

POLICLINICO COMUNITARIO DE GUANAJAY. INSTITUTO DE
MEDICINA TROPICAL PEDRO KOURÍ.

HISTOPLASMOSIS Y VIH/SIDA: UNA REFLEXIÓN NECESARIA

Dr. Denis Berdasquera Corcho.

Especialista de II grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado.
Master en Enfermedades Infecciosas.

RESUMEN

Durante los últimos años se ha observado a escala mundial un alza de los casos de VIH/SIDA y una de las infecciones oportunistas que mayormente ha afectado a estos pacientes ha sido la histoplasmosis. En este artículo se realiza un análisis de la situación mundial de esta enfermedad así como de algunos elementos importantes de la transmisión de la misma que resultan de interés para los profesionales de la salud pública con vistas a lograr mayor alcance en las estrategias de control de esta enfermedad.

Descriptores DeCS: **HISTOPLASMOSIS; VIH; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.**

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la humanidad se ha visto amenazada por una serie de microorganismos que han planteado un desafío continuo a la supervivencia de la especie humana. Aunque enfermedades devastadoras tan antiguas como la Tuberculosis y la Malaria, cobran millones de vidas anualmente, existen otras que se comportan como una verdadera epidemia con consecuencias serias para la salud pública mundial. ¹ Un ejemplo de ello lo constituye el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido (SIDA) y la Histoplasmosis diseminada vinculada a este.

Los primeros casos de SIDA, se detectaron en 1981 en Estados Unidos, aunque probablemente existiera en otras partes del mundo en fechas anteriores. Los científicos establecieron en 1984

que el SIDA era la enfermedad que causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH; en inglés HIV), se transmitía de una persona a otra a través del contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal; por vía sanguínea; mediante transfusiones o al compartir agujas y de madre a hijo.²

Desde esa fecha hasta la actualidad, alrededor de 25 millones de personas en todo el mundo han muerto a causa de esta infección y 40.3 millones de personas están actualmente viviendo con VIH/SIDA en términos globales.²

El VIH ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales conocidas como enfermedades oportunistas. Hoy en día la histoplasmosis constituye una de las llamadas enfermedades infecciosas marcadoras de SIDA. En más de la mitad de los casos, esta infección es la primera afección marcadora.

Para la realización de este trabajo de actualidad se consultaron bibliografías relacionadas con el tema.

DESARROLLO

Algunos elementos importantes de la Histoplasmosis.

La histoplasmosis, constituye la infección causada por la inhalación de esporas del hongo *Histoplasma capsulatum* en sus dos variedades: variedad *capsulatum* o Histoplasmosis americana y variedad *duboisii* o Histoplasmosis africana. Constituye una micosis generalizada, de gravedad variable, cuya lesión primaria suele localizarse en los pulmones. La infección es común, pero no así la enfermedad clínica manifiesta.³

Este hongo puede ser observado en distintas regiones del mundo, pero es mucho más frecuente en determinadas zonas geográficas de América, África, el este de Asia y Australia,³ siendo la micosis sistémica más frecuente en los Estados Unidos. En América se extiende desde el sur de Canadá a las regiones centrales de Argentina. Las zonas endémicas de mayor importancia corresponden a los valles de los ríos Mississippi, Missouri y Ohio en América del Norte y a la cuenca del Río de la Plata en América del Sur. En Europa se han descrito pocos casos autóctonos.⁴ En Cuba, esta enfermedad es conocida desde 1951. La mayoría de los casos clínicos se han presentado en forma de brotes epidémicos, en los cuales la forma clínica predominante ha sido la pulmonar aguda.⁵

La prevalencia aumenta desde la niñez hasta los 15 años de edad, por lo regular no se observan diferencias por sexo, excepto que la forma pulmonar crónica es más frecuente en los hombres.³ Hay autores que plantean que se enferman más frecuentemente las personas del sexo masculino, en una proporción de 40 a 1 con respecto a las mujeres, cuyas edades oscilan entre los 45 y 50 años.⁶

El reservorio de la enfermedad lo constituye el suelo favorecido por determinadas condiciones naturales como la presencia de humedad con gran contenido orgánico y excrementos intactos de aves o murciélagos, en particular cerca o dentro de gallineros viejos o en cuevas donde habitan murciélagos. La proliferación de los microorganismos en el suelo genera microconidios y macroconidios tuberculados, apareciendo la infección como consecuencia de la inhalación de estos transmitidos mediante el aire, siendo muy rara la transmisión de una persona a otra, solo si se inocula tejido infectado en una persona sana.³ Temperaturas entre 22 y 29° C, humedad de 67 a 87% y nivel de precipitaciones entre 35 y 50 pulgadas, son los requerimientos para su desarrollo.⁷

La infección habitualmente se produce por vía respiratoria. Cuando los gérmenes llegan al alvéolo pulmonar son fagocitados por los macrófagos. Se reproducen localmente, luego siguen la vía linfática hacia los ganglios hiliares y mediastinales y a través del conducto torácico invaden el torrente sanguíneo diseminándose en los distintos tejidos y órganos. Parasitan especialmente los órganos del sistema mono-histiocitario (pulmón, hígado, bazo, ganglios linfáticos y estructuras linfáticas del aparato digestivo).⁴

La sintomatología suele aparecer entre 3 y 17 días después de la exposición. Este lapso de tiempo puede ser más breve después de exposición a grandes cantidades de inóculos y por lo común es de 10 días.⁸

Las manifestaciones clínicas son muy variables, identificándose cinco formas clínicas: la asintomática, respiratoria aguda benigna, diseminada aguda, diseminada crónica con síntomas variables y la pulmonar crónica.

Las formas más severas de la enfermedad se ven con más frecuencia en personas que tienen problemas con el sistema inmune, tales como los pacientes SIDA,⁹ siendo la histoplasmosis diseminada frecuente en infectados por el VIH que viven en zonas donde la infección por este hongo es endémica

La Histoplasmosis y el VIH/SIDA.

Durante los primeros años de la epidemia de SIDA no se hablaba de la histoplasmosis como una de las infecciones oportunistas frecuentes en estos pacientes. En sus inicios, los casos de SIDA se concentraban en los grandes núcleos urbanos de las costas este y oeste de los Estados Unidos, mientras que la zona de más alta endemicidad de histoplasmosis, localizada en el centro del territorio, permanecía al margen de la epidemia viral. Sin embargo, a medida que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se fue expandiendo hacia el centro del país, comenzaron a reportarse de forma importante casos de histoplasmosis diseminada progresiva entre los pacientes con SIDA.¹⁰ Al igual que en el resto del mundo, en Cuba, emerge como una infección oportunista con el advenimiento de la epidemia.

Hoy en día es considerada una micosis oportunista en los pacientes inmunodeprimidos, ya sea

por trasplante de órganos, linfomas, leucemia, SIDA y administración de corticoesteroides o inmunosupresores. ¹¹ Constituye la micosis sistémica de mayor relevancia en los pacientes con VIH/SIDA, después de la Criptococosis, caracterizándose por defectos en la inmunidad celular que predisponen para la aparición de las formas graves.¹¹

Un paciente inmunodeprimido puede desarrollar la enfermedad por la reactivación de un granuloma cicatrizal de una primoinfección, por una reinfección o por una exposición nueva en un paciente que nunca antes había estado en contacto con el *Histoplasma capsulatum* y que al hacerlo desarrollan la enfermedad pulmonar aguda que rápidamente evoluciona a las formas de histoplasmosis diseminada progresiva. ¹²

En el SIDA se caracteriza por ser multisistémica, con elevada frecuencia de lesiones cutáneomucosas (figura 1) y pulmonares, baja rentabilidad de los métodos inmunológicos de diagnóstico, frecuente aislamiento del hongo de médula ósea y sangre y limitada respuesta al tratamiento. ⁴



Figura 1. Paciente SIDA con manifestaciones cutáneas de histoplasmosis.

El paciente con SIDA tiene riesgo de esta enfermedad cuando el nivel de linfocitos CD4 oscila entre 75 y 150 cel/mm³ o menos. La sintomatología es inespecífica y puede manifestarse solamente por fiebre y toma del estado general.

Entre el 10 y el 20% de los casos se manifiesta por shock séptico, falla hepática y/o renal, distrés respiratorio y coagulopatía. El pulmón casi siempre está afectado aunque la radiografía puede ser normal. Los patrones radiológicos pulmonares pueden ser variados: infiltrados pulmonares o siembras miliares, con o sin adenomegalias hiliares y/o mediastinales. Es frecuente la hepato y esplenomegalia. Las lesiones cutáneas pueden ser la primera manifestación y en muchos de los enfermos se asocian a las lesiones pulmonares, orientando hacia su etiología. Con menor frecuencia se observan lesiones en mucosa nasal, sinusal, de paladar, laringe e intestino.⁴

La incidencia entre los pacientes VIH positivos varía de una región a otra en dependencia de la endemicidad de cada lugar. Así por ejemplo, en Indianapolis se reporta que hasta el 30 % de los infectados por el VIH padecen esta micosis, mientras que en Dallas; Texas, sólo se reporta entre 4 y 5 %. En Cuba la histoplasmosis diseminada se presenta en el 4,2 % de los pacientes con SIDA¹⁰ y aquella con lesiones cutáneas se ha convertido en una forma de presentación importante de la enfermedad.

La asociación entre la histoplasmosis y el SIDA debe continuar en aumento a expensas fundamentalmente de aquellas regiones donde la enfermedad es endémica. Los métodos de diagnóstico deben perfeccionarse buscando aquellos que sean lo suficientemente sensibles, específicos y económicos¹⁰ y que estén al alcance de todos los pacientes buscando soluciones que permitan el diagnóstico temprano de la enfermedad.

Importancia de la atención primaria de salud en el diagnóstico y seguimiento de la Histoplasmosis en los pacientes VIH/SIDA.

La atención primaria constituye, sin dudas, el eslabón fundamental del sistema nacional de salud en Cuba. A partir de su organización se estructura todo el sistema de atención integral al hombre y a su medio.¹³

El desarrollo actual de la atención primaria de salud, ha requerido de nuevas dimensiones de trabajo en la medicina familiar, que permitan con un enfoque más amplio, la integración de las visiones clínicas, epidemiológicas y sociales como herramientas fundamentales de trabajo.¹³ Cuenta con recursos y con un personal especializado capaz de solucionar los problemas que se presenten a nivel comunitario y uno de ellos ha sido la atención ambulatoria a los pacientes VIH/SIDA instrumentado en el año 1994, como resultado de la experiencia adquirida de la atención integral a estas personas en el Sanatorio Santiago de las Vegas en La Habana.¹⁴

Es por ello que en la medida en que el personal de salud, y los médicos de familia en particular, tengan un mayor conocimiento del VIH/SIDA, estarán mejor preparados para desarrollar el trabajo de atención primaria en la comunidad, pues es allí donde se requiere la realización de intervenciones educativas que contribuyan a promover entre la población, especialmente en los jóvenes, conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables.¹⁵ Además ellos juegan un papel importante en el diagnóstico temprano de enfermedades oportunistas como la histoplasmosis en pacientes VIH/SIDA, y aunque en ocasiones el diagnóstico microbiológico y el tratamiento de esta enfermedad, se dificulta en ellos, es necesario que el médico de la atención primaria conozca de estas enfermedades con vistas a un mejor manejo y orientación del paciente.

CONCLUSIONES

La histoplasmosis y otras infecciones oportunistas siguen representando enfermedades potencialmente mortales, y plantean nuevos desafíos para el tratamiento concomitante del VIH/SIDA. Debe perfeccionarse el accionar médico entorno a estas dos enfermedades y plantearse nuevos retos en los últimos años que permitan de forma certera el diagnóstico y tratamiento oportuno de las mismas, con vistas a lograr una mayor calidad de vida del paciente VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. The AIDS epidemic. Considerations for the 21st century. N Engl J Med 1999; 314:1046-

2. SIDA. Enciclopedia médica en español (en línea).. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>. Citado: 18 de enero de 2006
3. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC: OPS; 2001 (Publicación Científica; 581)
4. Braselli A. Histoplasmosis (en línea).. Disponible en: <http://www.infecto.edu.uy/espanol/revisiontemas/tema4/histotema.htm>. Citado: 3 de septiembre de 2006
5. Osa J de la. Histoplasmosis. Granma (periódico en línea). Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/h/c13.html>. Citado: 3 de septiembre de 2006
6. Histoplasmosis: definición. Latinsalud.com: La guía completa de la salud (en línea). Disponible en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00375.asp>. Citado: 21 de febrero de 2006
7. Cabello H, Manieu D, Noriega M, Meneses M, Peralta M, Larraguibel C. Histoplasmosis pulmonar. Rev Chil Infectol (seriada en línea) 2002; 19¹ Citado: 04 Septiembre 2006. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182002000100008&lng=es&nrm=iso>
8. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. La protección de los trabajadores que tienen un riesgo de histoplasmosis (en línea). Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/97-146sp.htm>. Citado: 4 de septiembre de 2006
9. Histoplasmosis (en línea). Disponible en: <http://www.vdh.state.va.us/spanish/histof.htm>. Citado: 12 de mayo de 2006.
10. Fernández Andreu C, Corral Varona C, Martínez Machin G. Histoplasmosis diseminada progresiva en pacientes con sida. Rev Cubana Med Trop (seriada en línea).1996; 48³ Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s037507601996000300005&lng=es&nrm=iso Citado: 04 septiembre 2006
11. Cahn P. Histoplasmosis en pacientes infectados por VIH en la era HAART (en línea). Citado 3 de septiembre de 2006. Disponible en: http://216.239.51.104/search?q=cache:H8kV2_AwnasJ:www.nexusediciones.com/pdf/ee2004_1/s-6-1-001.pdf+histoplasmosis+en+pacientes+VIH/SIDA&hl=es&gl=cu&ct=clnk&cd=3.
12. Bullock WE. Histoplasma capsulatum. Enfermedades infecciosas. Buenos Aires: Panamericana, 1997;(2): 2627-42.
13. Berdasquera Corcho D, Mirabal López MC, Suárez Larreinaga CL. La integración de la higiene y la epidemiología a la atención primaria: otro avance de la salud pública cubana. Rev Cubana Med Gen Integr (seriada en línea) 2001; 17¹ Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es Citado: 6 de septiembre de 2006.
14. Orbea Espinosa L, Martínez Isaac JA. Dimensión del sistema de atención ambulatoria a personas viviendo con VIH-SIDA (en línea). Ilustrados.com. Citado: 6 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVuVulAEyFDBtdfah>.

[php](#).

15. Soler Cedré G. Una guía para conocer mejor al VIH (en línea). Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=10898>. Citado: 6 de septiembre de 2006

SUMMARY

During the last years it has been observed a global rise of the HIV/AIDS cases and one of the opportunistic infections that has especially affected these patients has been histoplasmosis. In this article it is carried out an analysis of the world situation of this disease as well as of some important elements of the transmission of it, that result of interest for public health professionals in order to achieve a greater scope in the control strategies of this disease.

Subject headings: **HISTOPLASMOSIS; HIV; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; COMMUNICABLE DISEASES**

Dr. Denis Berdasquera Corcho.

E-mail: denis@ipk.sld.cu