HISTOPLASMOSIS CRÓNICA DISEMINADA CON AFECTACIÓN RINOSINUSAL PREDOMINANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salazar Pérez Freddy D.[1,2,4], Pardo Ochoa Adrián D.[1,2,3,4], Louis Chad César A.[1,3,4], Comini Noriega Diego A.[2,4], Pedroza Lezama Eliezer A.[2,4], Merino-Alado Rommie L.[1], Landaeta Nesser, M. E.[1,2,4].

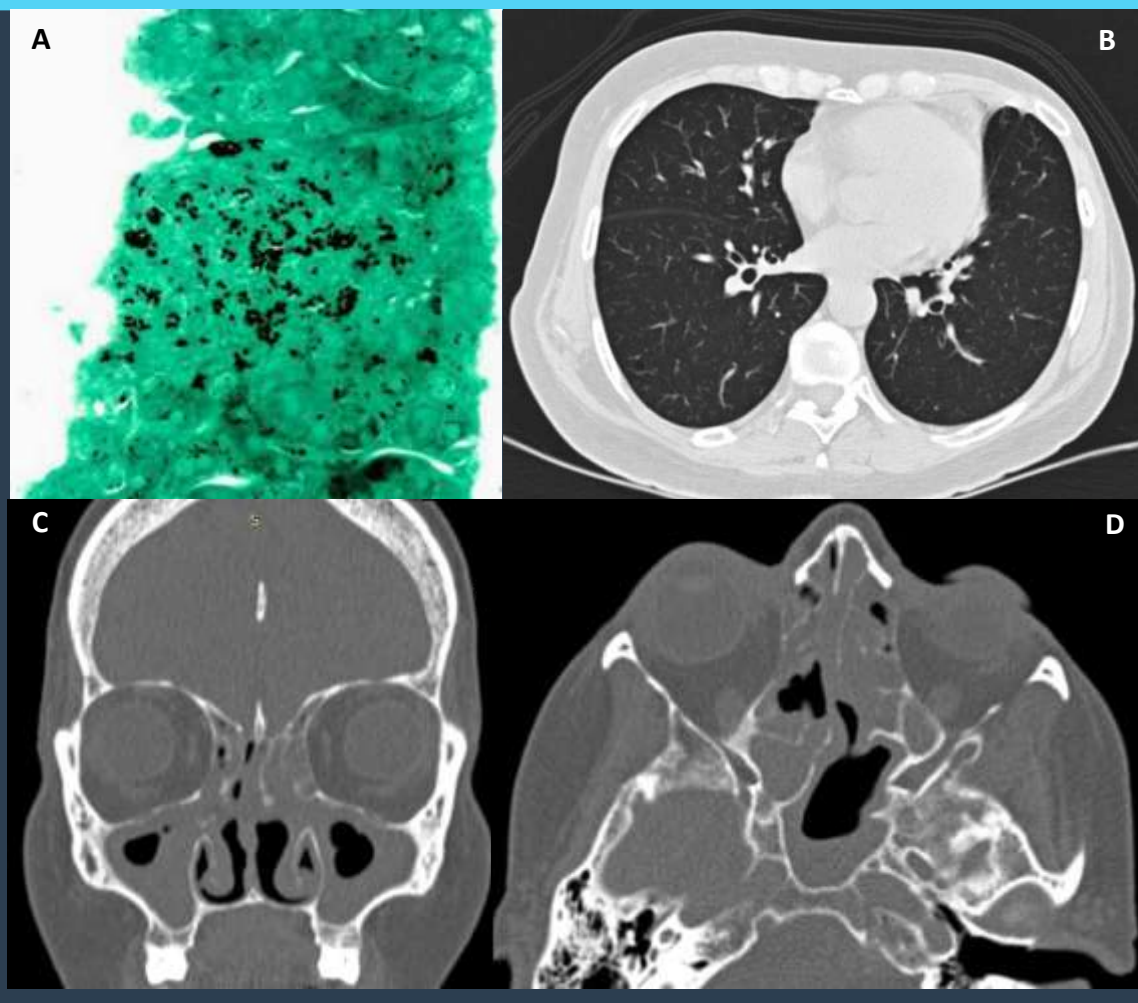
[1] Sección de Micología Médica "Dr. Dante Borelli", Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela.
[2] Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
[3] Residencia Asistencial de Medicina Interna, Hospital de Clínicas Caracas.
[4] Grupo de Educación Médica en Infectología y Microbiología Clínica (GEMIC).

INTRODUCCIÓN

La **histoplasmosis** es una micosis sistémica endémica que **puede comprometer mucosas en su forma diseminada**. Sin embargo, las **formas localizadas en senos paranasales y mucosa nasal son raras** y constituyen un desafío diagnóstico [1,2]. Por tratarse de una manifestación inusual, se presenta caso de pansinusitis por *Histoplasma sp.* con la finalidad de documentarlo y realizar una revisión bibliográfica al respecto.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 62 años, **sin inmunosupresión conocida**, con **cuadro rinosinusal** de 2 años de evolución, **refractario a múltiples antibióticos y dos intervenciones quirúrgicas**. Luego de estudio exhaustivo, reevaluaciones múltiples, mejoría parcial y reincidencia de sintomatología respiratoria superior a pesar de tratamientos médicos y quirúrgicos, se decide **toma de biopsia de mucosa nasal y tinción con Gomori-Grocott,** evidenciando **levaduras intracelulares** sugestivas de ***Histoplasma sp.*** Es diagnosticada finalmente como **histoplasmosis crónica diseminada con compromiso rinosinusal predominante**, iniciando tratamiento con itraconazol. Presenta mejoría franca de sintomatología posterior al inicio del mismo.



A: Biopsia de mucosa nasal teñida con tinción de Gomori-Grocott. **B:** TC de tórax. **C y D:** TC de senos paranasales (cortes coronal y axial respectivamente)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La sinusitis fúngica es un término reciente y un cuadro infrecuente independientemente de su clasificación. *Aspergillus sp.*, levaduras y mohos representan la etiología más común, siendo ***Histoplasma sp.*** un **hallazgo atípico** como agente causal [2-4], describiéndose únicamente 9 casos a nivel mundial desde su primer reporte en el año 1993 [2], correspondiendo este caso al **primero reportado** en **Venezuela.** Todos los casos reportados contaban con una biopsia con tinción Gomori-Grocott positiva para *Histoplasma sp* [2].

La mayoría de estos casos se han descrito en el sexo masculino, afectando principalmente a inmunocomprometidos por VIH y/o Linfoma no Hodgkin en quimioterapia o inmunosenescencia [2,4,6]. Debido a los pocos casos reportados, el tratamiento en la sinusitis por *Histoplasma sp*. es desconocido. Sin embargo, el **itraconazol es considerado el tratamiento de elección para histoplasmosis**, con tasas de éxito de hasta el 85% [6,7].

- En áreas endémicas, ante un paciente con cuadro rinosinusal con respuesta pobre a tratamiento convencional se debe sospechar la etiología micótica.
- Conocer las presentaciones atípicas de histoplasmosis permite establecer sospechas diagnósticas tempranas y tratar precozmente.

Referencias bibliográficas

1. Sinha S, Agrawal D, Sardana K, Malhotra P. Cutaneous Histoplasmosis: An Unusual Presentation with Nasal Obstruction. Indian Dermatol Online J. [Internet] 2020 Jan 24 [Citado el 15 de abril de 2026]; 11(4):612-615. Disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32832454/
2. Nabet C, Belzunce C, Blanchet D, Abboud P, Djossou F, et al. Histoplasma capsulatum causing sinusitis: a case report in French Guiana and review of the literature. BMC Infect Dis [Internet]. 2018 Nov 26 [Citado el 15 de abril de 2026];18(1):595. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6258161/.
3. Montone KT, Livolsi VA, Feldman MD, et al. Fungal rhinosinusitis: a retrospective microbiologic and pathologic review of 400 patients at a single university medical center. Int J Otolaryngol. [Internet]; Feb 2012 [Citado el 28 de abril de 2026].Disponible en https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3299344/
4. Butt A, Carreon J. Histoplasma capsulatum Sinusitis. Journal of Clinical Microbiology [Internet]. Oct 1997 [Citado el 27 de abril de 2026];35(10):2649-2650.
5. Elansari R, Abada R, Rouad S, et al. Histoplasma capsulatum sinusitis: Possible way of revelation to the disseminated form of histoplasmosis in HIV patients: Case report and literature review. International Journal of Surgery Case Reports [Internet]; 2016 [Citado el 28 de abril de 2026]; 24(C)94-97. Disponible en https://journals.lww.com/ijscr/fulltext/2016/24000/histoplasma_capsulatum_sinusitis__possible_way_of.27.aspx
6. Landaeta ME. Histoplasmosis: Epidemiología, Diagnóstico y Terapéutica [Internet] [Tesis Doctoral para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2021. [Citado el 30 de marzo de 2026]. Disponible en https://saber.ucv.ve/jspui/handle/10872/21619?mode=full
7. Cortés JA, Valderrama-Rios MC, Tobón AM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la histoplasmosis en personas adultas que viven con el VIH – versión completa. Infectio [Internet].2024 [Citado el 5 de mayo de 2026];28(2). Disponible en https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/1178/1318

© 2026 Salazar Pérez Freddy D. *et al.* Todos los derechos reservados. Este trabajo, incluyendo su diseño, metodología, datos originales y conclusiones, es propiedad intelectual exclusiva de sus autores y de la Sociedad Venezolana de Infectología. Queda estrictamente prohibida la reproducción, distribución, fotografía o difusión total o parcial de este contenido en cualquier medio físico o digital sin la autorización previa y por escrito de los autores principales.