

---

# Histoplasmosis intestinal.

## Intestinal histoplasmosis.

Rubén Valle G. \*  
Dunía Pastor P. \*\*  
Ángel Velasteguí G. \*\*\*  
Aleyda Hurtado \*\*\*\*  
Félix Carrera \*\*\*\*\*

---

### RESUMEN

La histoplasmosis intestinal (HI) es una entidad rara, por lo que se han descrito pocos casos, mundialmente. Los pacientes presentan diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y hemorragia digestiva. A continuación exponemos el caso de una paciente escolar de 9 años de edad que estuvo ingresada en el servicio de Gastroenterología del hospital “Francisco de Ycaza Bustamante”, y que realizó hemorragia digestiva e invaginación intestinal. Se determinó que el *histoplasma capsulatum*, fue el agente etiológico del evento.

**Palabras clave:** *Histoplasma capsulatum*. Hongo. Infección diseminada.

### SUMMARY

The intestinal histoplasmosis is a rare entity, this is the reason because there have been described few cases around the world. These patients had diarrhea, abdominal pain, loss of weight, fever and gastrointestinal bleeding. We report the case of a nine years old girl patient who was admitted to the Gastroenterology Service of the hospital “Francisco de Ycaza Bustamante”, she had digestive bleeding and intestinal invagination. I determine that *histoplasma capsulatum*, was the etiologic agent of the event.

**Key words:** *Histoplasma capsulatum*. Fungus Scattered infection

---

### Introducción

La histoplasmosis es una infección sistémica causada por el *histoplasma capsulatum*. Fue descrita por primera vez por DARLING en 1906<sup>5</sup>.

Luego Tompkin en 1932 mostró el *H. capsulatum* intracelular en frotis de sangre periférica de un niño febril. Es endémica en Valles de Ohio, Misisipi y Missouri, en USA, en el Caribe, Centro y Sudamérica, África y sureste de Asia<sup>3,15</sup>.

En su fase ambiental, el hongo existe como moho y crece profusamente en la tierra fertilizada con guano de pájaros o murciélagos. La infección se adquiere por inhalación de conidias que llegan a los alvéolos pulmonares y son fagocitados por los macrófagos, formando granulomas que se pueden calcificar (primo infección pulmonar)<sup>11</sup>.

Cuando se manifiesta como histoplasmosis diseminada se considera como el resultado de la reactivación de la infección latente, pudiendo afectar a todos los órganos del cuerpo<sup>14</sup>. Como el

---

\* Doctor en medicina y Cirugía.

\*\* Médico residente docente hospital “Francisco de Ycaza Bustamante”. Guayaquil – Ecuador.

\*\*\* Médico tratante. Servicio de gastroenterología, hospital “Francisco de Ycaza Bustamante”. Guayaquil – Ecuador.

\*\*\*\* Médico jefe del servicio de gastroenterología, hospital “Francisco de Ycaza Bustamante”. Guayaquil – Ecuador.

SNC, ojos sistema gastrointestinal, entre otros<sup>7, 12,13</sup>.

El diagnóstico se basa en el hallazgo del hongo en el interior de macrófagos, tomando muestra de médula ósea o del tejido afectado, efectuándose la tinción de Giemsa o la de Gomori Grocott, PAS, o hematoxilina eosina<sup>7</sup>. El diagnóstico definitivo se realiza en cultivos a 37° C. en agar sangre-glucosa-cisteína y agar Sabiraud, además de pruebas inmunológicas para determinación de anticuerpos anti-histoplasma capsulatum<sup>1,9,10</sup>.

El tratamiento se realiza con Anfotericina B, itraconazol y/o ketoconazol<sup>11</sup>.

### Reporte del caso

Escolar femenina, de 9 años de edad, de procedencia y residencia en la ciudad de Guayaquil, cuyo motivo de consulta fue fiebre, dolor abdominal y diarrea con moco y sangre, de 45 días de evolución. Antecedentes personales de procesos respiratorios a repetición. Al examen físico presentó desnutrición de III grado, palidez marcada, leve distensión abdominal hepatoesplenomegalia, siendo sus signos vitales FR. 20 x', FC. 100 x', P.A. 100/60 mmHg, y teniendo como impresión diagnóstica: Colitis amebiana.



**Fuente:** Departamento de Gastroenterología, hospital pediátrico "Francisco de Ycaza Bustamante".

Durante su hospitalización recibió antibioticoterapia con triple esquema (ampicilina, gentamicina y metronidazol), soporte nutricional enteral y manejo hidroelectrolítico adecuado, a pesar de lo cual su sintomatología persistía, por lo que se analizaron otros posibles diagnósticos entre ellos colitis infecciosa, colitis ulcerativa, histoplasmosis, SIDA, TBC. Entre los exámenes de laboratorio más relevantes reportaron HIV no reactivo, PPD negativo e inmunodifusión por el test de precipitación para histoplasma positivo. La TAC abdominal reveló presencia de hepatomegalia y adenopatía mesentérica.

Al decimoquinto día de su ingreso presentó deterioro de su estado general y hemorragia digestiva severa (hematemesis y enterorragia). Posteriormente se evidencia con signos clínicos y radiológicos de obstrucción intestinal, realizándose laparotomía exploradora de emergencia, hallándose invaginación yeyuno-yeyunal distal, tumoraciones intraluminales en yeyuno y en íleo distal, hígado violáceo, nodular, y líquido peritoneal en escasa cantidad. El informe anatomopatológico reveló presencia de histoplasmosis entérica, hepática y ganglionar. Se realizó tratamiento con anfotericina B, con evolución favorable y alta hospitalaria.



Tumoración en yeyuno distal.

**Fuente:** Departamento de Anatomía Patológica, hospital "Francisco de Ycaza Bustamante"

## Discusión

Hay pocos informes de casos de histoplasmosis intestinal en la literatura mundial y puede ocurrir como manifestación única aislada. Las manifestaciones clínicas son diarrea, fiebre de aparición vespertina, dolor abdominal, náuseas, vómitos, hemorragia digestiva y perforación intestinal<sup>2, 8</sup>. En la paciente descrita se presentaron todas las manifestaciones mencionadas, a excepción de la perforación intestinal, pero en cambio se produjo invaginación intestinal, lo cual no ha sido reportado. Es de mencionar que la HI se presenta como infección oportunista en pacientes con SIDA, lo cual fue descartado en este caso.

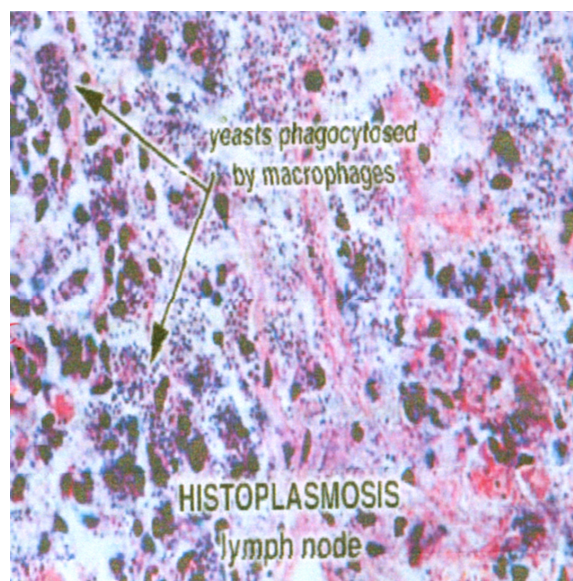
Afecta principalmente al íleo terminal y colon, pero puede comprometer cualquier parte del tubo digestivo, presentándose como lesiones múltiples ulceradas, granulomatosas, seudopolipoides y con fondo necrótico<sup>2</sup>. Nosotros evidenciamos que la afectación se produjo a nivel de yeyuno e íleon, más la presencia de tumoraciones intraluminales, que concuerdan con la literatura mundial.

Hay 4 formas clínico-patológicas de HI que pueden presentarse:

1. Infiltración de macrófagos en la lámina propia con *H. capsulatum*.
2. Seudo pólipos causados por agregación de los macrófagos.
3. Asociada a necrosis tisular y ulceración.
4. Inflamación localizada y estrechamiento de luz intestinal<sup>8</sup>.

El diagnóstico se basa en colonoscopia y estudio histopatológico<sup>4, 6</sup>.

Se realizará el diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn colitis infecciosa, colitis ulcerativa, TBC, collagenopatías, neoplasias, patologías oportunistas en inmunocomprometidos, etc. En cuanto a la prevención, debe centrarse en evitar las actividades con alto riesgo de exposición al microorganismo, o en la adopción de medidas de protección, si estas actividades son inevitables<sup>11</sup>.



**Fuente:** Departamento de Anatomía Patológica hospital "Francisco de Ycaza Bustamante"

## CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la HI es una forma clínica de la enfermedad muy rara, y que sus manifestaciones clínicas se deben a la masividad del inóculo inhalado y al estado inmunitario del enfermo. Además su sintomatología nos hace confundir con enfermedades como la TBC, collagenopatías o neoplasias, por lo que los estudios previamente señalados son la base para su diagnóstico y tratamiento<sup>6, 11</sup>.

## Referencias Bibliográficas:

1. Bonner JR, Alexander WJ, Dismukes We, et al. Disseminated histoplasmosis in patients with AIDS. Arch Intern Med 1984; 144: 2178-81.
2. Cappell MS, Mannell W, Grimes MM, Neu HC. Gastrointestinal histoplasmosis. Dig Dis Sci 1988; 33: 353-60.
3. Chretien JH, Garagusi VG. Current management of fungal enteritis. Med Clin North Am 1982; 66: 675-87.
4. Cimponeriu D, LoPrestiP, Lavalanet M, et al. Gastrointestinal histoplasmosis in HIV infection: two cases of colonic pseudocancer and review of literature. Am J. Gastroenterol 1993; 89: 129-31.
5. Darling ST. A protozoan general infection producing pseudotubercles in the lungs and

- focal necrosis in the liver, spleen and
6. Graham B, Mckinsey D, Driks M, et al. Colonic histoplasmosis in AIDS, report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 185 – 90.
  7. Haggerty CM, Britton MC, Dorman JM, et al. Gastrointestinal histoplasmosis in the AIDS. *West J Med* 1985; 143: 244 – 66.
  8. Heneghan S, John Li, Edwin P, Lawrence S. Intestinal perforation from gastrointestinal histoplasmosis in AIDS, *Arch Surg* 1993; 128: 464 – 6.
  9. Huang CT, McGarry T, Cooper S, et al. Disseminated histoplasmosis in the AIDS: report of five cases from nonendemic area. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1181 – 4.
  10. Jagadha V, Andavolu RH, Huang CT. Granulomatous inflammation in the AIDS. *Am J Clin Pathol* 1985; 84: 598 – 602.
  11. Kauffman CA. Histoplasmosis pulmonary. *Current Infections Disease Reports* 3: 279 – 285, 2001.
  - lymphatics. *JAMA* 1906; 46: 1283 – 5.
  12. Macher A., Rodríguez MM, Kaplan W, et al. Disseminated bilateral chorioretinitis due to *Histoplasma capsulatum* in a patient with AIDS. *Ophthalmology* 1985; 92: 1159 – 64.
  13. Sarosi GA, Johnson PC. Disseminated histoplasmosis in patients with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 60 – 67.
  14. US. National Library of Medicine. Medline plus. Histoplasmosis diseminada.
  15. Wheat LI, Slama TG, Eotzen HE, Kohler RB, French ML, Biesecker JL. A Large urban outbreak of histoplasmosis. *Ann Intern Med* 1981; 94: 331 – 7.

**Dr. Rubén Valle Giler**

**Teléfonos: 593-04-2278462; 093302972**

**Correo electrónico: jruben\_valle@hotmail.com**

**Fecha de presentación: 28 de febrero de 2005**

**Fecha de publicación: 31 de Agosto de 2007**

**Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL