

HISTOPLASMOSIS DUODENAL MANIFESTADA COMO SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR EN UN PACIENTE CON VIH

Páez Guerra Camilo Andrés¹⁻².
Flores Hernández José Alberto¹.
Torres López Irving Horacio¹.

¹Servicio de Medicina Interna Hospital Juárez de México.

²Poniente 116 Numero exterior 273 Colonia Calputitlán Delegación Gustavo A Madero Ciudad de México.

RESUMEN

El tubo digestivo es un órgano que es afectado por infecciones oportunistas, neoplasias e infecciones locales en los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La histoplasmosis gastrointestinal es común en la enfermedad diseminada, pero rara vez se manifiesta clínicamente debido a la ausencia de signos y síntomas específicos. La afección duodenal debe considerarse como diagnóstico diferencial del sangrado digestivo en pacientes con infección por VIH, específicamente aquellos con inmunosupresión avanzada conteo de células CD4 <200 células / mm³ que residen en áreas endémicas y/o tienen antecedentes de visita a las mismas.

Palabras Clave: Histoplasmosis, enfermedad diseminada, sangrado de tubo digestivo, duodeno, infección por VIH.

ABSTRACT

The digestive tract is an organ that is affected by opportunistic infections, neoplasms and local infections in patients with human immunodeficiency virus infection (HIV). Gastrointestinal histoplasmosis is common in disseminated disease, but rarely manifests clinically due to the absence of specific signs and symptoms. Duodenal disease should be considered as a differential diagnosis of digestive bleeding in patients with HIV infection, specifically those with advanced immunosuppression cell count CD4 <200 cells / mm³ who reside in endemic areas and/or have a history of visiting them.

Keywords: Histoplasmosis, disseminated disease, bleeding from the digestive tract, duodenum, HIV infection.

INTRODUCCION

La Histoplasmosis es la micosis endémica más común en Estados Unidos en los valles del río Ohio y Mississippi, en ciertas regiones de México, América Central y del Sur, el *histoplasma spp* prolifera en la tierra especialmente enriquecida con heces de murciélago y aves siendo este contacto epidemiológico útil en su enfoque inicial¹.

La infección ocurre por inhalación de partículas de polvo que contienen esporas o microconidias siendo el pulmón el primer órgano afectado, muchos individuos inmunocompetentes se infectan y permanecen asintomáticos; pocos desarrollan infección pulmonar aguda y una pequeña proporción puede evolucionar hacia enfermedad pulmonar crónica². Los pacientes con inmunosupresión severa son susceptibles a desarrollar enfermedad diseminada, en los pacientes con VIH tiene mayor incidencia en aquellos con conteo de células CD4 <200 células / mm³, de los cuales aproximadamente 70% tienen enfermedad del tubo digestivo la cual rara vez se traduce en síntomas³, cuando se presentan suelen ser inespecíficos en la mayoría de los casos como fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal y diarrea afines a cualquier proceso infeccioso del tracto gastrointestinal, en ocasiones se presentan síntomas como disfagia u odinofagia, obstrucción intestinal, perforación intestinal o sangrado digestivo, siendo estas manifestaciones más inusuales⁴.

La enfermedad diseminada involucra cualquier parte del tracto gastrointestinal, casi el 90% de las lesiones se encuentran en la región ileocecal o colonica debido al abundante tejido linfoide⁵, seguido del intestino delgado en especial el íleon distal y por último el esófago, la afección duodenal es <4%. Los hallazgos endoscópicos que pueden encontrarse son: lesión tumoral, úlceras, eritema, edema y pólipos múltiples o lesiones nodulares⁶. El diagnóstico definitivo es la visualización del microorganismo en estudio histopatológico.

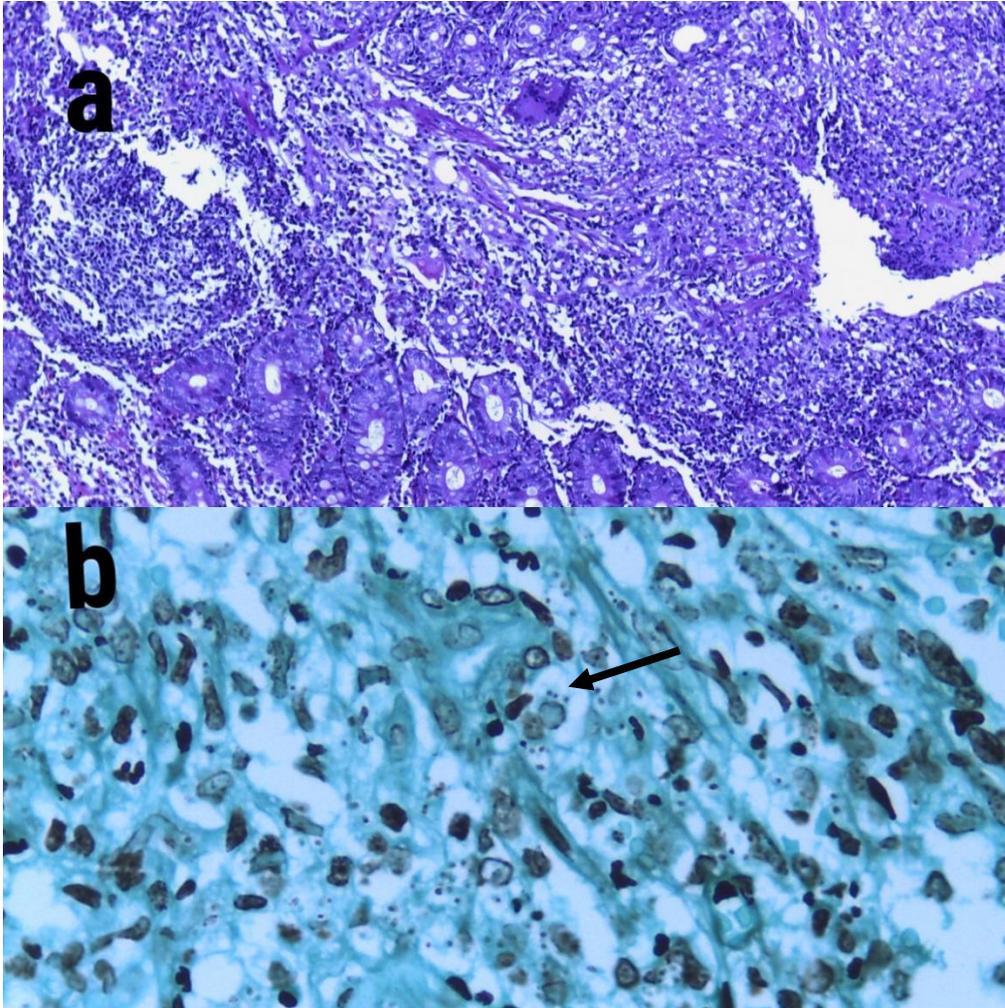
PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 50 años de edad, el cual cuenta con antecedentes de importancia ocupación agente de viajes e historial de visitas al valle del río Misisipi, Ohio, América central y del sur, residente en estado de México, alcoholismo ocasional cada 6 meses sin llegar a la embriaguez, tabaquismo negativo, inmunizaciones desconocidas, no presenta tatuajes ni perforaciones, quirúrgicos hemorroidectomía hace 30 años sin complicaciones. IVSA 30 años NPS 3 de tipo MSM con uso de preservativo en un 70% con detección un mes previo al ingreso de infección por VIH sin estadificación y sin inicio de terapia antirretroviral, niega otras ETS. Ingresa al servicio de urgencias en el mes de julio de 2018 por presentar padecimiento de 3 meses caracterizado por astenia, adinamia, fatiga, así como evacuaciones melénicas en múltiples ocasiones, con remisión espontánea, atendándose por facultativo con transfusiones y mejoría parcial, persistiendo con las evacuaciones melénicas asociando mareo motivo de asistir a nuestra institución.

Al ingreso se encontraba con cifras de presión arterial 90/50 mmHg, afebril, cooperador, pálido, hidratado, sin lesiones orales oportunistas, sin ganglios cervicales, los campos pulmonares bien ventilados sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen peristalsis normal, blando depresible sin hepato ni esplenomegalia, sin dolor, extremidades pálidas sin edema, llenado capilar distal <2 segundos, no lesiones en genitales ni en zona perianal, con laboratorios: leucocitos 4110x10⁹ Hb 4.8gr/dl Hcto 17.3% MCV 78fl HCM 22.4pg plaquetas 228000x10⁹ neutrófilos 59% linfocitos 38% Reticulocitos 2.39% sodio 139meq potasio 4meq cloro 112meq TGO 43U/L TGP 20U/L Creatinina 1mg/dl Nitrógeno ureico 23mg/dl EGO no patológico, requiriendo apoyo transfusional para estabilización hemodinámica, es internado para continuar abordaje.

Se detecta en endoscopia digestiva superior gastropatía crónica con úlcera en segunda porción del duodeno excavada de 10 mm con bordes irregulares de probable etiología infecciosa, estudios de estadificación del VIH con CD4 105 células y carga viral 419393 Log 5.6, AgsHB negativo, Hepatitis C negativo. Durante su estancia hospitalaria se corrobora por medio de estudio histopatológico Biopsia (Figura 1) Gastritis crónica folicular y duodenitis crónica granulomatosa por *Histoplasma spp*, se indica manejo con Anfotericina B 50mg día por 14 días, cursando con desequilibrio hidroelectrolítico caracterizado por hipocalcemia ameritando correcciones intravenosas con mejoría.

FIGURA 1.



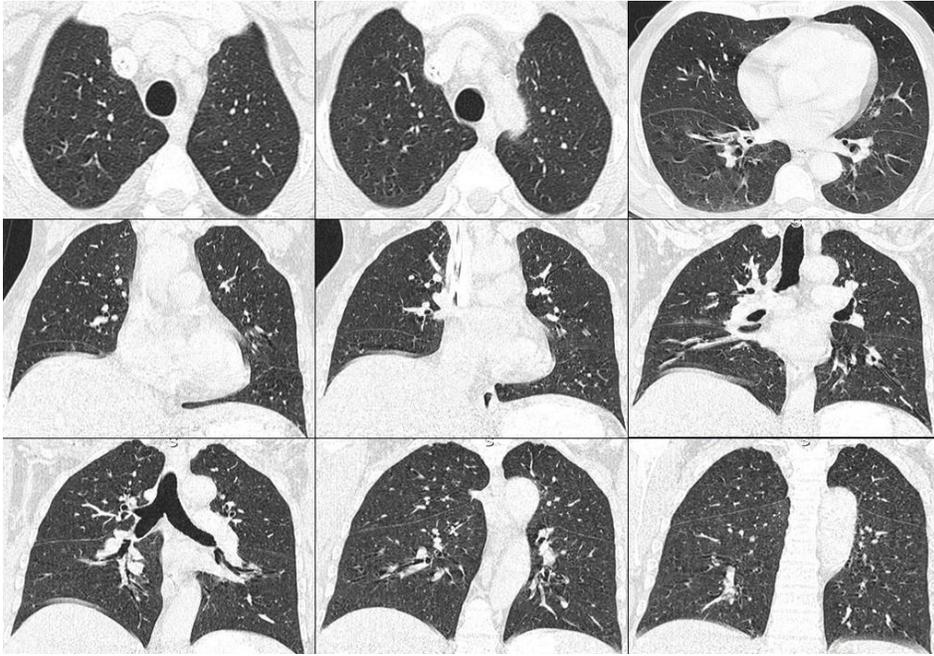
Servicio Patología Hospital Juárez de México.

(a) La tinción con hematoxilina y eosina muestra duodeno con inflamación granulomatosa.
(b) tinción de Grocott Gomori muestra organismos fúngicos intracelulares fagocitados por macrófagos compatibles con *Histoplasma spp* (Flecha).

Se realizan estudios de extensión para evaluar diseminación de la infección: Valoración Oftalmología: Descartando lesiones oculares. Tomografía de Cráneo: Sin evidencia de lesiones en parénquima cerebral, sin dilataciones ventriculares o alteraciones meníngeas. Tomografía de Tórax y Abdomen: Parénquima Pulmonar con engrosamiento intersticial, lesiones subsolidas en segmento superior derecho, engrosamiento pleural (Figura 2), adenomegalias mesentéricas y retroperitoneales de localización intercavaoartico (Figura 3). Aspirado de Medula Ósea: celularidad normal, sin infiltración y Mielocultivos negativos.

Recibiendo posterior impregnación con Itraconazol y manejo de mantenimiento con este fármaco con tolerancia adecuada y terapia antirretroviral Abacavir 600mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg. Actualmente en seguimiento ambulatorio sin recaída su ultimo conteo con CD4 127 células y carga viral 55 Log 1.74.

FIGURA 2.



Tomografía de Tórax: Engrosamiento intersticial predominio en segmento superior derecho, lesiones subsolidas en tercio inferior derecho, engrosamiento intercisural y pleural.

FIGURA 3.



Tomografía de Abdomen: Adenomegalias mesentéricas y retroperitoneales de localización intercavo-aorticas de predominio izquierdo.

DISCUSION

La histoplasmosis es una infección oportunista común en pacientes inmunocomprometidos y más si residen o han visitado áreas donde es endémica la enfermedad. Entre los pacientes infectados por el VIH que desarrollan esta enfermedad, la forma diseminada genera una gran cantidad de manifestaciones clínicas; prácticamente cualquier sistema de órganos puede verse afectado, incluido el tracto gastrointestinal⁶.

El diagnóstico de histoplasmosis gastrointestinal a menudo no se sospecha y un retraso en el diagnóstico puede conducir a una mayor morbilidad y riesgo de muerte, el riesgo de desarrollarla así como la gravedad de la enfermedad aumentan a medida que disminuye la función inmune en individuos infectados por VIH en especial cuando el conteo de células CD4 <200 células / mm³. Los pacientes con Histoplasmosis duodenal son tratados con dos semanas de anfotericina B liposomal seguida de tratamiento a largo plazo con itraconazol a menudo indefinido¹.

CONCLUSIONES

El caso representa una presentación única de histoplasmosis duodenal en una localización atípica (tracto digestivo superior) y sintomatología inusual (melena), se debe considerar este diagnóstico en pacientes que se presenten con sangrado de tubo digestivo asociado a una condición de inmunocompromiso y que tengan además nexo epidemiológico el residir o visitar áreas endémicas. El reconocimiento y tratamiento temprano puede ayudar a mejorar los resultados y prevenir la recurrencia de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Lawrence J. Wheat, Marwan M. Azar, Nathan C. Bahr et al. Histoplasmosis. Infect Dis Clin North Am. 2016 Mar;30(1):207-27.
2. Haggerty CM, Britton MC, Dorman JM. Gastrointestinal histoplasmosis in suspected acquired immunodeficiency syndrome. West J Med 1985; 143:244.
3. K. N. Suh, T. Anekthananon, and P. R. Mariuz, Gastrointestinal histoplasmosis in patients with AIDS: case report and review, Clinical Infectious Diseases, vol. 32, no. 3, pp. 483–491, 2001.
4. S. Kane and T. Brasitus, Histoplasmosis capsulatum as a cause of lower gastrointestinal bleeding in common variable immunodeficiency, Dig Dis Sci, vol. 45, no. 11, pp. 2133–2135, 2000.
5. M. Assi, D. S. McKinsey, M. R. Driks et al., Gastrointestinal histoplasmosis in the acquired immunodeficiency syndrome: report of 18 cases and literature review. Diagn Microbiol Infect Dis. 2006 Jul;55(3):195-201.
6. C. J. Kahi, L. J. Wheat, S. D. Allen, and G. A. Sarosi, Gastrointestinal histoplasmosis, Am J Gastroenterol, vol. 100, no. 1, pp. 220–231, 2005.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO

Fecha	07-Diciembre-2018	
Institución	Hospital Juárez México	No Cédula Profesional
Jefe de Enseñanza	Luz Meléndez Abrego	5823411
Medico Titular del curso	ELIZABETH PEREZ CRUZ	4412556
Residente 01	Camilo Andrés Pérez Guerra	17572013
Residente 02	Jose Alberto Flores Hernández	09147436
Residente 03	Irving Horacio Torres López	9618291
Titulo del Caso Clínico	Histoplasmosis Duodenal	

Por medio de la presente, los médicos residentes enlistados en este documento declaran haber informado al Médico Titular del Curso y Jefe de Enseñanza de la Institución sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico de referencia.

Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica se ha referido: exámenes de laboratorio y demás estudios que han considerado pertinentes.

Se declara que El Jefe de enseñanza y el Profesor Titular del Curso han dado autorización para utilizar fotografías clínicas, estudios y datos utilizadas de manera profesional en el caso clínico de referencia para presentarse en el Premio Nacional de Residencias Médicas.

	Firmas
Jefe de Enseñanza	
Medico Titular del curso	
Residente 01	Camilo
Residente 02	
Residente 03	





HISTOPLASMOSIS DUODENAL

Presentación como sangrado de tubo digestivo superior en un paciente con infección por VIH

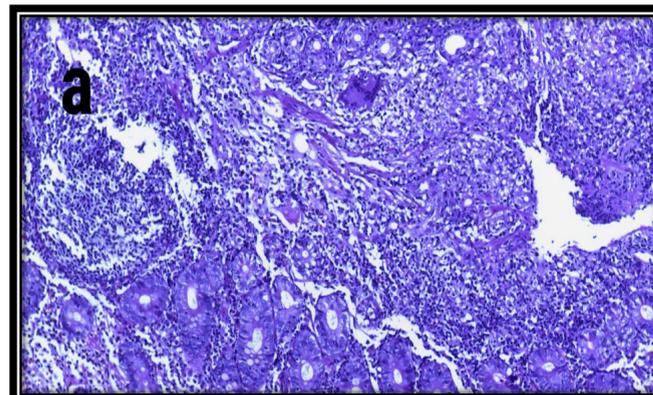
PAEZ GUERRA CAMILO ANDRES, FLORES HERNANDEZ JOSE ALBERTO, TORRES LOPEZ IRVING HORACIO

Hospital Juárez de México SSA Ciudad de México

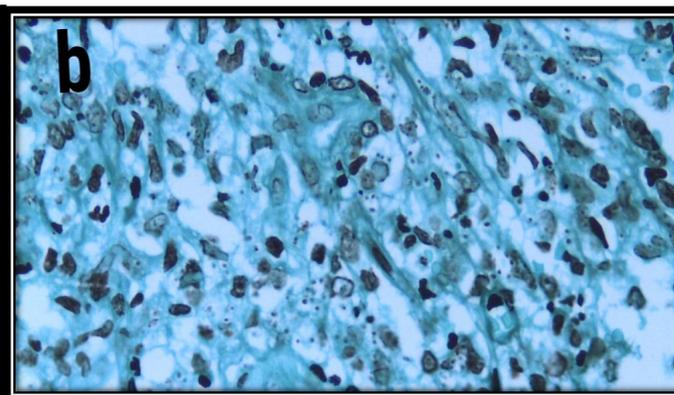
En pacientes con histoplasmosis diseminada, el tubo digestivo es uno de los sistemas orgánicos más comúnmente afectados en >90% de localización baja y rara vez se traduce en síntomas. El involucro duodenal ocurre en <4% de los casos.

Paciente masculino de 50 años de edad, ocupación agente de viajes e historial de visitas al valle del río Misisipí, Ohio, América central y del sur, residente en estado de México, alcoholismo ocasional cada 6 meses sin llegar a la embriaguez, tabaquismo negativo, inmunizaciones desconocidas, no presenta tatuajes ni perforaciones, quirúrgicos hemorroidectomía hace 30 años sin complicaciones. IVSA 30 años NPS 3 de tipo MSM con uso de preservativo en un 70% con detección un mes previo al ingreso de infección por VIH sin estadificación y sin inicio de terapia antirretroviral, niega otras ETS.

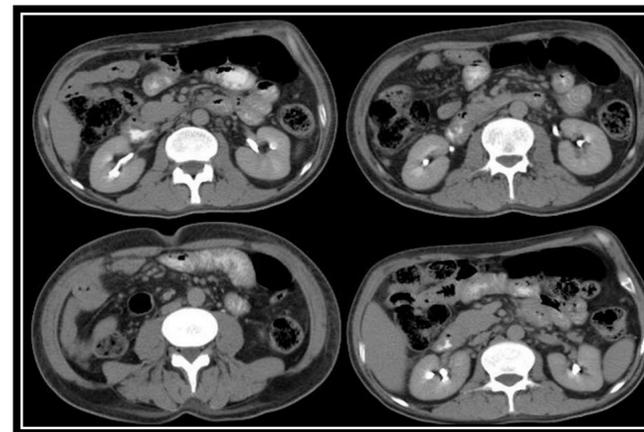
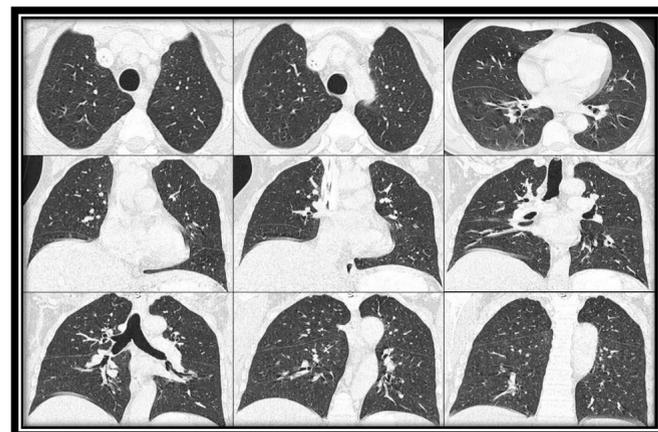
Ingresó al servicio de urgencias en el mes de julio de 2018 por presentar padecimiento de 3 meses caracterizado por astenia, adinamia, fatiga, así como evacuaciones melénicas en múltiples ocasiones. Al ingreso se encontraba con cifras de presión arterial 90/50 mmHg, afebril, cooperador, pálido, hidratado, sin lesiones orales oportunistas, sin ganglios cervicales, los campos pulmonares bien ventilados sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen peristalsis normal, blando depresible sin hepatomegalia ni esplenomegalia, sin dolor, extremidades pálidas sin edema, llenado capilar distal <2 segundos, no lesiones en genitales ni en zona perianal, documentándose síndrome anémico Hb 4.8gr/dl Hcto 17.3% MCV 78fl HCM 22.4pg requiriendo apoyo transfusional para estabilización hemodinámica. Se detecta en endoscopia digestiva superior gastropatía crónica con úlcera en segunda porción del duodeno excavada de 10 mm con bordes irregulares de probable etiología infecciosa, estudios de estadificación del VIH con CD4 105 células y carga viral 419393 Log 5.6. Durante su estancia hospitalaria se corrobora por medio de estudio histopatológico Biopsia Gastritis crónica folicular y duodenitis crónica granulomatosa por *Histoplasma* spp, se indica manejo con Anfotericina B 50mg día por 14 días, cursando con desequilibrio hidroelectrolítico caracterizado por hipocalemia ameritando correcciones intravenosas con mejoría.



(a) La tinción con hematoxilina y eosina muestra duodeno con inflamación granulomatosa.



(b) la tinción de Grocott Gomori muestra organismos fúngicos intracelulares fagocitados por macrófagos.



Se realizan estudios de extensión para evaluar diseminación de la infección: Valoración Oftalmología: Descartando lesiones oculares. Tomografía de Cráneo: Sin evidencia de lesiones en parénquima cerebral, sin dilataciones ventriculares o alteraciones meníngicas. Tomografía de Tórax y Abdomen: Parénquima Pulmonar con engrosamiento intersticial, lesiones subsolidas en segmento superior derecho, engrosamiento pleural, adenomegalias mesentéricas y retroperitoneales de localización intercavaoartico. Aspirado de Medula Ósea: celularidad normal, sin infiltración y Mielocultivos negativos. Recibiendo posterior impregnación con Itraconazol y manejo de mantenimiento con este fármaco con tolerancia adecuada y terapia antirretroviral Abacavir 600mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg. Actualmente en seguimiento ambulatorio sin recaída su último conteo con CD4 127 células y carga viral 55 Log 1.74

CONCLUSIONES

El caso representa una presentación única de histoplasmosis duodenal en una localización atípica (tracto digestivo superior) y sintomatología inusual (melena), se debe considerar este diagnóstico en pacientes que se presenten con sangrado de tubo digestivo asociado a una condición de inmunocompromiso y que tengan además nexos epidemiológicos el residir o visitar áreas endémicas. El reconocimiento y tratamiento temprano puede ayudar a mejorar los resultados y prevenir la recurrencia de la enfermedad