



PE-332. HISTOPLASMOSIS MUCOCUTANEA DISEMINADA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INMUNOCOMPROMETIDOS NO HIV EN UN HOSPITAL DE CABA

PAMI
INSSJP

Autores: Cox W*, De Souza M, Rébora J, Ruiz M, Arriola S, Díaz N, Andino S, Herrera J, Terusi A, Viteri A, Farina J Cusmano L., Ezcurra MC.

Servicio de Infectología UA. Dr. César Milstein.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por *Histoplasma capsulatum*, hongo dimórfico que habita en suelos ricos en nitrógeno en forma micelial y levaduriforme. Presentamos tres casos de histoplasmosis diseminada con compromiso mucocutáneo en pacientes inmunocomprometidos no HIV con terapia inmunomoduladora.

Resumen clínico y exámenes complementarios:

CASO 1: Hombre de 70 años con antecedentes de cardiodesfibrilador implantable(CDI), artritis reumatoide (AR) en tratamiento (TTO) con metrotexato (MTX) y glucocorticoides (GC) hace 20 años. Consultó por fiebre de un mes de evolución asociado úlceras cutáneas en miembros superiores (MS). Se inició antibiótico (ATB) empírico por sospecha de endocarditis asociada a CDI. Evolucionó febril persistente con tricitemia. Se realizaron HC, PAMO y biopsia (Bx) cutánea. Se indicó anfotericina B liposomal (ABL) por elementos levaduriformes en directo de Bx cutánea. Cultivo de médula ósea y Bx de piel: *Histoplasma capsulatum*. Continuó tratamiento vía oral con itraconazol. Evolución favorable.



Figura 1- Lesión ulcerada en miembro inferior

CASO 2: Mujer de 75 años con antecedentes de AR en TTO con MTX y GC hace 5 años. Consultó por fiebre y lesiones cutáneas eritematosas, dolorosas en cuatro miembros de 20 días de evolución. Inició TTO con cefepime- vancomicina. Intercurrió con bacteriemia por *E.coli*, se ajustó ATB. Progresó infección de piel y partes blandas, se realizó nueva toilette quirúrgica (Qx) con toma de muestra para cultivo y anatomía patológica (AP). En la AP se evidenció paniculitis leucocitaria de probable causa autoinmune. Inició TTO con GC endovenoso. Evolución tórpida y óbito. Posteriormente se recibió informe de cultivo: *Histoplasma capsulatum*.

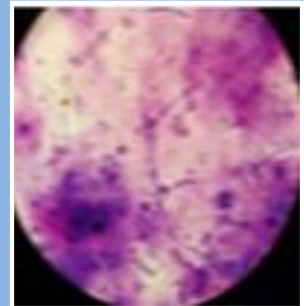


Figura 2- Microscopía directa: elementos levaduriformes

CASO 3: Mujer de 69 años con antecedentes de AR en TTO con MTX y GC. Internación previa por úlcera en miembro inferior izquierdo (MII) que requirió toilette Qx y TTO ATB dirigido a aislamiento bacteriano. AP: vasculitis leucocitoclástica. Re-ingresó por nueva úlcera necrótica en MII. Se realizó toilette. Micológico directo: levaduras compatibles con *Histoplasma*. Se inició TTO con ABL. Cumplió 14 días y se rotó a itraconazol vo con buena evolución. Desarrollo en cultivo: *Histoplasma capsulatum*.

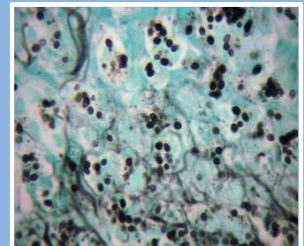


Figura 3- Anatomía patológica: tinción Grocott

Conclusión: En lesiones mucocutáneas en inmunosuprimidos no HIV con TTO inmunomodulador, es fundamental en nuestro medio la sospecha de histoplasmosis dada su elevada morbimortalidad. El status inmunológico persé y el TTO antifúngico es determinante de la evolución final.

Bibliografía: 1) George s deepe,jr.Histoplasma capsulatum .Enfermedades Infecciosas. Mandell Douglas y Bennett. Capitulo 264. 7ª Edición. 2012.
2) Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Histoplasmosis: 2007 Update by the. Infectious Diseases Society of America.
3) Wheat J, Sarosi G, Mc Kinsey D. Practice Guidelines for the Management of Patient with Histoplasmosis. Clinical Infect diseases. 2000;30:688-95.