

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimórfico nutricional y termal *Histoplasma capsulatum*, que afecta principalmente al sistema reticuloendotelial de humanos y animales.

Las manifestaciones clínicas son variables y van a depender del tamaño del inóculo, del estado inmunológico del paciente.

La infección se adquiere por inhalación de conidias, lo que puede dar lugar a una primoinfección pulmonar, generalmente asintomática o autolimitada en pacientes inmunocompetentes. O bien puede dar histoplasmosis progresiva y diseminada en pacientes inmunodeprimidos.

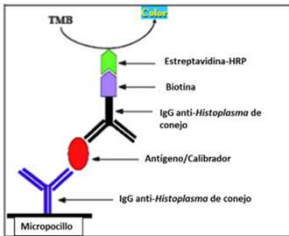
Las formas clínicas incluyen pulmonares agudas, crónicas o cavitarias, así como formas diseminadas agudas, subagudas o crónicas.

Para el diagnóstico diferencial se debe considerar a la tuberculosis, coccidioidomycosis, leishmaniasis, neoplasias, entre otras.

MÉTODOS PARA EL DIAGNOSTICO DE *H. capsulatum*

1. Detección de antígeno urinario (ELISA):

Es la prueba de elección recomendada por la OPS/OMS para el diagnóstico rápido de histoplasmosis en pacientes inmunocomprometidos (por ejemplo, con SIDA).



Esquema de ELISA para la detección de Ag urinario.

2. Ensayo de Flujo Lateral (EFL):

El Ensayo de Flujo Lateral (EFL) es una prueba inmunocromatográfica rápida para la detección del antígeno galactomanano de *Histoplasma capsulatum* en orina.

3. Cultivo:

Es el método confirmatorio más específico, aunque requiere tiempo prolongado y condiciones de bioseguridad adecuadas debido al riesgo de infección por esporas.



4. Pruebas serológicas:

Detectan anticuerpos específicos contra antígenos de *Histoplasma capsulatum*.

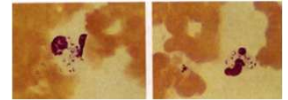
- **Inmunodifusión (ID):** detecta bandas M y H (M = infección reciente o pasada, H = infección activa o diseminada).
- **Fijación del complemento (FC):** cuantifica títulos de anticuerpos, útil para seguimiento.

5. Histopatología:

Permite la observación directa del hongo en muestras clínicas (biopsia, médula ósea, aspirado ganglionar, extendido de sangre periférica o médula).

Tinciones utilizadas:

- Giemsa o Wright: permite visualizar las levaduras intracelulares.
- PAS (ácido peryódico de Schiff) y Grocott-Gomori (GMS): tiñen la pared fúngica, facilitando la identificación.



Levaduras intracelulares en extendido de sangre compatibles con *H. capsulatum* Tinción de Wright, 100x.

6. Molecular:

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permite detectar ADN del hongo en muestras clínicas.

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1:

Paciente masculino de 71 años, fumador. Vive en zona rural. Presenta paladar duro y cuadro respiratorio. Serologías para HIV, VHB, VHC negativas. Hemocultivo micológico: negativo.

Banda de identidad con *Histoplasma*: título 1/16.

Inició tratamiento con itraconazol, donde hubo una mejoría de los síntomas y un descenso de la banda de identidad a título 1/4. También en la radiografía de tórax no se observaron lesiones activas. No se evidenciaron recaídas tras un año de control.



Paladar del paciente con presencia de úlceras necrosadas.

Caso Clínico 2:

Paciente masculino de 73 años, fumador. Trabajador rural. Presenta lesiones en lengua y pulmón.

Serologías para HIV, VHB, VHC negativas. Cultivo de biopsia de lengua: negativo.

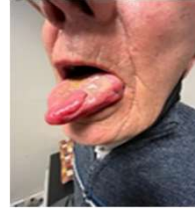
PCR de biopsia de lengua: negativo (MALBRÁN).

Banda de identidad con *Histoplasma*: título 1/16.

Inició tratamiento con itraconazol, donde hubo una mejoría de los síntomas y las lesiones linguales a los dos meses. Se descartó compromiso diseminado mediante estudios complementarios.



Izquierda: lengua del paciente con úlceras antes del tt.



Derecha: lengua del paciente luego del tt.

Caso Clínico 3:

Paciente masculino de 32 años, con recuento de linfocitos CD4+ menores a 100 células/uL.

Serologías para VHA, VHB, VHC y Chagas: negativas.

Se buscaron Acs para distintos hongos obteniendo resultado negativo.

Detección de Ag urinario (HISUR): detectable.

En cultivo micológico se obtuvo desarrollo de *H. capsulatum*.

Inició tratamiento con Anfotericina B liposomal a la par de la terapia antirretroviral. Luego de la mejoría clínica, siguió el tratamiento con itraconazol. Al cabo de un año, presentó una mejoría clínica y posee recuentos linfocitarios y leucocitarios normales junto con una carga viral no detectable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La histoplasmosis diseminada en pacientes con VIH es una entidad subdiagnosticada y de alta letalidad en zonas endémicas. La implementación de pruebas de detección como la del antígeno urinario han permitido un diagnóstico más rápido y certero, reduciendo el tiempo hasta el tratamiento antifúngico específico.

Se recomienda fortalecer las estrategias diagnósticas y de vigilancia de la histoplasmosis en regiones endémicas, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con factores de riesgo ocupacional.

Es por eso que creemos necesaria la continua formación del personal de salud, orientados al reconocimiento clínico y del laboratorio de las micosis sistémicas, así como también su manejo terapéutico.

Por otro lado, fomentar la vigilancia epidemiológica activa de casos de histoplasmosis asociados a VIH, incluyendo la notificación obligatoria y el registro en bases de datos regionales para dimensionar su impacto real en salud pública.

Promover investigaciones sobre resistencia antifúngica y variabilidad genética de cepas autóctonas de *H. capsulatum*, lo que permitiría optimizar el tratamiento y la detección de brotes.

Estas medidas contribuirán a una detección temprana, diagnóstico preciso y tratamiento oportuno de la histoplasmosis, reduciendo su morbilidad y mortalidad, y reforzando el enfoque de salud pública frente a las micosis endémicas en Argentina.