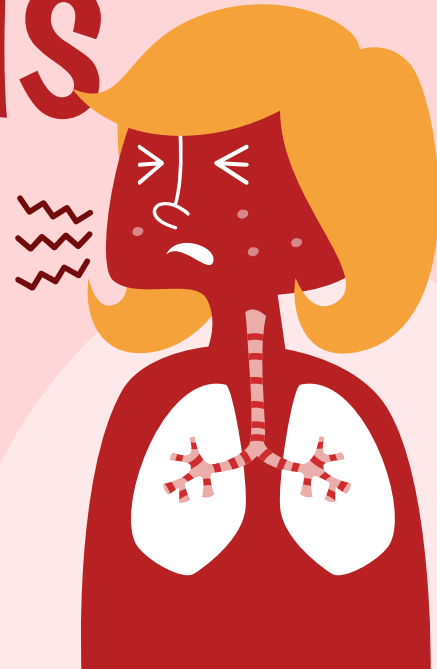


HISTOPLASMOSIS

Presentado por: Arguello Tovar Avilene del Rocío y
Galindo Villarreal Brenda Nataly

Universidad del Sureste, 6° B

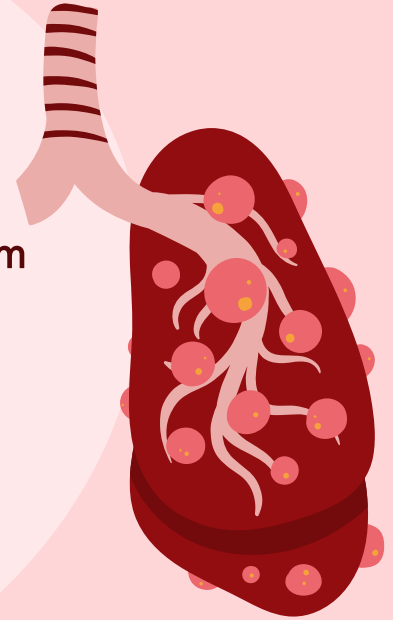
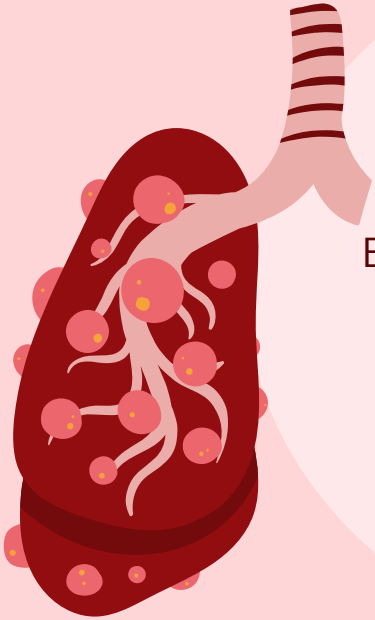


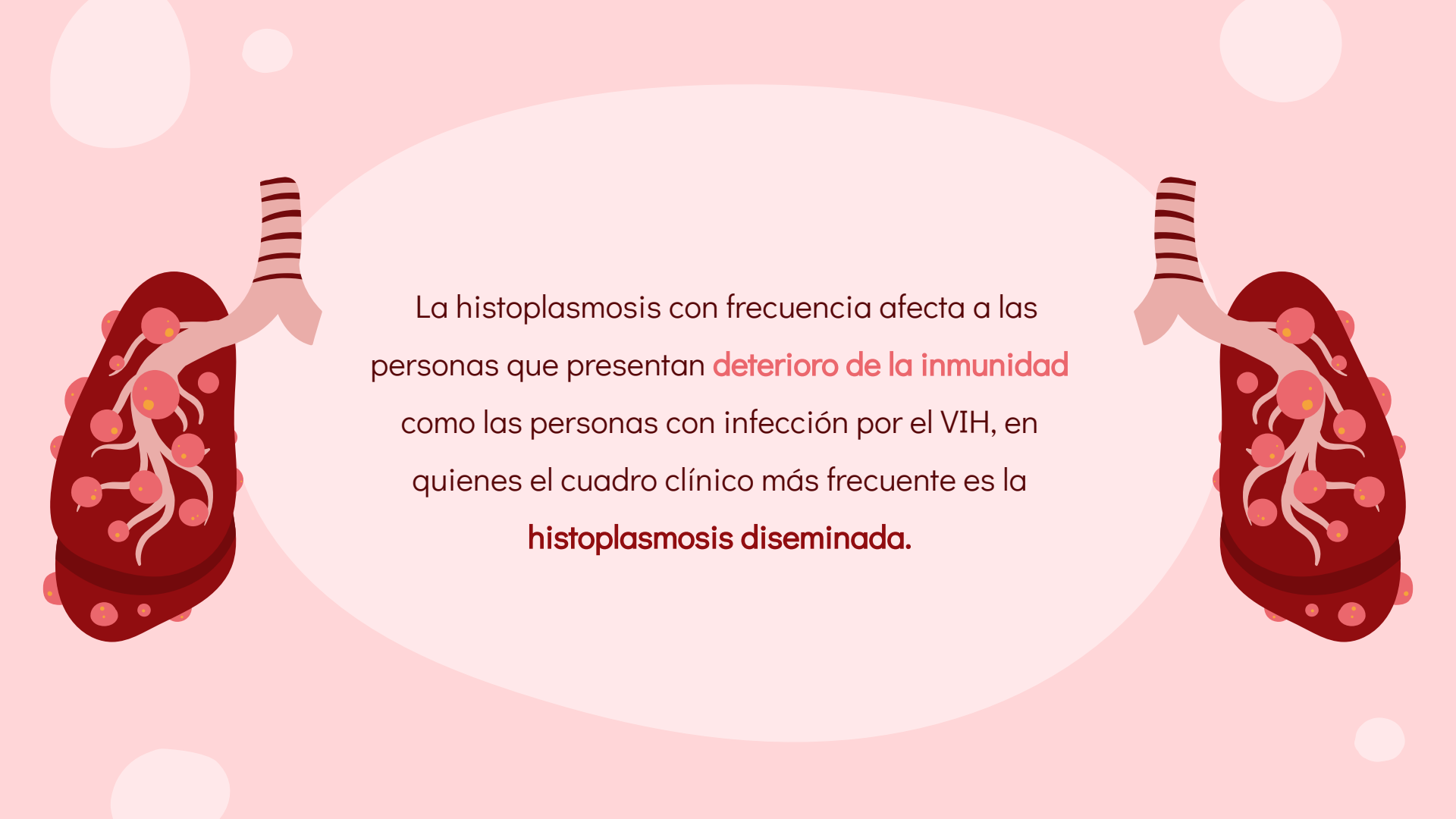
INTRODUCCIÓN

Enfermedad causada por el hongo **Histoplasma capsulatum** y es sumamente endémica en algunas zonas de

- América del Norte
- América Central
- América del Sur

Se notifican casos en algunos países de Asia y África.





La histoplasmosis con frecuencia afecta a las personas que presentan **deterioro de la inmunidad** como las personas con infección por el VIH, en quienes el cuadro clínico más frecuente es la **histoplasmosis diseminada.**



Es una de las infecciones oportunistas más frecuentes causadas por **patógenos fúngicos** en personas con infección por el VIH en la Región de las Américas y es posible que sea responsable de **5% a 15% de las muertes relacionadas con el SIDA cada año** en esta Región.

01

HISTOPLASMOSIS



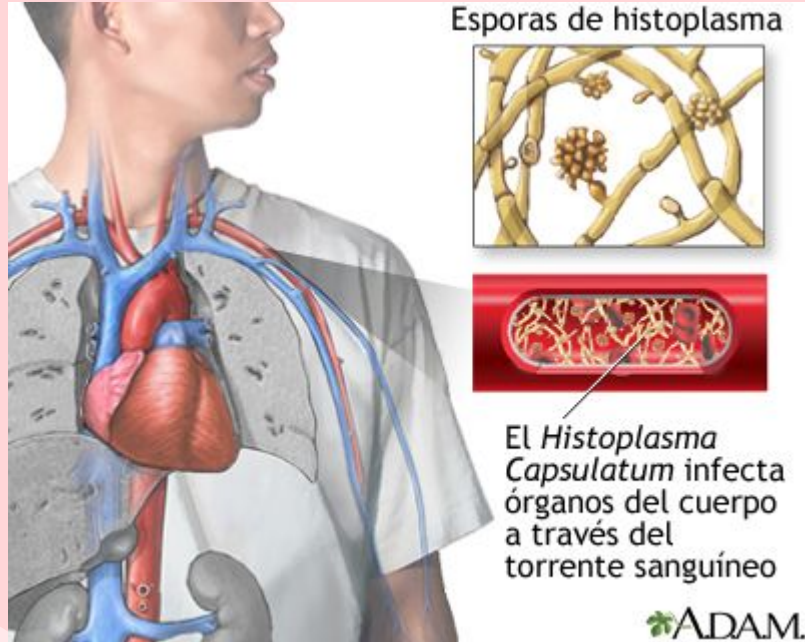
TRANSMISIÓN

La infección resulta por exposición pasiva al hongo, el cual se encuentra presente en suelos enriquecidos con **excretas de aves y guano de murciélagos**.

Ocurre como resultado de los aerosoles producidos durante actividades ocupacionales o recreacionales tales como

1. **limpieza de corrales de aves y de áticos**
2. **restauración de edificios antiguos**
3. **remoción de tierra**
4. **tala de árboles**
5. **visita a cuevas habitadas por murciélagos.**

Epidemiología



Compromete más a **hombres** que a mujeres, con una relación de **6:1**.

Suele presentarse en todas las edades, pero es **más severa en niños, personas mayores y en aquellos con algún tipo de inmunodeficiencia**, especialmente en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las cuales son más jóvenes.

El sida ha tenido un impacto importante en la epidemiología de la histoplasmosis, anotándose una **incidencia global de coinfección del 0,9%**, si bien en áreas endémicas puede llegar hasta el 27%.

Adicionalmente, en el 29% de los casos, la histoplasmosis se considera una **enfermedad definitoria de sida**. A pesar de la importancia de la terapia antirretroviral altamente efectiva, que reduce significativamente la frecuencia de esta micosis, esta continúa presentándose como una **infección oportunista grave**, frecuente en pacientes que desconocen estar infectados por el VIH y quienes, por consiguiente, están sin terapia antirretroviral altamente efectiva.

Factores de Riesgo (Grave)

Exposición prolongada e intensa

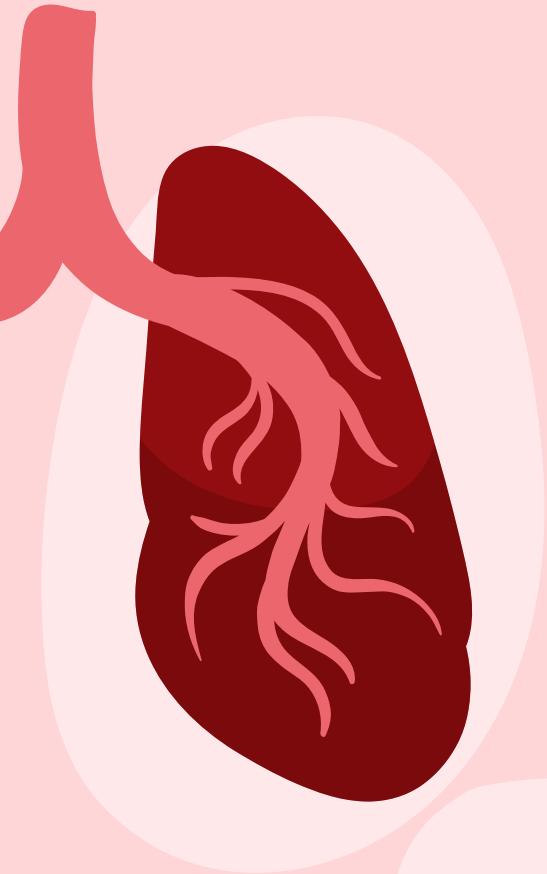


Edad \geq 55 años

Infancia



Inmunidad mediada por células T comprometidas



La infección inicial se desarrolla en los pulmones y suele permanecer localizada, pero puede diseminarse por vía hematógica a otros órganos si las defensas celulares del huésped no la controlan.

- La histoplasmosis generalizada progresiva es una de las infecciones oportunistas que definen al sida.**



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA HISTOPLASMOSIS

La mayoría de las infecciones por histoplasmosis son asintomáticos o tan leves que los pacientes no solicitan atención médica



Histoplasmosis primaria aguda

Es un SX que se manifiesta con fiebre, tos, mialgias, dolor torácico y malestar general de intensidad variable.

En ocasiones, se desarrolla neumonía aguda (que se evidencia en la exploración física y la radiografía de tórax).



Histoplasmosis cavitatoria crónica

Se caracteriza por lesiones pulmonares muchas veces apicales, que se asemejan a una tuberculosis cavitaria.

Las manifestaciones consisten en tos y disnea progresivas, que incluso pueden culminar en una disfunción respiratoria discapacitante. La enfermedad no se disemina.



Histoplasmosis diseminada progresiva

Se caracteriza por el compromiso del sistema reticuloendotelial, con hepatoesplenomegalia, adenopatías, compromiso de la médula ósea y, en ocasiones, úlceras bucales o digestivas.

Histoplasmosis Diseminada Progresiva

La evolución suele ser subaguda o crónica, con sólo síntomas inespecíficos y con frecuencia sutiles (p. ej., fiebre, cansancio, pérdida de peso, debilidad, malestar general).

En los pacientes infectados por HIV, puede provocar un agravamiento inexplicable de su estado. El sistema nervioso central puede verse comprometidos, con meningitis o lesiones encefálicas localizadas. La infección suprarrenal es inusual, pero puede ocasionar enfermedad de Addison.

La neumonía grave también es infrecuente, pero los pacientes con sida pueden desarrollar una neumonía aguda grave con hipoxia que sugiere una infección por *Pneumocystis jirovecii*, además de hipotensión arterial, alteraciones del estado mental, coagulopatía o rabdomiólisis.



EXAMEN DIAGNÓSTICO

Examen directo

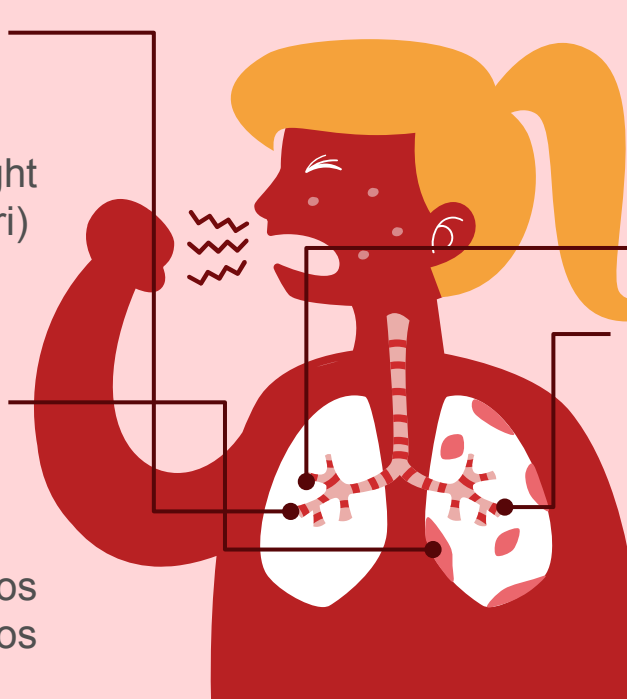


Tinción de Wright
(Grocott/Gomori)

Cultivos



estudio de
especímenes
clínicos repetidos
y bien colectados



Detección de antígenos del hongo

orina
(antigenuria)



Detección de anticuerpos en suero y de líquido cefalorraquídeo

pruebas
serológicas



Extendidos de sangre, exudados de lesiones mucocutáneas, colecciones purulentas o muestras respiratorias debidamente tratadas, así como la coloración de plata metenamina (Grocott/Gomori) de las muestras de tejido pueden mostrar las levaduras y son útiles en pacientes con patologías de variado tipo.

Aseguran el diagnóstico definitivo de histoplasmosis, solo que el hongo tarda en crecer entre 4y 6 semanas, lo que impide la pronta instauración del tratamiento específico. El estudio de especímenes clínicos repetidos y bien colectados, así como el uso de varios medios de cultivo permiten el aislamiento de *H. capsulatum* en cerca del 70% de los casos dependiendo de la forma clínica, con cifras más bajas en la aguda, intermedias en la crónica y mayores en la diseminada progresiva.

En pacientes con formas pulmonares crónicas severas, la sensibilidad es del 75%, pero solo alcanza un 10-20% en las formas leves y durante la primoinfección. La prueba también puede realizarse en lavados broncoalveolares de pacientes con sida. En el sistema nervioso central, la detección del antígeno es menos sensible que la de anticuerpos. La medición de antígenos también puede ser usada para controlar la evolución del tratamiento y que los niveles disminuyen con la terapia y persisten elevados cuando se presentan fallas en el tratamiento. Incrementos mayores de 4 unidades indican una recaída de la enfermedad.

Pronóstico de la histoplasmosis

La forma primaria aguda de la histoplasmosis casi siempre es autolimitada, muy rara vez provoca la muerte como resultado de una infección masiva.

La histoplasmosis cavitaria crónica puede provocar la muerte debido a insuficiencia respiratoria grave.

La histoplasmosis diseminada progresiva no tratada se asocia con una tasa de mortalidad > 90%.

TRATAMIENTO



No requiere de TX

En presencia de
infección leve o
moderada

Itraconazol



Tratamiento

- En presencia de infección grave, **anfotericina B**

Histoplasmosis primaria Aguda

- La histoplasmosis primaria aguda no requiere antimicóticos, salvo que no se observe mejoría espontánea después de 1 mes
- ***Se indican 200 mg de itraconazol por vía oral 3 veces al día durante 3 días, y después 1 vez al día durante 6 a 12 semanas.***
- El ***fluconazol es menos eficaz***
- La neumonía grave requiere terapia agresiva con anfotericina B

Tratamiento

Histoplasmosis cavitaria crónica

La histoplasmosis cavitaria crónica se trata con itraconazol 200 mg por vía oral 3 veces al día durante 3 días, y luego 1 o 2 veces al día durante 12 a 24 meses. En presencia de enfermedad grave o ante la falta de respuesta o de tolerancia al itraconazol, deben usarse otros azoles o anfotericina B.

Tratamiento

Histoplasmosis diseminada grave

En la histoplasmosis diseminada grave, el tratamiento de elección es anfotericina B liposomal en dosis de 3 mg/kg por vía intravenosa 1 vez al día (preferentemente), o anfotericina B en dosis de 0,5 a 1 mg/kg por vía intravenosa 1 vez al día durante 2 semanas o hasta que el paciente esté clínicamente estable.

Los px pueden pasar luego a recibir 200 mg de itraconazol por vía oral 3 veces al día durante 3 días, y luego 2 veces al día durante 12 meses, una vez que descienda la fiebre y desaparezca la necesidad de soporte ventilatorio o vasopresor.

En la enfermedad diseminada leve, pueden indicarse 200 mg de itraconazol por vía oral 3 veces al día durante 3 días, y luego 2 veces al día durante 12 meses.

Tratamiento

En los pacientes con sida, debe administrarse itraconazol en forma indefinida para prevenir las recidivas, o hasta que el recuento de linfocitos CD4 sea $> 150/\text{mL}$.

Las concentraciones sanguíneas de itraconazol y los niveles sanguíneos o urinarios del antígeno de *Histoplasma* deben ser controlados durante la terapia.

El fluconazol puede ser menos eficaz, pero el voriconazol y el posaconazol son muy activos contra *H. capsulatum* y pueden ser eficaces para el tratamiento de los pacientes con histoplasmosis. Se requieren más datos y experiencia para identificar el fármaco más apropiado en cada situación clínica

REFERENCIAS

- Tobón, Á. U. (2012). Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. *Infectio*, 16, 126-128.
[https://doi.org/10.1016/s0123-9392\(12\)70039-5](https://doi.org/10.1016/s0123-9392(12)70039-5)

THANKS!



Do you have any questions?

youremail@freepik.com

+91 620 421 838

[yourwebsite.com](#)

CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), including icons by [Flaticon](#), infographics and images by [Freepik](#)

[Please keep this slide for attribution](#)

