



IMAGEN DE LA SEMANA

4-8 de abril

Dra. Carina Pizzarossa

Viñeta clínica

22 años

HIV+ CD4+ 1/mm³. Sin terapia antirretroviral
1 mes de tos seca, disnea de esfuerzo
progresiva y fiebre.

Del EF al ingreso se destaca:

FC 110 cpm

FR 24 rpm, subcrepitantes y secos
bilaterales difusos. SatO₂ 92% VEA.

Gasometría arterial VEA pO₂ 66 mmHg
pCO₂ 39 mmHg pH 7,44

Viñeta clínica



Del EF se destacan las siguientes lesiones de piel de 1 mes de evolución que se distribuyen en tronco y miembros



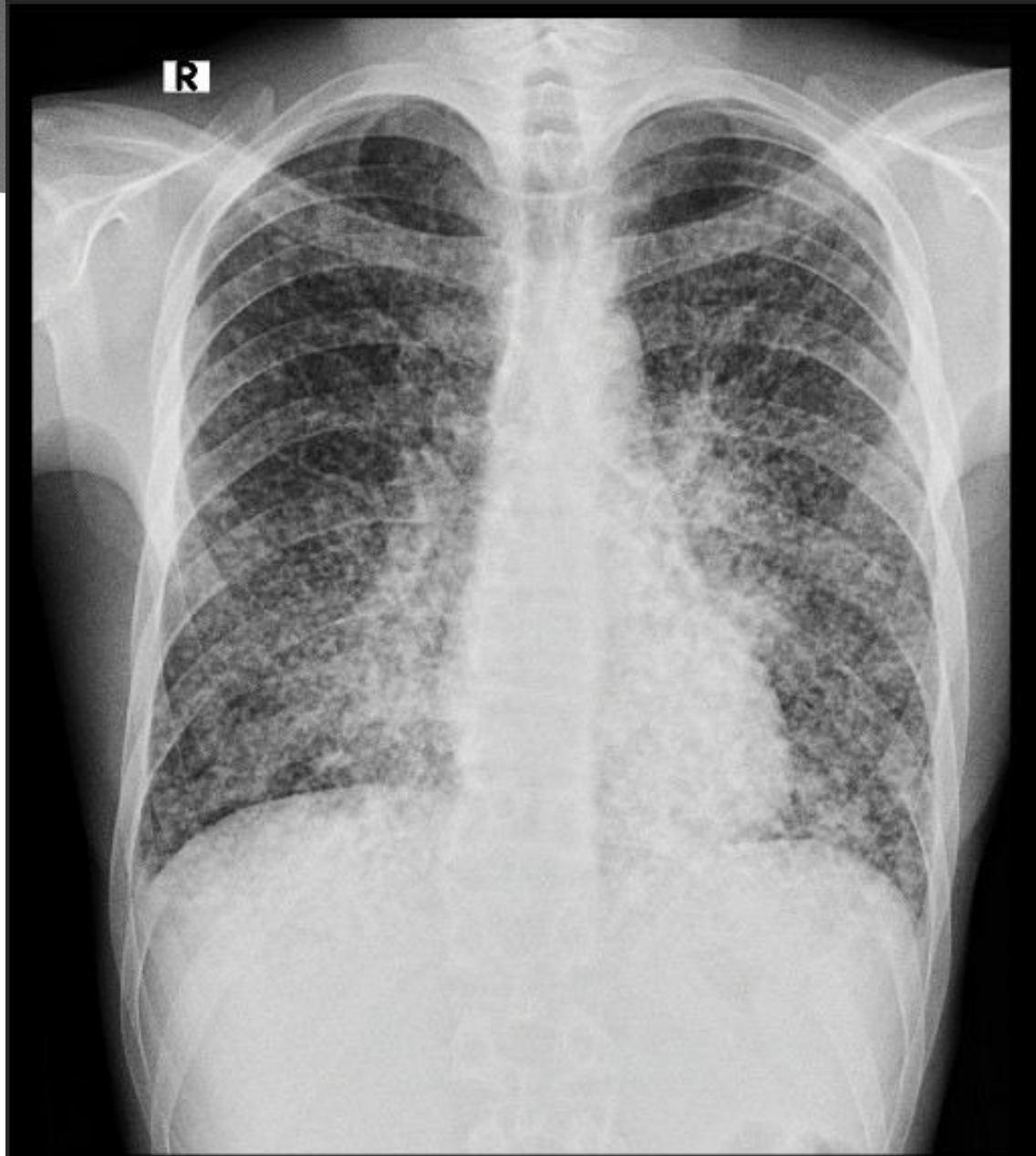




Viñeta clínica

Leucocitosis con linfopenia

RXIX



Pregunta

¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable en este paciente?

- ▶ A Tuberculosis miliar
- ▶ B Histoplasmosis
- ▶ C Pneumocitosis

Respuesta

▶ **Opción B Histoplasmosis diseminada**

- ▶ Las lesiones en piel hacen que el diagnóstico más probable sea la histoplasmosis
- ▶ Tanto el estudio de las lesiones de piel como el de las secreciones respiratorias (muestra de lavado bronquioalveolar) confirmaron diagnóstico de histoplasmosis
- ▶ Hemocultivos sin desarrollo de Histoplasma

Histoplasmosis en paciente HIV

- ▶ La histoplasmosis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes que viven en zonas endémicas que no están tomando la terapia antirretroviral.
- ▶ El método diagnóstico más sensible para la enfermedad diseminada es la detección del antígeno de histoplasma, aunque este estudio no está disponible en nuestro medio. La prueba más simple y menos costosa es la microscopía directa. Una combinación de cultivos y de microscopía directa son diagnósticos en la gran mayoría de los pacientes con SIDA con enfermedad diseminada.
- ▶ La tuberculosis y pneumocitosis son los principales diagnósticos diferenciales a considerar.

Histoplasmosis en paciente HIV

- ▶ Para los pacientes con histoplasmosis diseminada progresiva severa, se recomienda la terapia de inducción con anfotericina B durante una a dos semanas. También se recomienda la terapia de mantenimiento durante un mínimo de un año para prevenir la recaída. Se prefiere itraconazol (200 mg tres veces al día durante tres días, seguido de 200 mg dos veces al día) para el tratamiento de mantenimiento debido a su excelente actividad contra Histoplasma en comparación con otros azoles.

Histoplasmosis en paciente HIV

- ▶ El tratamiento antirretroviral debe iniciarse tan pronto como sea posible para mejorar la inmunidad celular. La terapia de mantenimiento de por vida con itraconazol puede ser necesaria en pacientes que no logren la recuperación inmunológica en tratamiento antirretroviral.
- ▶ Los pacientes VIH + con histoplasmosis diseminada que se presentan con insuficiencia respiratoria grave e insuficiencia renal y / o fungemia tienen un mal pronóstico.

Bibliografía

- ▶ Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.
http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf (Accessed on November 04, 2015)