



Histoplasmosis diseminada en mujer VIH simulando carcinoma endometrial metastásico

Hospital Universitario Basurto

N Vicente López, A Urones Goikoetxea, MI Limia Pérez, L Juez González, M Mazón Ruiz, A Andicoechea

Suárez, A Ibarrodo García, M López Matarranz, E Beiro Felipe, JH de la Rosa Fernández.

San Sebastián 18 Noviembre 2022

Introducción

El histoplasma es un **hongo** que se encuentra sobre todo en el Norte y Centro de América. Este se **inhala** desde el suelo o material contaminado con deposiciones de **aves o murciélagos**, pudiendo diseminarse gracias a los macrófagos por vía **hematógena** a través del sistema **retículo endotelial** (hígado, bazo, ganglios y médula ósea). Existen diversos factores de riesgo de **diseminación** como es la **inmunosupresión**, que en el caso de VIH suele ocurrir cuando $CD4 < 150 \text{ cel/microl}$, siendo los antirretrovirales protectores.

Caso clínico

Mujer de 51 años, natural de Guinea- Bissau. Consulta por dolor en parrilla costal. No síndrome constitucional. Febrícula.

Antecedentes personales: VIH (reciente diagnóstico, sin tratamiento), G3P3, menopausia 46 años.

Exploración: física general y ginecológica normales.

Pruebas complementarias:

- **TAC (Fig 1 y 3):** lesiones líticas en varios cuerpos vertebrales de aspecto destructivo con importante componente de partes blandas, planteando diagnóstico diferencial entre metástasis o mieloma. Adenopatías axilares bilaterales. Distensión de cavidad endometrial ocupada por lesión hipodensa de 4cm de sospecha neoplasia endometrial. Adenopatías inguinales.
- **RMN (Fig 2 y 4):** lesiones líticas vertebrales múltiples con tejido de partes blandas y focos de abscesificación, sospechando de TBC vertebral. Ocupación de cavidad uterina.
- **Analítica:** ligera elevación de PCR y VSG, resto normal.
- **Ecografía mamaria y mamografía:** normales salvo adenopatías axilares. **BAG ganglio axilar:** (-) malignidad.
- **BAG vertebral:** esporas e hifas de hongos con tinción de Grocott (Fig 7).
- **Citología cérvico- vaginal:** (-) malignidad. **VPH:** (-).
- **Biopsia endometrial:** detritus celulares, granulomas no necrotizantes (Fig 8) e histiocitos.
- **Histeroscopia (Fig 5 y 6):** tejido algodonoso, desfleado en tercio superior de canal cervical. Cavidad endometrial normal.
- **Biopsia dirigida por histeroscopia y legrado endocervical:** inflamación granulomatosa no necrotizante (Fig 8).

Diagnóstico final: **Histoplasmosis diseminada en mujer VIH (+)**

Tratamiento: **Anfotericina B liposomal** 250mg/24h durante 2 semanas. Luego **Itraconazol** 200mg/12h indefinido.

Discusión

La **histoplasmosis diseminada** es una afección poco frecuente en nuestro medio por lo que es difícil pensar en ella como primera posibilidad en el caso descrito. Además la clínica de esta paciente no cuadra con la típica de una **infección aguda** (fiebre, fatiga, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, diarrea, disnea) ni **crónica** (pancitopenia, hepatoesplenomegalia, lesiones orofaríngeas, lesiones dérmicas). Además la implicación **endometrial** es muy rara, aunque se han descrito también manifestaciones en forma de mastitis o afectación de vagina. Destacar la importancia del **tratamiento** sin el cual en los casos de diseminación, la **mortalidad** podría ser $>90\%$.



Fig 1 TAC y Fig 2 RMN: lesiones líticas en vértebras con componente de partes blandas

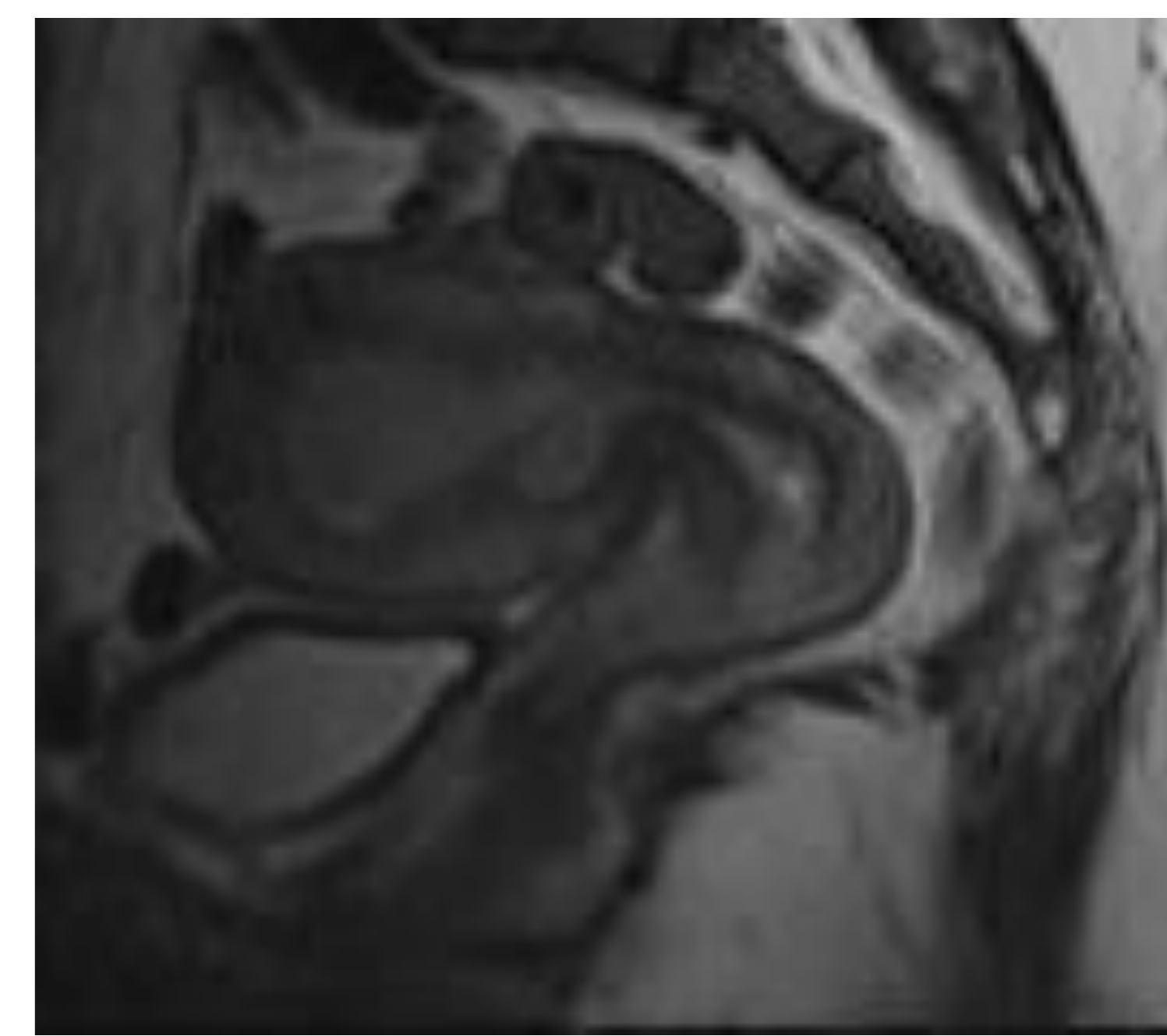


Fig 3 TAC y Fig 4 RMN: distensión de cavidad endometrial por ocupación por lesión

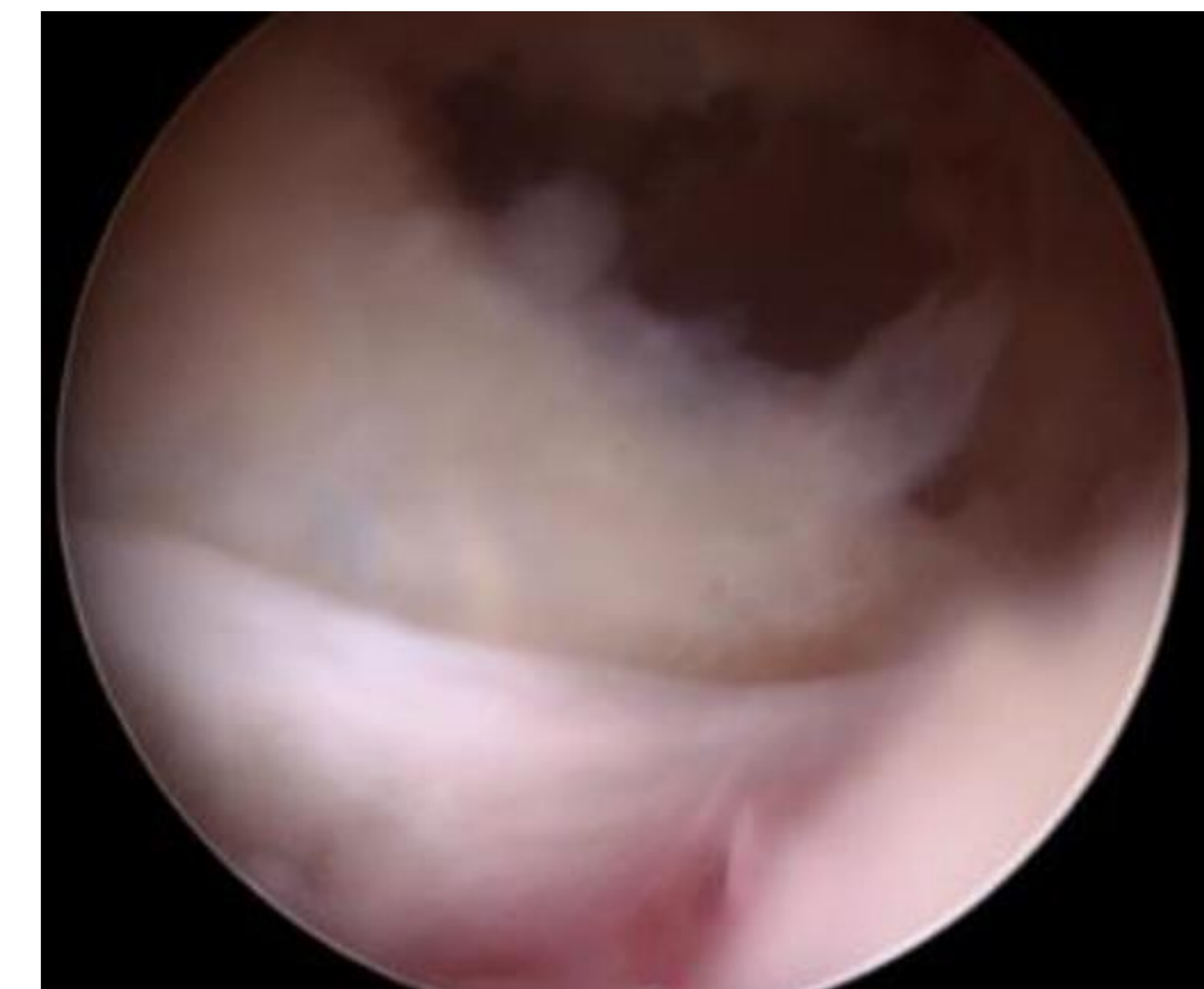
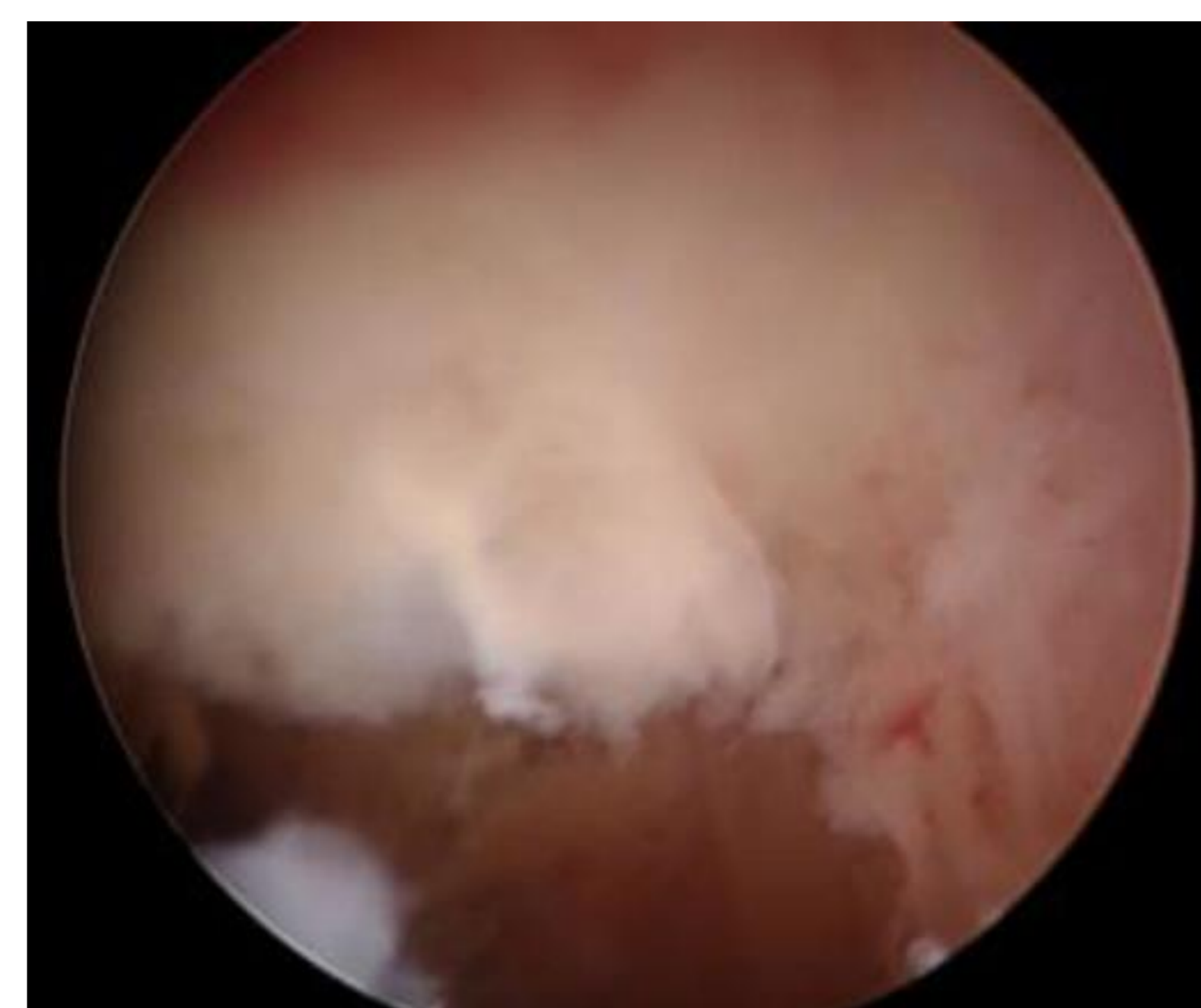


Fig 5 y Fig 6 Histeroscopia: tejido algodonoso y desfleado en canal cervical

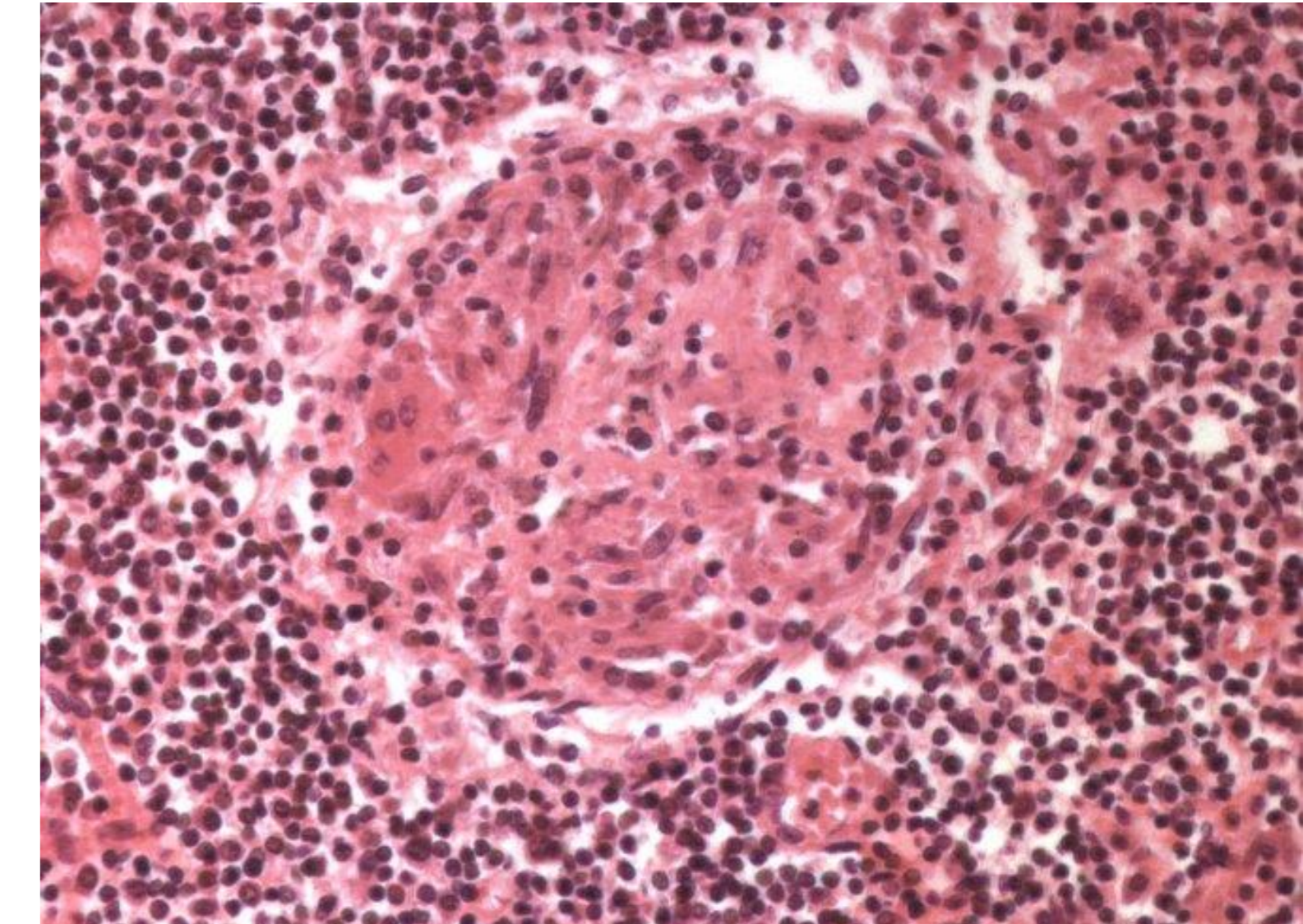
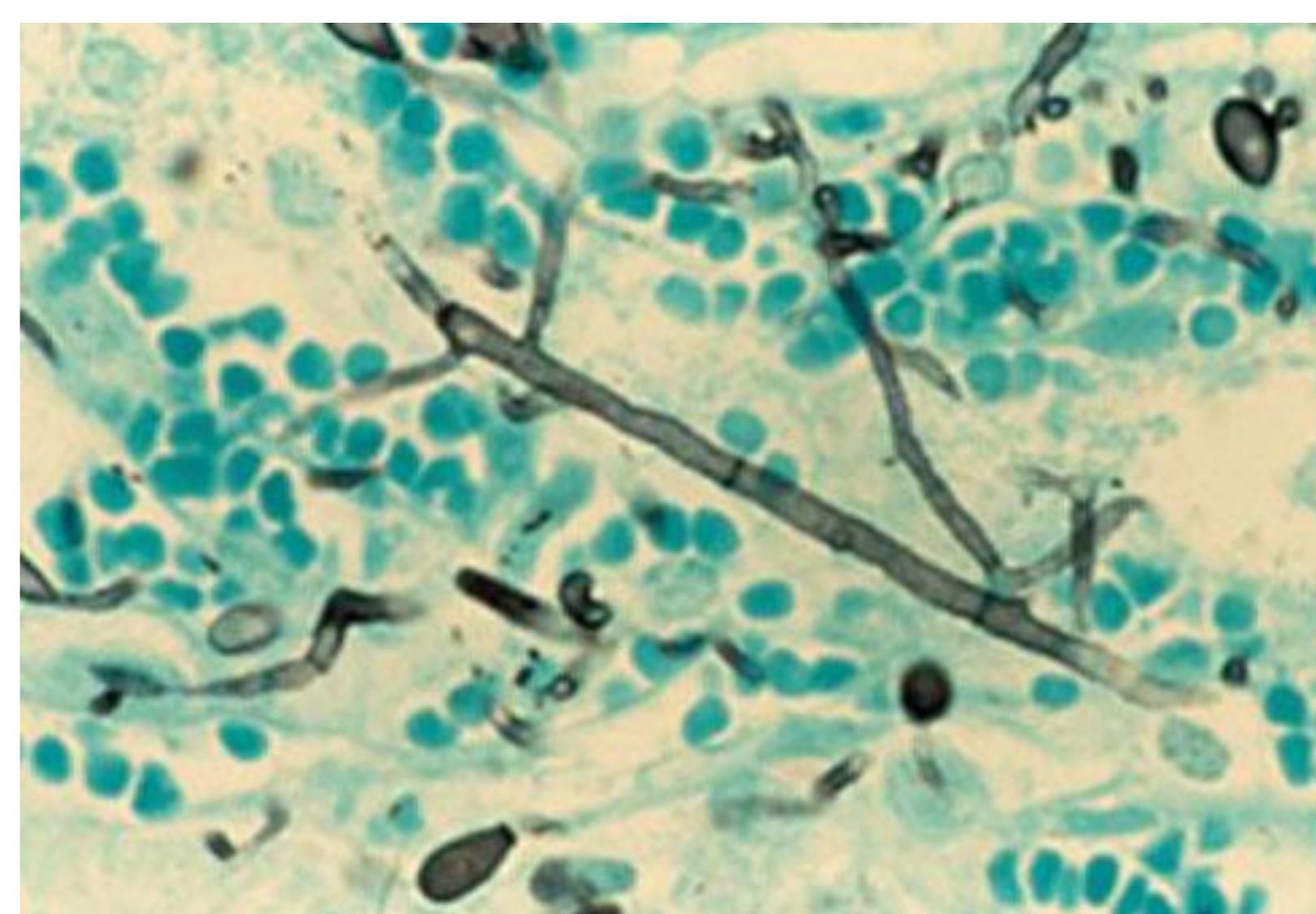


Fig 7: Hifas y esporas de histoplasma

Fig 8: Granuloma no necrotizante