



Arguello Tovar Avilene Del Rocío

Dr. Abarca Espinosa Agenor

Resumen

Enfermedades Infecciosas

PASIÓN POR EDUCAR

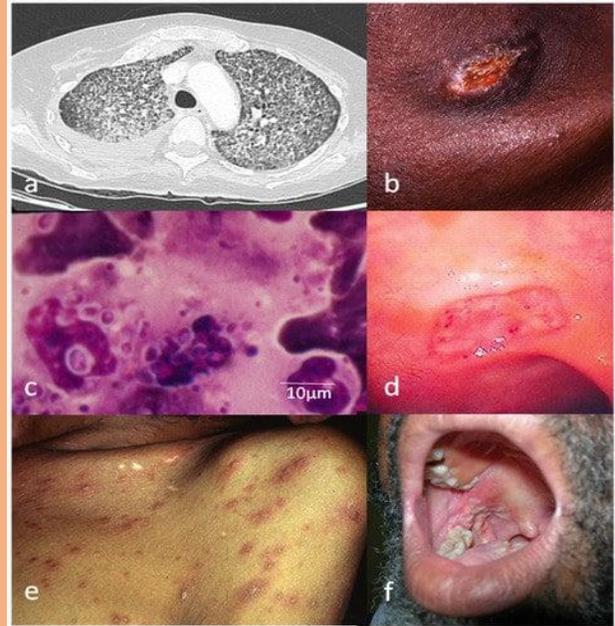
6° B

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de Mayo del 2023

HISTOPLASMOSIS

- ¿Qué es?

Es una infección micótica endémica y sistémica producida por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum* variedad *capsulatum*, frecuente en las Américas. La infección resulta por exposición pasiva al hongo, el cual se encuentra presente en suelos enriquecidos con excretas de aves y guano de murciélagos. Tal exposición ocurre como resultado de los aerosoles producidos durante actividades ocupacionales o recreacionales tales como limpieza de corrales de aves y de áticos, restauración de edificios antiguos, remoción de tierra, tala de árboles y visita a cuevas habitadas por murciélagos.



- Clasificación

Histoplasmosis pulmonar aguda

El resultado usual de la exposición a *H. capsulatum* por un hospedero sano resulta en una infección autolimitada usualmente asintomática o con síntomas leves, tipo gripal. Por el contrario, si el inóculo contenía un número elevado de conidias, la exposición resultará en enfermedad respiratoria aguda, aun en una persona inmunocompetente. Esta forma está caracterizada por tos seca, fiebre, escalofríos, dolor torácico y fatiga, desarrollo de eritema nodoso y artralgias. Estos casos requieren tratamiento pues, usualmente, no se autolimita y puede conducir a falla respiratoria aguda. Su diagnóstico se establece primordialmente por hallazgos clínicos y epidemiológicos, ya que los exámenes de laboratorio suelen ser negativos en etapas tempranas de la primoinfección.

Histoplasmosis pulmonar crónica

Se trata de un proceso crónico que se presenta regularmente en pacientes con enfermedad pulmonar de base y que se manifiesta por fatiga, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, empeoramiento de los síntomas respiratorios previos, con disnea, tos con producción de esputo y, algunas veces, hemoptisis. Radiológicamente, se caracteriza por la formación de cavernas y fibrosis progresiva asentadas en lóbulos superiores, cuadro que semeja tuberculosis, enfermedad con la que se la confunde de forma regular. Las pruebas de laboratorio (coloraciones tipos Wright, cultivos y serologías) son casi siempre positivas, y por lo tanto, resultan efectivas en el establecimiento del diagnóstico.

Histoplasmosis diseminada progresiva

La enfermedad puede desarrollarse por reactivación de una antigua infección que dejó focos donde el hongo se encontraba latente pero viable, o bien, representar la diseminación de una nueva infección ocurrida en pacientes con alteración del sistema inmune, como lo son personas en los extremos de la vida, aquellos infectados con el VIH que tienen menos de 150 CD4 células/ μ L, los sometidos a terapia con corticosteroides o también con antagonistas del factor de necrosis tumoral α . El curso clínico de esta forma de histoplasmosis puede ser agudo con falla multiorgánica y coagulopatía de consumo que llevan a la muerte. Una forma subaguda, frecuente en los pacientes infectados por el VIH, se presenta con sudoración, pérdida de peso, fiebre, síntomas respiratorios, hepato-esplenomegalia, crecimiento ganglionar y lesiones de piel y mucosas. Existe también una forma crónica, frecuente en personas de mayor edad, que se manifiesta por fatiga, fiebre, sudoración, lesiones en mucosa oral y escasos síntomas respiratorios. En los casos anteriores, la radiografía del tórax puede ser normal, mostrar escasos infiltrados intersticiales o bien, revelar compromiso extenso de tipo miliar.

- **Presentación clínica**

Las microconidias de *H. capsulatum* penetran al tracto respiratorio por inhalación y, gracias a su pequeño tamaño, logran alcanzar los alvéolos del hospedero, donde a 37 °C, se convierten en levaduras. Bajo esta forma, logran sobrevivir en el interior de los macrófagos, que las transportan a todos los órganos por vía hématica y linfática. Después de varias semanas, se desarrolla la inmunidad específica mediada por células T, y se activan los macrófagos logrando así dar muerte al microorganismo. La intensidad de la afección y, por

consiguiente, la forma clínica que se desarrollará dependen del número de conidias inhaladas, así como también de la integridad de la respuesta inmune del hospedero.

- **Tratamiento**

1. Histoplasmosis aguda

Se requiere tratamiento en pacientes con síntomas que persisten por 1 mes. En casos graves, iniciar con anfotericina B deoxicolato 0,7mg/kg/d intravenosa hasta mejoría clínica y continuar con itraconazol vía oral (VO) cápsulas o solución. En casos moderados, y luego de la anfotericina B, o en casos de intolerancia a esta, suministrar itraconazol 200mg 3 veces/día VO por 3 días y continuar 200mg 1 o 2 veces/día por 6-12 semanas (AIII).

2. Histoplasmosis pulmonar crónica

Itraconazol, cápsulas o solución oral, 200mg 3 veces/día por 3 días y continuar con 200mg 1 o 2 veces al día por un mínimo de 12 meses, pero se prefiere 18-24 meses debido al alto riesgo de recaída (15%) (AII).

3. Histoplasmosis diseminada progresiva

Anfotericina B deoxicolato 0,7mg/kg/d intravenosa hasta mejoría clínica (1-2 semanas), seguido por itraconazol solución oral 200mg 3 veces/día por 3 días y continuar 200mg 2 veces/día por 12 meses. Si estuviera disponible, se recomienda la anfotericina B liposomal a dosis de 3mg/kg por día, ya que se consigue una resolución más rápida, así como una mayor supervivencia (AI). En el paciente con sida, luego de 12 meses, se debe continuar con terapia de mantenimiento a base de itraconazol 200mg/día, hasta mejoría inmunológica demostrada por recuentos de células T CD4+ > 200/μL, como consecuencia de una terapia antirretroviral estable.

En niños, se utilizan iguales esquemas que en el adulto, ya que ellos presentan buena tolerancia a la anfotericina B tanto deoxicolato como liposomal, así como al itraconazol solución oral 5-10mg/kg/día, dividida en 2 dosis, sin exceder 400mg/día (AIII).

En el caso de la mujer embarazada, solo se recomienda la anfotericina B a las dosis indicadas y por 4-6 semanas o hasta el parto, ya que los azoles son considerados teratogénicos (AIII).