

Histoplasmosis Oral en un paciente inmunocompetente

Oral Histoplasmosis in an Immunocompetent Patient

AUTOR

OD. JOSÉ MARÍA ECHEVARRÍA

Cátedra de Estomatología Clínica II.

Universidad Nacional de Rosario

E-mail: echevarriajosemaria@hotmail.com

RESUMEN

La histoplasmosis es una Infección micótica poco frecuente y en menor medida en pacientes inmunocompetentes, es causada por el hongo *Histoplasma Capsulatum*, endémica en América en zonas tropicales y subtropicales. Es una enfermedad fúngica sistémica que adopta diversas formas clínicas, entre ellas las lesiones orales, las cuales pueden ser difíciles de distinguir del carcinoma de células escamosas. En ocasiones los microorganismos son escasos y no se identifican fácilmente, lo que impide el diagnóstico temprano y un manejo adecuado. Presentamos un caso de Histoplasmosis en un paciente de 63 años, inmunocompetente con úlceras orales. La misma se confirmó mediante la realización de biopsia de las lesiones y su posterior estudio de histopatología y de cultivo.

Palabras Claves: Histoplasmosis, Oral, Inmunocompetente

ABSTRACT

*Histoplasmosis is a rare fungal infection and to a lesser extent in immunocompetent patients, it is caused by the fungus *Histoplasma Capsulatum*, endemic in America in tropical and subtropical areas. It is a systemic fungal disease that takes various clinical forms, including oral lesions, which can be difficult to distinguish from squamous cell carcinoma. Sometimes microorganisms are scarce and not easily identified, which prevents early diagnosis and proper management. We present a case of Histoplasmosis in a 63-year-old immunocompetent patient with oral ulcers. It was confirmed by biopsy of the lesions and subsequent histopathology and culture study.*

Keywords: Histoplasmosis, Oral, Immunocompetent

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una infección micótica, esta micosis comienza en 1906 de la mano del Dr. Darling, ocasionada por el hongo *Histoplasma capsulatum* variedad *capsulatum*. Es endémica en el continente Americano en regiones tropicales y subtropicales con una temperatura media anual de 22 a 29°C, una humedad relativa de 60-80 % y un promedio de precipitación anual de aproximadamente 1000 mm. Se en-

cuentra en suelos con alto contenido de nitrógeno y fosfatos, asociados a excretas de aves y de murciélagos. El *histoplasma* es un hongo térmicamente dimórfico crece como un moho en el suelo (micelial) y al parasitar al hombre o animales en forma levaduriforme. Los pulmones son el portal de entrada para esta infección la cual es ocasionada por la inhalación de partículas micóticas transportadas por el aire (microconidios).

La infección por *Histoplasma capsulatum* habitualmente se produce por vía respiratoria. Ante la presencia de los gérmenes, el organismo desarrolla inmunidad específica de tipo celular los macrófagos fagocitan los gérmenes sin destruirlos, formándose granulomas que conduce al control de la infección. Los hongos que persisten en estado latente, tardíamente pueden reactivarse si por cualquier causa se deteriora la inmunidad celular. Se reproducen local-

Histoplasmosis Oral en un paciente inmunocompetente

Od. José María Echevarría

mente, luego siguen la vía linfática hacia los ganglios hiliares y mediastinales y a través del conducto torácico invaden el torrente sanguíneo diseminando en los distintos tejidos y órganos.

Clínicamente la histoplasmosis puede ser asintomática o sintomática es posible que se presente un corto período de infección activa o que ésta se disemine por todo el cuerpo y puede afectar tantos pacientes inmuno-competentes como inmuno-comprometidos está asociada a diabetes, etilismo, desnutrición, tabaquismo, tumores, ingesta prolongada de corticoides e inmunodeficiencias (HIV) por eso se reconoce como una infección oportunista marcador de SIDA. Además se ha relacionado con diferentes actividades laborales, por lo que se registrada como una enfermedad ocupacional.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 63 años de edad, de nacionalidad Argentina, que concurre a la consulta de la Cátedra de Estomatología Clínica II de la Facultad de Odontología de Rosario (FOR) derivado por su odontóloga por lesiones dolorosas en cavidad bucal. Como antecedentes personales el paciente refiere ser hipertenso medicado con enalapril 10 mg, 1/2 comprimido al día. En cuanto a sus hábitos fuma 20 cigarrillos por día desde los 14 años, con un total de 357700 cigarrillos fumados hasta el momento de la consulta y consume vino con las comidas. Dentro de sus antecedentes hereditarios y familiares no se describen ninguno de relevancia para destacar.

Como antecedentes de la enfermedad actual el paciente manifiesta que todo comenzó hace aproximadamente un mes en el piso de boca del lado izquierdo con una ulcera que fue aumentando de tamaño. Además presenta otra ulcera en el borde lingual derecho en su tercio anterior con el mismo tiempo

de evolución y ambas muy dolorosas. También nos contó que presentaba una pérdida de peso involuntaria de 10 Kg. El mismo manifiesta que su odontóloga le desgastó la prótesis inferior pensando que era la causa de estas lesiones y al no remitir las mismas decide derivarlo al servicio.

En el examen estomatológico peribucal se observa una facie simétrica, trigüeña, la semimucosa de color y aspecto normal, su apertura bucal dentro de los parámetros normales, músculos masticadores, ATM y glándulas tanta salival como tiroideas sin particularidades. A la palpación se presentan ganglios submaxilares bilaterales aumentados de tamaño, blandos, móviles y dolorosos. Demás cadenas ganglionares sin particularidad.

En el examen endobucal se observan que el mismo es portador de una prótesis de acrílico completa superior y una prótesis parcial removible de cromo cobalto inferior que al momento de la consulta no usaba. Presentaba dos lesiones, una ulcera en el borde lingual derecho en su tercio anterior, de aproximadamente 2 cm de largo por 1.3 cm de ancho, bordes irregulares, de base indurada pero que no sobrepasa los límites de la lesión, fondo necrótico, color blanca amarillento y dolorosa a la palpación (Foto 1). Y otra lesión ulcerosa en piso de boca del lado izquierdo que sobre pasa la línea media y se extiende hacia la cara ventral de la lengua y reborde alveolar lingual, que mide aproximadamente 6 cm de largo por 3.5 cm de ancho con las mismas características clínicas que la anterior, de bordes irregulares e indurados y dolorosa a la palpación (Foto 2).

Diagnóstico diferencial:

A. Histoplasmosis.
B. Blastomicosis.
C. Carcinoma de Células Escamosas
Como exámenes complementarios se



Foto 1



Foto 2

solicitaron exámenes de laboratorios tanto hemograma completo, glicemia, hepatograma y coagulograma con resultados dentro de los parámetros normales, también se pidió VIH, Hepatitis B y VDRL los cuales dieron negativos. Además radiografía de tórax frente y perfil sin presentar ninguna particularidad y se indicó biopsia de ambas lesiones para su estudio histopatológico y cultivo en Agar Sabouraud Dextrosa a 25° C.

Diagnóstico definitivo:

1. Lesión de lengua: Mucosa de lengua con lesión inflamatoria crónica y granulomatosa, ulcerada y necrosada que destaca intensa respuesta macrofágica y presencia de elementos micóticos.
2. Lesión en piso de boca: Mucosa de piso de boca con caracteres de difusa inflamación crónica y macrofágica.

Histoplasmosis Oral en un paciente inmunocompetente

Od. José María Echevarría



Foto 3



Foto 4

Focalmente ulcerada y con reacción granulomatosa gigantomacrocítica. Se reconoce la presencia de pequeñas esferas micóticas intracelulares y en el intersticio del estroma.

Con técnica de PAS, se observa numerosas estructuras micóticas compatibles con *Histoplasma*. Los hallazgos sugieren corroborar con estudio micológico por cultivo.

Ambos cultivos micológicos dieron positivo para *Histoplasma Capsulatum*. Se deriva al paciente al servicio de Infectología del Hospital Centenario. En el cual se le indicó itraconazol 200 mg un comprimido cada 12 horas durante 3 meses y un comprimido cada 24 hs. por tres meses más y controles periódicos cada 15 días.

Al paciente se lo controló 30 días pos-

teriores del comienzo del tratamiento. Sin observarse lesiones en la mucosa oral (Foto 3-4).

CONCLUSIONES

Si bien es frecuente que esta patología se presente en pacientes inmunocomprometidos, también existen casos en pacientes inmunocompetentes con manifestaciones únicamente orales, por tal motivo, es importante destacar el desempeño que cumple el odontólogo en el diagnóstico de las lesiones orales de esta. El diagnóstico y el tratamiento oportuno proporcionan alivio de los síntomas y un resultado favorable. Sin embargo, presentación tardía en las etapas finales no responden a los medicamentos y pueden conducir a la pérdida de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. SIGERA LSM, GUNAWARDANE SR, MALKANTHI MA, ET AL. *Histoplasma capsulatum* caused a Localized Tongue Ulcer in a Non-HIV Patient-A Case from Nonendemic Country. *Ear Nose Throat J.* 2020; 99(6):379-381.
 2. SINGH A, GAURI M, GAUTAM P, GAUTAM D, HAQ M, HANDA A C, HANDA K K. *Head and Neck Involvement With Histoplasmosis; The Great Masquerader.* *Review Am J Otolaryngol.* Sep-Oct 2019; 40(5):678-683.
 3. KHETARPAL S, MHAPSEKAR T, NAGAR R, PARIHAR A. *Oral Histoplasmosis Masquerading as Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis: A Rare Case Report.* *Int J Health Sci (Qassim).* Sep-Oct 2019; 13 (5): 37-40.
 4. GÓMEZ-SANTANA L V, TORRE A C, HERNÁNDEZ B A, VOLONTERI V, LAURA B, GALIMBERTI R LUIS. *Mucocutaneous Manifestations of Infection by Histoplasma Capsulatum in HIV-Negative Immunosuppressed Patients.* *Case Reports Actas Dermosifiliogr.* 2018 May; 109(4):e27-e32.
 5. CHROBOCZEK T, DUFOUR J, RENAUX A, AZNAR C, DEMAR M, COUPPIE P, ADENIS A. *Histoplasmosis: An oral malignancy-like clinical picture.* *Med Mycol Case Rep.* 2018 Jan 17; 19:45-48.
 6. MERINO-ALADO, S. MATA-ESSAYAG, J. PINEDA, G. MORONTA, E. BRICEÑO-CAVEDA, ET AL. *Oral Manifestations Associated to Paracoccidioidomycosis and Histoplasmosis.* *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.* (1) (2018), artículo e3846.
 7. SOUZA, B. C., & MUNERATO, M. C. *Oral manifestation of histoplasmosis on the palate.* *Anais brasileiros de dermatologia,* 2017; 92(5 Suppl 1), 107-109.
 8. GILLIAN A FOLK, BRENDA L NELSON. *Oral Histoplasmosis.* *Head Neck Pathol.* Diciembre de 2017; 11 (4): 513-516.
 9. CHATTERJEE D, CHATTERJEE A, AGARWAL M, ET AL. *Disseminated Histoplasmosis with Oral Manifestation in an Immunocompetent Patient.* *Case Rep Dent.* 2017; 2017:1323514.
 10. MOTA DE ALMEIDA FJ, KIVIJÄRVI K, ROOS G, NYLANDER K. *A case of disseminated histoplasmosis diagnosed after oral presentation in an old HIV-negative patient in Sweden.* *Gerodontology.* 2015 Sep; 32(3):234-6.
 11. N. BAHR, S. ANTINORI, J. WHEAT, G. SAROSI. *Histoplasmosis Infections Worldwide: Thinking Outside of the Ohio River Valley.* *Curr. Trop. Medicina. Rep.,* 2 (2) (2015), págs. 70 – 80.
- RAMYA, S. Y MAJUMDAR, S. *Histoplasmosis oral.* *Oral and Maxillofa-*

Histoplasmosis Oral en un paciente inmunocompetente

Od. José María Echevarría

BIBLIOGRAFÍA

cial Pathology Journal, July-December 2015; 6(2):639-642

12. IQBAL F, SCHIFTER M, COLEMAN HG. Oral presentation of histoplasmosis in an immunocompetent patient: a diagnostic challenge. *Aust Dent J.* 2014 Sep; 59(3):386-8.

13. BARKET S, COLLINS B, HALUSIC E, BILODEAU E. A chronic nonhealing gingival mass. *Histoplasmosis. J Am Dent Assoc.* 2013 May; 144(5):491-4.

14. VIDYANATH S, SHAMEENA PM, SUDHA S, RESMI G NAIR. Disseminated histoplasmosis with oral and cutaneous manifestations. *J Oral Maxillofac Patol.* 2013; 17 (1): 139-42.

15. BRAZÃO-SILVA MT, MANCUSI GW, BAZZOUN FV, ISHISAKI GY, MARCUCCI M. A gingival manifestation of histoplasmosis lea-

ding diagnosis. *Contemp Clin Dent.* 2013; 4 (1): 97-101.

16. FERNÁNDEZ ANDREU, CARLOS M, ILLNAIT ZARAGOZÍ, MARÍA T, MARTÍNEZ MACHÍN, GERARDO, PERURENA LANCHA, MAYDA R, & MONROY VACA, ERNESTO. Una actualización acerca de histoplasmosis. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2011, 63(3), 189-205.

17. Á.M. TOBÓN. Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. *Infectio.* 2012; 16(Supl 3): 126-128

18. WIERNA, ALICIA, ANSONNAUD, ANA, SORIA, ANALÍA, & GONZÁLEZ MC D, MAURICIO. Histoplasmosis oral localizada: Reporte de un caso clínico en Tucumán, Argentina. *Revista médica de Chile,* 2010, 138(5), 586-589.