

Presentación atípica de histoplasmosis como trombocitopenia inmune secundaria: informe de caso

Atypical presentation of histoplasmosis as secondary immune thrombocytopenia: case report

Luis Fernando Escobedo(1), Jhonny Arliny Interiano(2)

1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”, Quetzaltenango, Guatemala.
2. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Luis Fernando Escobedo, lfescobedog@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v163i1.687>

Publicado: 9 de Septiembre 2023

Resumen

El desarrollo de trombocitopenia inmune se ha caracterizado por ser un trastorno adquirido, cuya presentación más frecuente es trombocitopenia aislada. Cuando se determina la causa, se establece como secundaria y puede obtenerse una respuesta favorable al tratar la causa desencadenante. Se presenta el caso de un paciente de 29 años, quien, a pesar de haber recibido el tratamiento adecuado para trombocitopenia inmune, no se obtuvo respuesta, hasta establecer el diagnóstico de histoplasmosis de presentación atípica.

Palabras clave: *trombocitopenia, histoplasmosis, médula ósea.*

Abstract

The development of immune thrombocytopenia has been characterized as an acquired disorder, the most frequent presentation of which is isolated thrombocytopenia. When the cause is determined, it is established as secondary and a favorable response can be obtained by treating the underlying cause. The case of a 29-year-old patient is presented, who, despite having received adequate treatment for immune thrombocytopenia, did not obtain a response, until the diagnosis of atypical presentation histoplasmosis was established.

Keywords: *thrombocytopenia, histoplasmosis, bone marrow.*

Introducción

La histoplasmosis es una de las micosis endémicas más comunes en las Américas, sin embargo, permanece subdiagnosticada y continúa generando desafíos diagnósticos y de salud pública. En la actualidad, alrededor del 90% de la población ha tenido contacto con *Histoplasma capsulatum*. Es prevalente en países de Latinoamérica como Brasil, Argentina, Colombia, Venezuela, Guatemala [1].

Reporte de caso

Paciente masculino de 29 años de edad, quien había trabajado en áreas rurales. Aproximadamente tres años previos a la consulta, evidenció petequias a nivel de miembros inferiores, acompañadas de hematemesis, por lo que acudió a un hospital, donde arribaron al diagnóstico de trombocitopenia inmune primaria (TIP). Paciente sufrió COVID-19 leve, dos años después del diagnóstico inicial. El COVID-19 ocasionó aparente descompensación de TIP, por lo que recetaron nuevamente tratamiento con esteroides, obteniendo aparente mejoría clínica. Quince días antes de consultar a nuestro hospital, notó la presencia de diaforesis, debilidad, malestar generalizado, y nuevamente la aparición de petequias. Paciente que al ingreso con presencia de púrpura húmeda que se extiende hasta úvula y múltiples petequias a nivel de tórax anterior y posterior que se extienden a miembros inferiores. Refirió cambio de coloración de las heces, por lo que se realizó tacto rectal el cual positivo, por lo que se inició tratamiento médico.

Paciente presentaba trombocitopenia de 8,000 plaquetas por lo que administró metilprednisolona a 1 mg/kg. El frote periférico reportó trombocitopenia grave, por lo que indica realización de aspirado de médula ósea. Con aspirado de médula ósea sospechoso de histoplasma y antígeno de histoplasma en orina con valor de 18.22 ng/mL (detectable), Los departamentos de infectología y hematología iniciaron tratamiento con Itraconazol 200 mg cada 12 horas para dos años, así también la transfusión de aféresis plaquetaria y administración de Romiplostim 250 mg vía SC. Con tratamiento de micofenolato de mofetilo 250 mg cada 12 horas, se da egreso a paciente con 171,000 plaquetas. Posteriormente el cultivo para hongos detectó *histoplasma capsulatum*.

Discusión

En la actualidad la presencia de histoplasmosis ha incrementado, considerando que hasta un 90% de la población mundial ha tenido contacto con *Histoplasma capsulatum* en algún momento de su vida [1]. Por el antecedente laboral del paciente y un diagnóstico previo de trombocitopenia inmune primaria sin respuesta satisfactoria, era necesario considerar otras posibles causas. Como el paciente tuvo un cuadro de descompensación cuando sufrió COVID-19, que no respondió al tratamiento

convencional y teniendo en cuenta los valores bajos y persistentes de plaquetas, se decidió la realización de aspirado de médula ósea como se indican según las directrices [2]. Por hallazgos a nivel de aspirado de médula ósea se decidió tratamiento para histoplasmosis diseminada progresiva con itraconazol durante 12 meses [3], más tratamiento con micofenolato de mofetilo por la trombocitopenia inmune [2,3], con lo que se logró adecuada respuesta inmune y valores normales de plaquetas.

Referencias bibliográficas / References

1. Azar MM, Loyd JL, Relich RF, Wheat LJ, Hage CA. Current concepts in the epidemiology, diagnosis, and management of histoplasmosis syndromes. *Semin Respir Crit Care Med* [Internet]. 2020;41(1):13–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-1698429>
2. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv* [Internet]. 2019;3(23):3829–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000966>
3. Araúz AB, Papineni P. Histoplasmosis. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2021;35(2):471–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2021.03.011>
4. Sandal R, Mishra K, Jandial A, Sahu KK, Siddiqui AD. Update on diagnosis and treatment of immune thrombocytopenia. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2021;14(5):553–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17512433.2021.1903315>