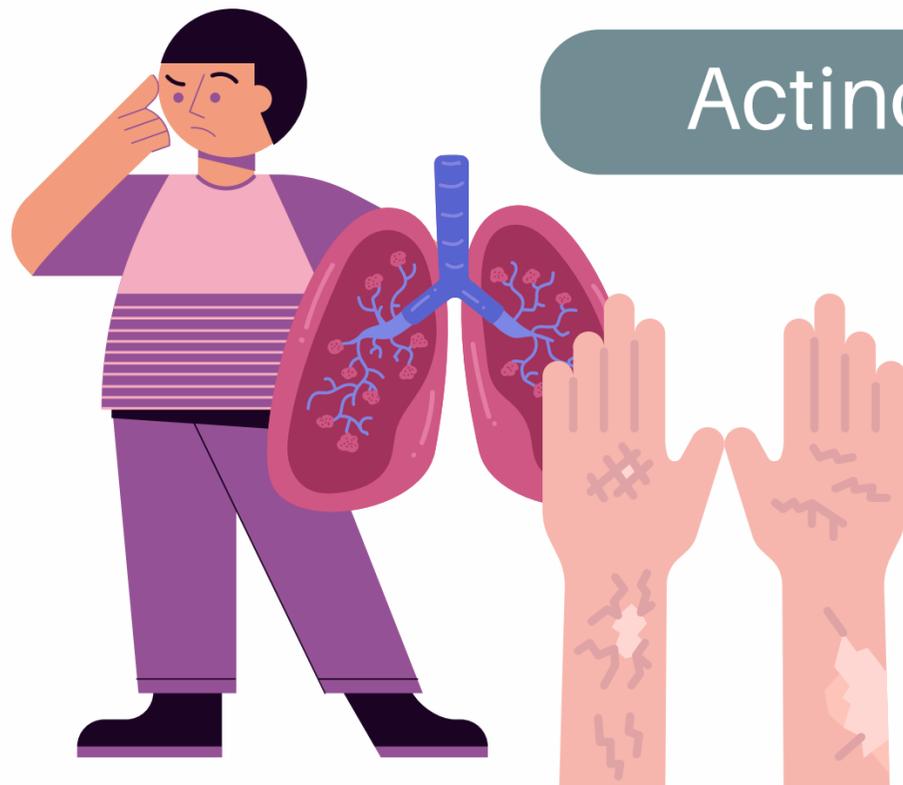
Mononucleosis infecciosa

Coccidioidomicosis

Criptococosis

Actinomicosis

Neumonía



Tratamiento

Anfotericina B

Liposomal y convencional

Itraconazol

DI: 200 mg 3 veces/d x 3 d.
DM: 200 mg 2 veces/d de 6 a 8 m.

Ketoconazol

DI: 400 mg c/24 h x 3 d.
DM: 200 mg c/24 o 12 h.

Fluconazol

DI: 800 mg/d.
DM: 400 mg/d.

Voriconazol

DI: 6 mg/kg/día
DM: 3 - 4 mg/kg/día

Posaconazol

D: 800 mg/día en 2 tomas

Sulfametoxipiridazina y
sulfametoxidiazina

D: 1 - 1.5 g/día

SMX/TMP

D: 400/80 mg día
1 a 2 años

Depende de las manifestaciones clínicas, así como de las patologías asociadas

Complicaciones

Obstrucción
bronquial,
traqueal o
esofágica

Calcificaciones
pulmonares,
hepáticas y
esplénicas

Histoplasmosis
del SNC

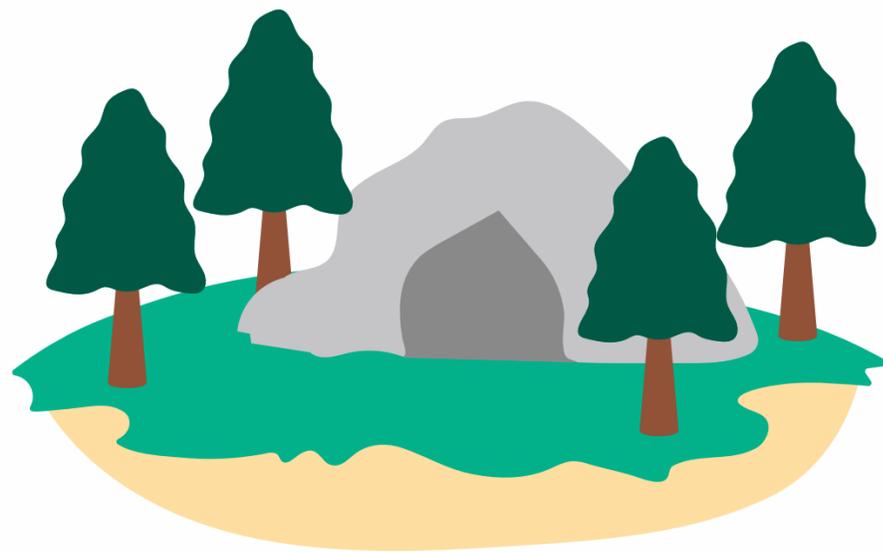
Hipo calcemia
debida a la
anfotericina B

Falla renal y
distribución
hepática

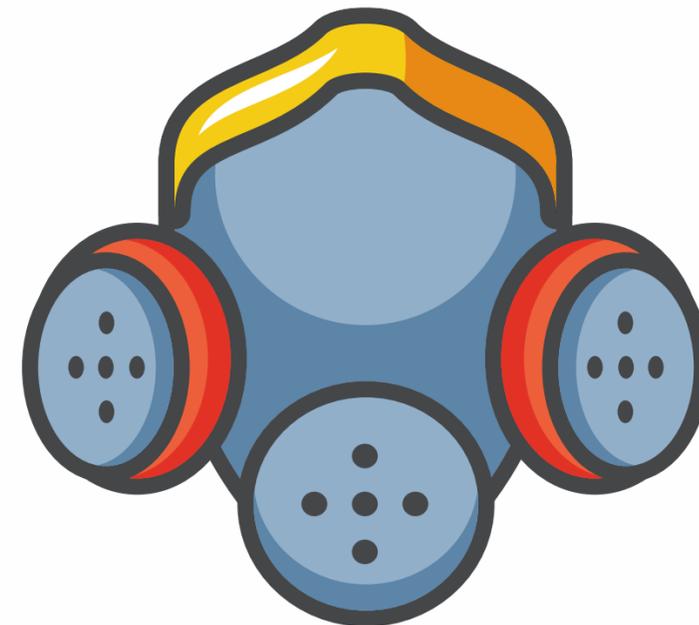
Mediastino
fibrosante

Prevención

EVITAR contacto



Equipo de protección



Desinfectantes*

Referencias bibliográficas

Sánchez-Saldaña L., Galarza J. & Cortéz-Franco F. (2010). Infecciones micóticas sistémicas o profundas: Histoplasmosis. Rev. Dermatol Perú. Vol. 20 (1). Recuperado de: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v20_n2/pdf/a08v20n2.pdf