

Espectro radiológico de la histoplasmosis diseminada en pacientes VIH

Daniel Sánchez García¹, Ana Marta Fernández Tamayo¹, Pascual Elvira Ruiz¹, Joseba Mirena Zulueta Odriozola¹, Jorge Cabo Bolado¹, María Luisa Sánchez Alegre¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivo docente

Describir las manifestaciones radiológicas más frecuentes de la histoplasmosis diseminada en diferentes técnicas de imagen (radiografía de tórax y TC toracoabdominal).

Revisión del tema

La histoplasmosis es la infección ocasionada por el patógeno *Histoplasma capsulatum*.

Constituye la micosis endémica más frecuente en los pacientes coinfectados con VIH en determinadas regiones: África central, América, Caribe, sudeste asiático y Australia, siendo bastante infrecuente en Europa, lo que dificulta el diagnóstico precoz en nuestro medio. En esta población se ha estimado una prevalencia del 2 – 5 %.

Esta enfermedad se adquiere tras la inhalación de esporas, y la mayor parte de los pacientes se mantienen asintomáticos.

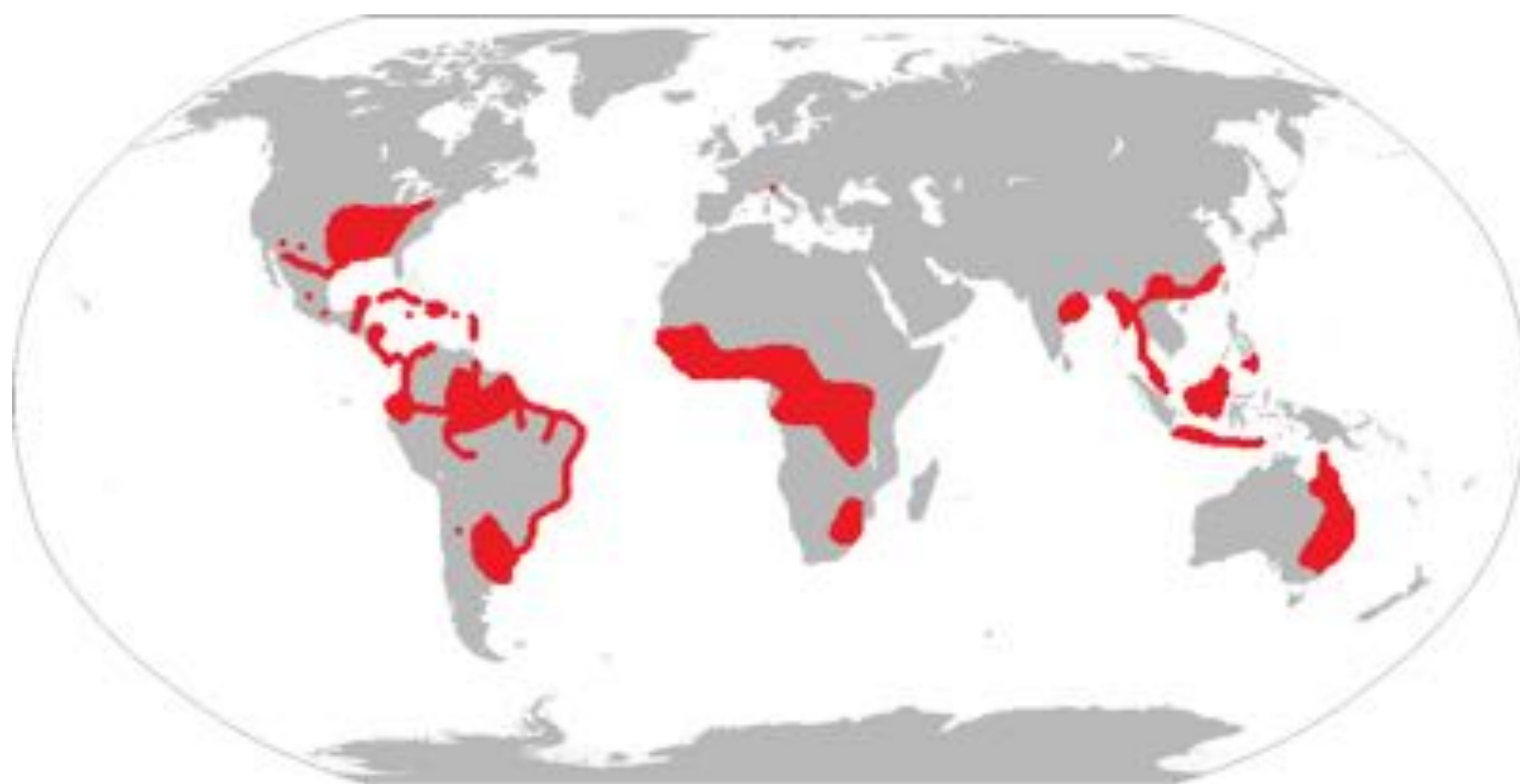


Fig. 1. Distribución geográfica del *H. capsulatum*. Fuente: elaboración propia

Existen tres cuadros clínicos fundamentales:

1. Histoplasmosis pulmonar aguda
2. Histoplasmosis pulmonar crónica
3. Histoplasmosis diseminada

En el presente trabajo realizamos una revisión de las pruebas de imagen de los pacientes con diagnóstico confirmado de **histoplasmosis diseminada** en el último año en nuestro centro. Si bien todos los órganos pueden verse involucrados, las manifestaciones más frecuentes fueron pulmonares y abdominales. Exponemos los diferentes patrones de afectación y las manifestaciones características de esta enfermedad.

La histoplasmosis diseminada es la forma más grave (y menos frecuente) de afectación por el hongo *Histoplasma capsulatum*. Esta entidad es casi exclusiva de pacientes inmunocomprometidos (con especial afectación del subgrupo de pacientes con SIDA).

Produce una enfermedad multiorgánica, con afectación pulmonar en el 40-50% de los pacientes con coinfección de SIDA e histoplasmosis diseminada y afectación abdominal en el 70 – 90 % de los pacientes. La afectación del SNC tan sólo aparece en el 5 – 10 % de los pacientes.

La tuberculosis es el principal patógeno a considerar en el diagnóstico diferencial. Dado que los pacientes con histoplasmosis e infección VIH presentan una marcada inmunosupresión, es común la infección por otros patógenos oportunistas, siendo necesario buscar coinfecciones como la propia tuberculosis o el pneumocystis.

Afectación pulmonar

-Radiografía de tórax:

- Las radiografías de tórax son normales en un 10 - 50 % de los casos.
- Afectación intersticial nodular difusa bilateral o retículo-nodular.
- Opacidades de espacio aéreo, secundarias a la confluencia de las lesiones nodulares.



Fig. 2. Paciente con infección VIH procedente de Perú con diagnóstico confirmado de histoplasmosis e infección por Pneumocystis. Izquierda: Afectación intersticial nodular bilateral con zonas consolidativas en campos medios pulmonares, interpretadas como afectación por Histoplasma y por Pneumocystis respectivamente. Derecha: Tras tratamiento para el Pneumocystis, resolución del componente consolidativo con persistencia de las opacidades nodulillares bilaterales.

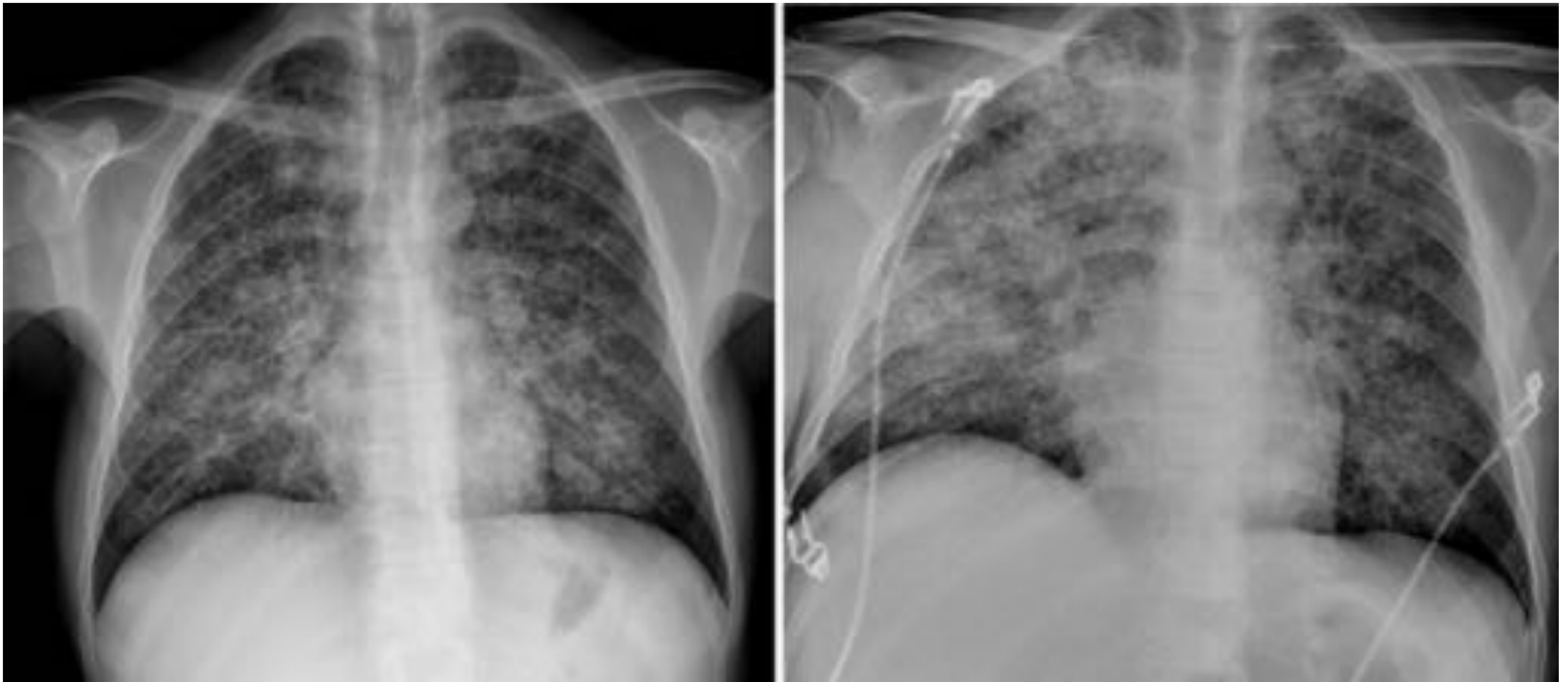


Fig. 3. Paciente con infección VIH procedente de Ecuador con diagnóstico confirmado de histoplasmosis. Izquierda: Afectación intersticial nodular bilateral con zonas consolidativas en campos medios pulmonares, así como engrosamiento de las líneas paratraqueales en probable relación con adenopatías. Derecha: Tras tratamiento para el Histoplasma, evolución radiológica desfavorable con mayor componente consolidativo en el hemitórax derecho.



Fig. 4. Paciente con infección VIH procedente de Ecuador con diagnóstico confirmado de histoplasmosis e infección por Pneumocystis. La radiografía no muestra alteraciones significativas.

Afectación pulmonar

-TC de tórax:

- La manifestación más frecuente son los múltiples nódulos de pequeño tamaño (< 3 mm) de distribución bilateral y aleatoria.
- Engrosamiento regular de septos interlobulillares.
- Opacidades de espacio aéreo: segmentarias, lobares o difusas, como progresión de la afectación nodular.
- Derrame pleural: poco frecuente.
- Adenopatías hilio-mediastínicas: Presentes en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes, son poco frecuentes en los pacientes VIH.

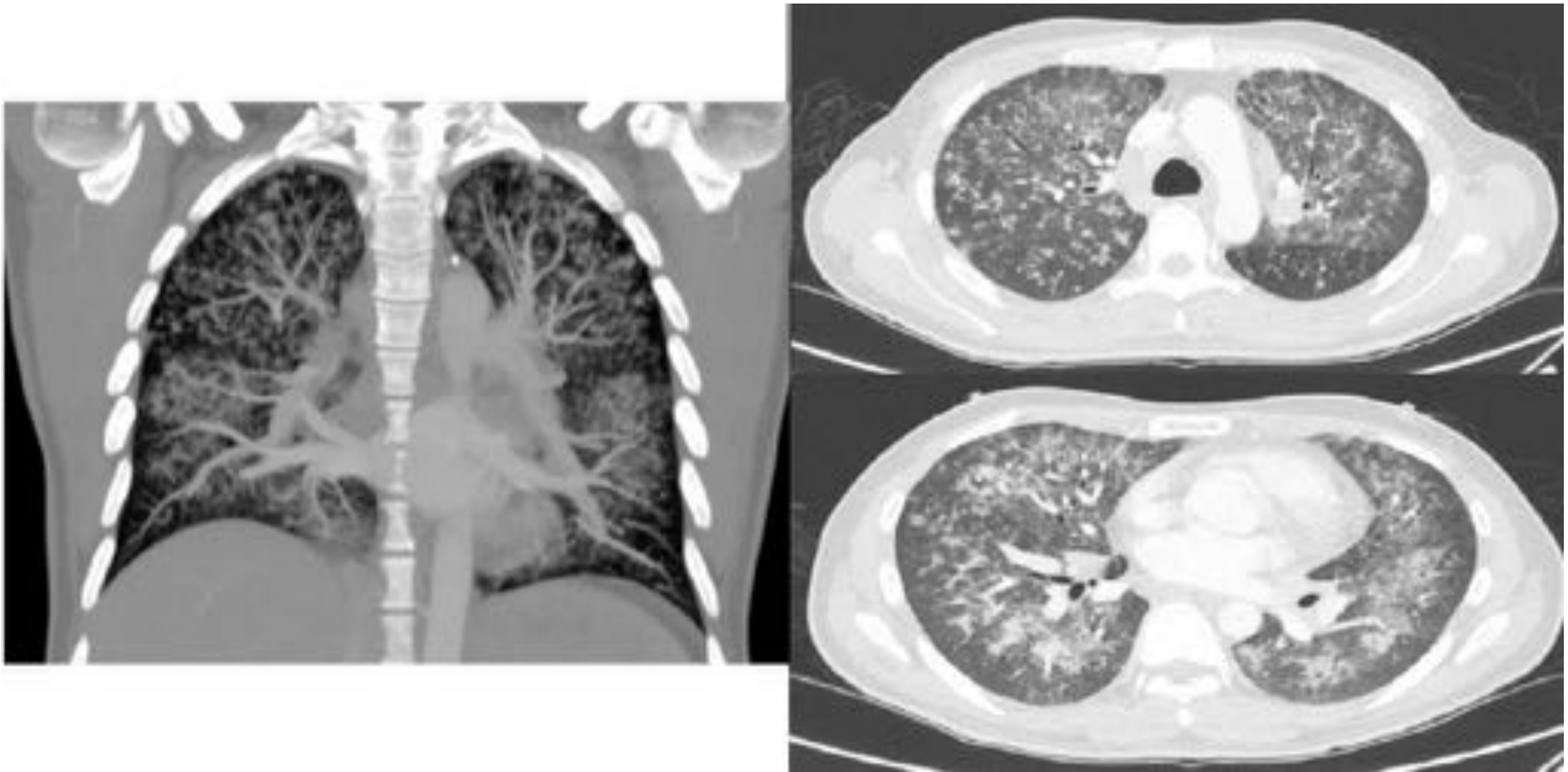


Fig. 5. Mismo paciente que en la figura 2. Se identifican múltiples nódulos pulmonares infracentimétricos bilaterales de distribución aleatoria, compatibles con la afectación por Histoplasma (imagen izquierda en proyección de máxima intensidad e imagen superior derecha), así como opacidades en vidrio deslustrado con algún área consolidativa en campos medios e inferiores (imagen inferior derecha), compatibles con afectación por Pneumocystis.

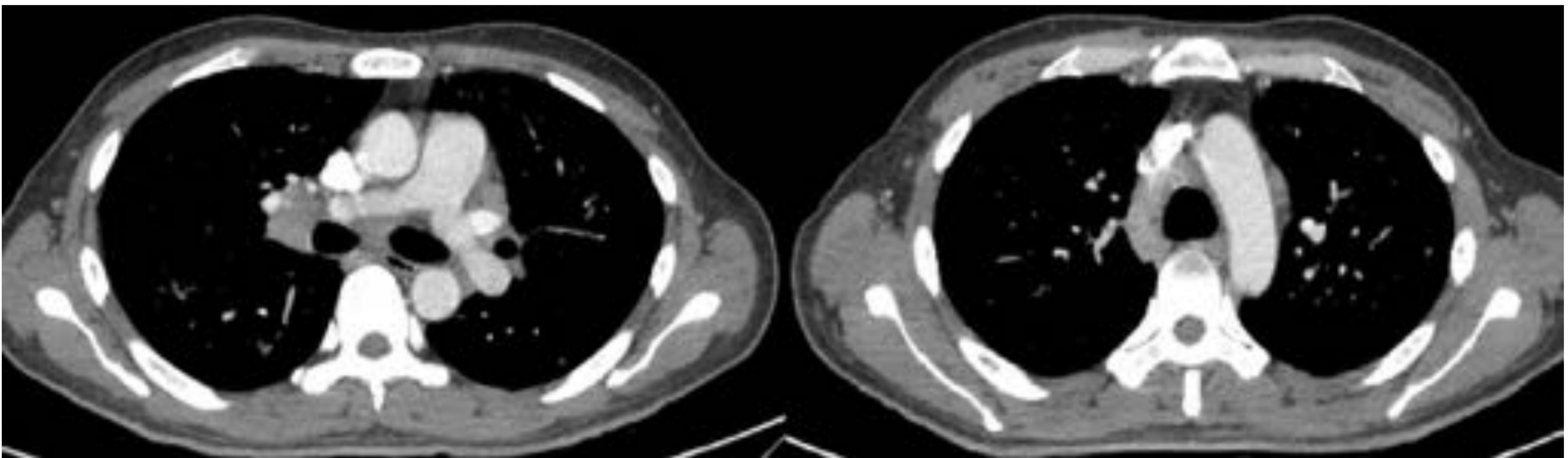


Fig. 6. Mismo paciente que en las figuras 2 y 5. Se observan múltiples adenopatías hiliares bilaterales (imagen derecha) y mediastínicas (imagen izquierda).

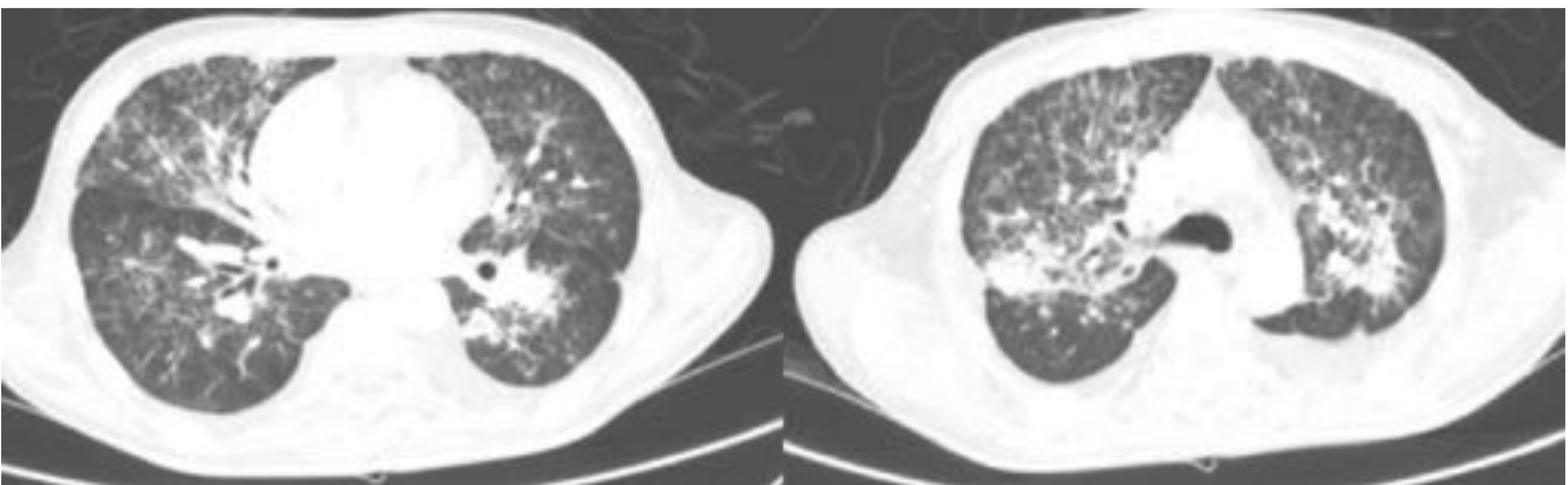


Fig. 7. Mismo paciente que en la figura 3. Se identifica engrosamiento difuso de septos interlobulillares así como múltiples nódulos infracentimétricos bilaterales de distribución aleatoria. En la imagen derecha se observan dos focos consolidativos en ambos lóbulos superiores, el derecho con broncograma aéreo.

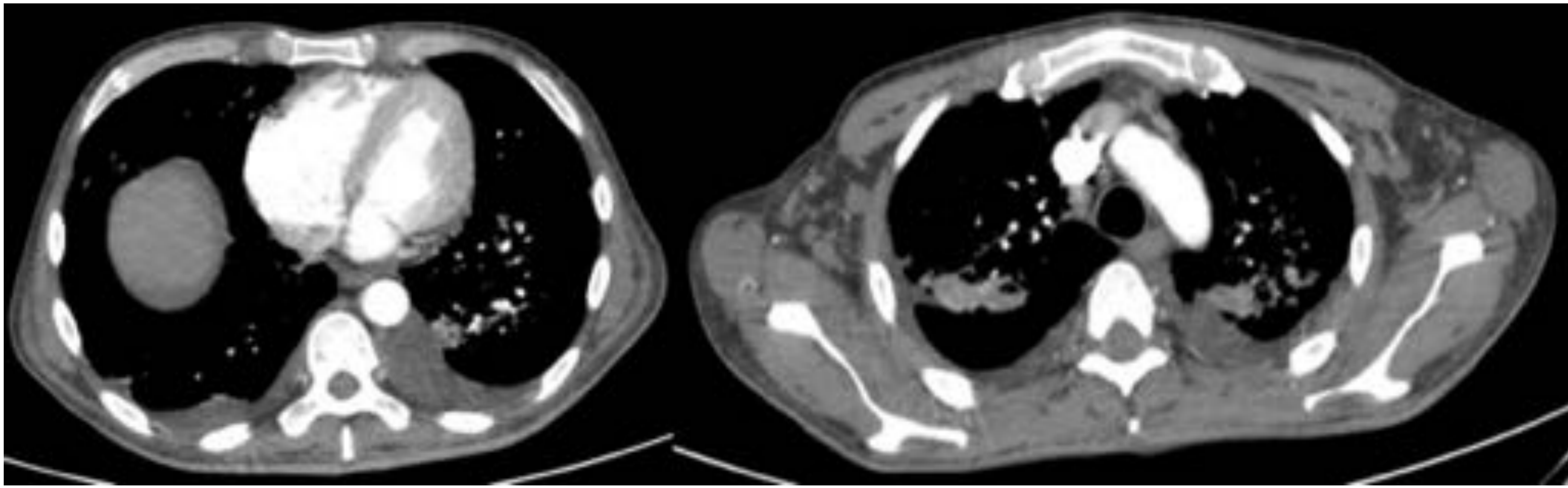


Fig. 8. Mismo paciente que en las figuras 3 y 7. En la imagen izquierda se observa derrame pleural bilateral y en la derecha adenopatías axilares bilaterales.

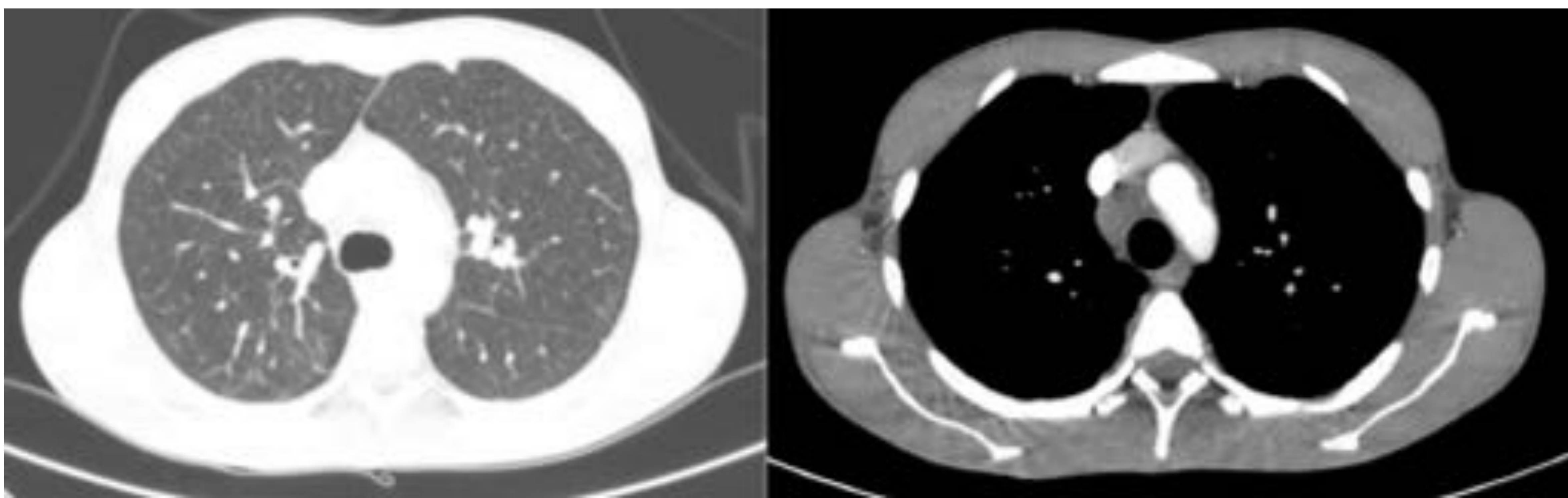


Fig. 9. Mismo paciente que en la figura 4. En la imagen izquierda se observan incontables nódulos milimétricos bilaterales de distribución aleatoria compatibles con afectación por Histoplasma. En la imagen derecha se observan adenopatías mediastínicas.

Afectación abdominal

Se pueden afectar los siguientes órganos:

- Tracto gastrointestinal: Afectación predominante del intestino delgado, sobre todo íleon terminal, en forma de engrosamiento mural concéntrico en el TC.
- Hígado: Hepatomegalia.
- Bazo: Esplenomegalia. En la literatura se describe como signo específico (aunque poco frecuente) hipoatenuación esplénica difusa.
- Adenopatías: Necróticas en el 30 % de los casos.
- Adrenales: Su afectación en forma de aumento de tamaño bilateral (en ocasiones con centro necrótico) es rara pero específica.

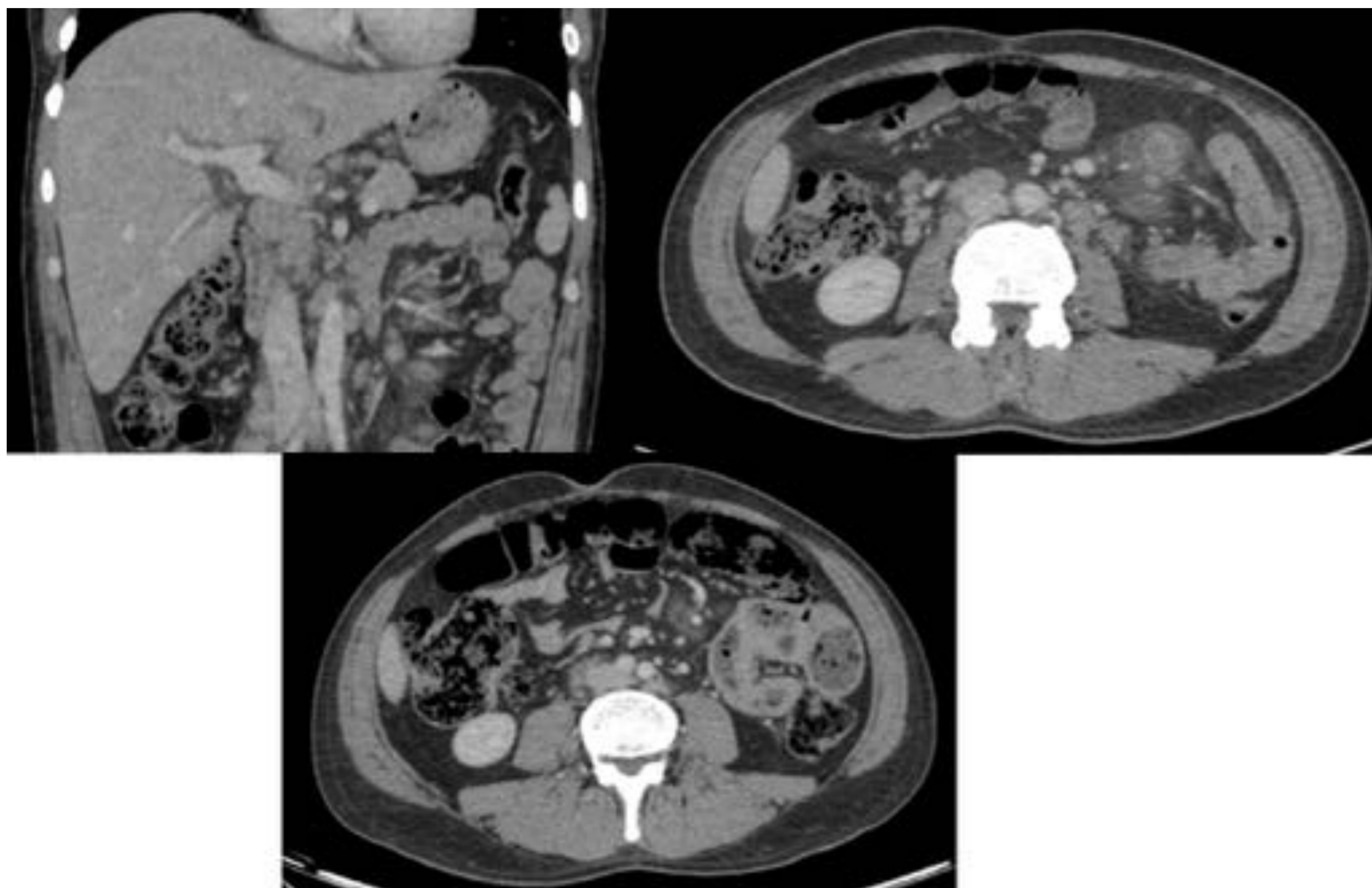


Fig. 10. Mismo paciente que en las figuras 2, 5 y 6. En el TC de abdomen se identifica hepatomegalia (imagen superior izquierda), adenopatías retroperitoneales y mesentéricas, alguna de ellas con centro necrótico (imagen superior derecha) y leve engrosamiento mural concéntrico de asas de yeyuno en el flanco izquierdo (imagen inferior).

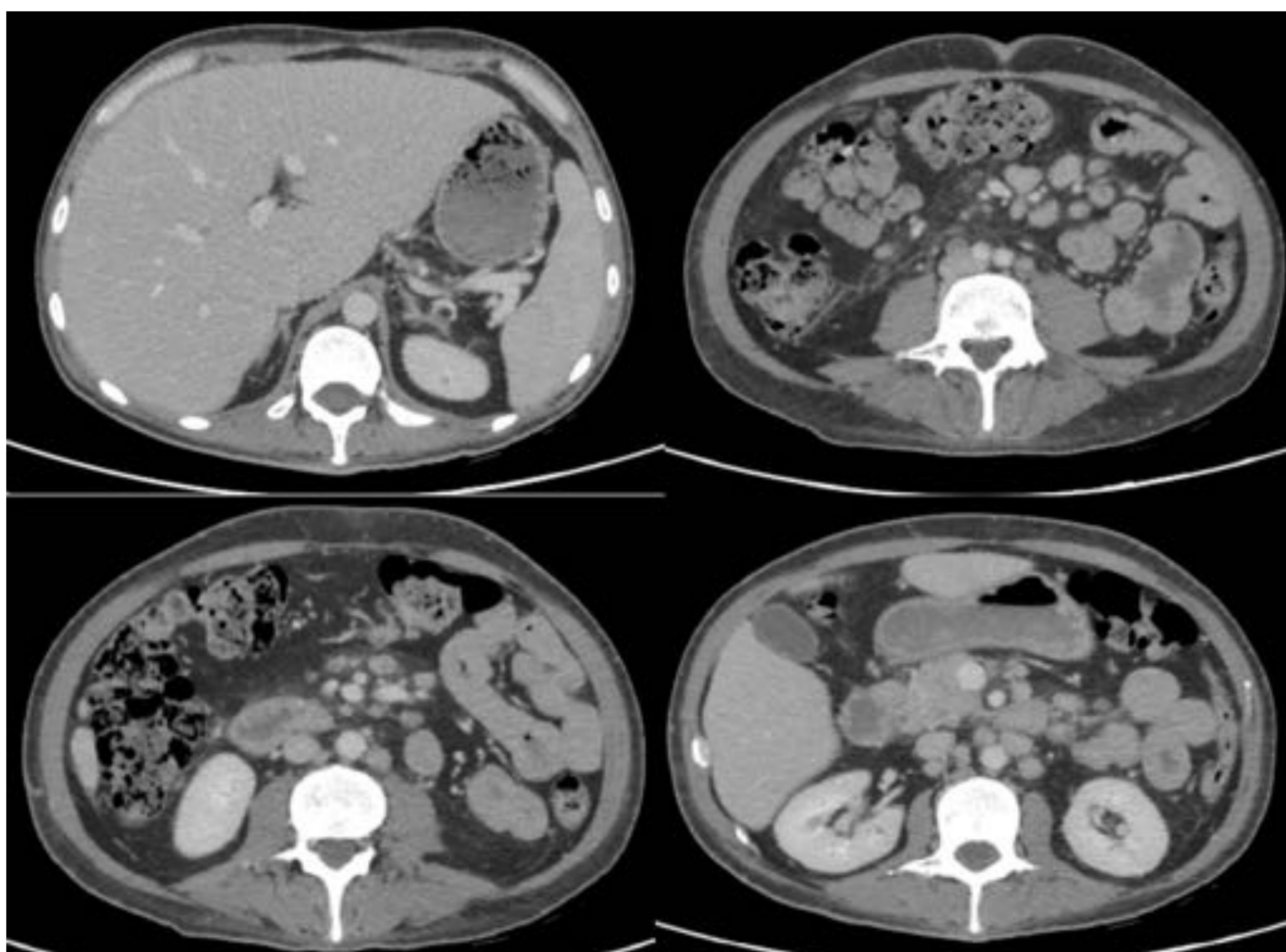


Fig. 11. Mismo paciente que en las figuras 3, 7 y 8. En el TC de abdomen se identifica hepatoesplenomegalia (imagen superior izquierda), adenopatías mesentéricas (imagen superior derecha), leve engrosamiento mural concéntrico del duodeno con trabeculación de la grasa adyacente (imagen inferior izquierda) y leve engrosamiento mural concéntrico de asas de yeyuno en el flanco izquierdo (imagen inferior derecha).

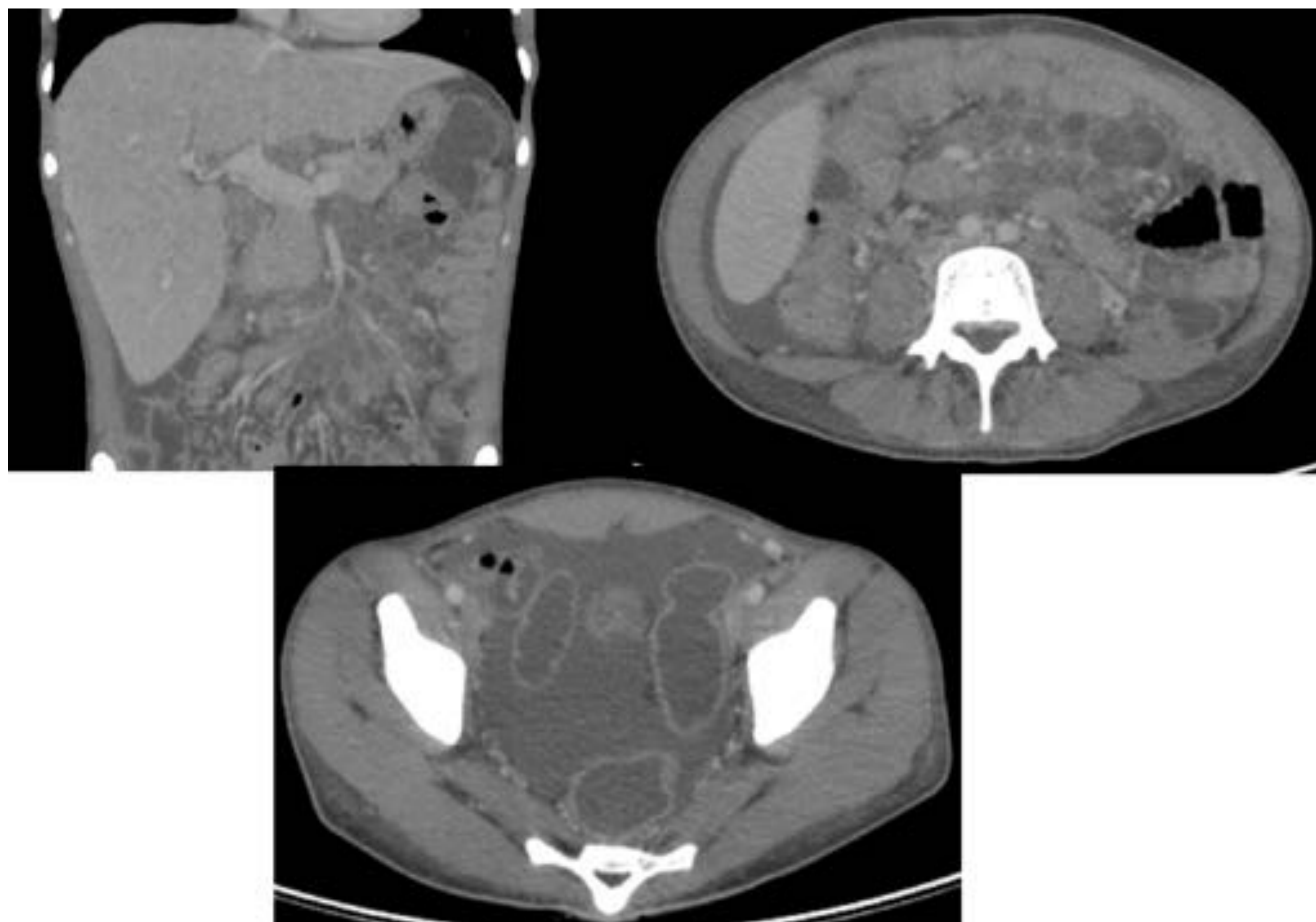


Fig. 12. Mismo paciente que en las figuras 4 y 9. En el TC de abdomen se identifica hepatomegalia (imagen superior izquierda), numerosas adenopatías mesentéricas con centro necrótico e hiperrealce periférico (imagen superior derecha) y ascitis de predominio en la pelvis (imagen inferior).

Conclusiones

El conocimiento de los diferentes patrones de afectación radiológica en la histoplasmosis diseminada permite sospechar esta entidad ante un paciente inmunocomprometido con cuadro infeccioso/inflamatorio sistémico, particularmente si procede de regiones endémicas. Dada su alta morbi-mortalidad, el diagnóstico precoz es fundamental para garantizar la supervivencia de estos pacientes.