

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i5.10751>

Cuando la piel habla primero: histoplasmosis cutánea diseminada como primera manifestación clínica en un paciente con inmunosupresión por VIH

When the skin speaks first: Disseminated cutaneous histoplasmosis as the first clinical manifestation in a patient with HIV immunosuppression.

Yunelly Paola Sarmiento Sosa,¹ Héctor Javier Gómez Sarmiento,² Xóchitl Vite Alavez,³ Tania Carey Guzmán Ochoa,⁴ Alexandro Bonifaz⁴

Estimado editor:

Compartimos un caso clínico que pone de manifiesto la importancia de considerar la histoplasmosis cutánea diseminada como manifestación inicial de infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Aunque la vía de entrada más común es la inhalatoria, la manifestación inicial con daño cutáneo diseminado es infrecuente, susceptible de pasar inadvertida y puede ser subdiagnosticada.

La histoplasmosis es una micosis sistémica oportunista causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo dimórfico endémico en regiones tropicales y subtropicales, como ciertas zonas de la república mexicana; en particular, se da en zonas tropicales, por lo que abarca todo el sur y sureste de México. En pacientes inmunodeprimidos, especialmente los que tienen infección por VIH, esta enfermedad puede manifestarse de manera diseminada. En algunos casos, las lesiones cutáneas constituyen su primera expresión clínica, lo que proporciona una ventana diagnóstica clave.^{1,2,3}

¹ Departamento de Medicina Interna.

² Departamento de Patología.

³ Departamento de Dermatología.
Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, Veracruz, México.

⁴ Servicio de Dermatología y Micología,
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-1133-6376>

Recibido: mayo 2025

Aceptado: junio 2025

Correspondencia

Yunelly Paola Sarmiento Sosa
paola_sarmiento_1@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Sarmiento-Sosa YP, Gómez-Sarmiento HJ, Vite-Alavez X, Guzmán-Ochoa TC, Bonifaz A. Cuando la piel habla primero: histoplasmosis cutánea diseminada como primera manifestación clínica en un paciente con inmunosupresión por VIH. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (5): 741-744.

Se comunica el caso de una paciente femenina de 46 años, originaria del estado de Veracruz, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y consumo ocasional de marihuana. Acudió a consulta por padecer lesiones cutáneas diseminadas de tres semanas de evolución, asociadas con fiebre, diarrea, astenia y pérdida de peso, que se acompañaron de la aparición progresiva de lesiones dérmicas que iniciaron dos meses antes en la región facial y, posteriormente, se diseminaron al tronco, el abdomen y las extremidades. El examen físico reveló una dermatosis diseminada bilateral, asimétrica, predominante en la región centrofacial, el cuello, el tronco y las extremidades superiores (**Figura 1**), constituida por múltiples pápulas y nódulos eritematovioláceos, algunas ulceraciones con costra sanguínea en la superficie.

En la cara, las lesiones estaban infiltradas con tendencia a confluir formando lesiones de mayor tamaño; en las extremidades estaban más dispersas, algunas de superficie lisa y otras umbilicadas. **Figura 2**



Figura 1. A. Lesiones pápulo-nodulares eritematovioláceas confluentes en la región centrofacial, algunas con ulceración y costras hemáticas. **B.** Vista frontal de la paciente que muestra lesiones dérmicas infiltradas diseminadas en el rostro, con lesiones pápulo-nodulares y umbilicadas.

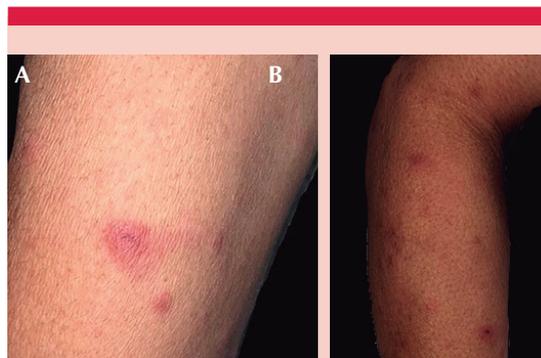


Figura 2. A. Lesión papular umbilicada en la extremidad inferior con borde eritematoso bien delimitado. **B.** Múltiples lesiones de distribución irregular en la extremidad superior; predominan las pápulas violáceas y costrosas.

Debido al patrón de diseminación y la heterogeneidad morfológica de las lesiones, se llevó a cabo un proceso diagnóstico integral con el propósito de excluir causas infecciosas y neoplásicas. Los estudios de laboratorio reportaron anemia grado I y linfopenia, por lo que se solicitó serología para VIH, que fue positiva.

El estudio de la biopsia de piel reportó un infiltrado inflamatorio granulomatoso en la dermis asociado con estructuras fúngicas intracelulares compatibles con *H. capsulatum*; no se obtuvieron cultivos debido a que no se disponía de laboratorio con las condiciones de seguridad (campana de seguridad 3).

Las tinciones especiales (de ácido peryódico de Schiff y Grocott) confirmaron el hongo (**Figura 3**), con lo que se estableció el diagnóstico de histoplasmosis cutánea diseminada en el contexto de una inmunosupresión por VIH. La paciente fue tratada con una dosis de anfotericina B liposomal 3 mg/kg: 150 mg en infusión para 120 minutos al día durante siete días como tratamiento antifúngico de primera línea;⁴ no obstante, tuvo un deterioro clínico progresivo que culminó en su fallecimiento durante la hospitalización.

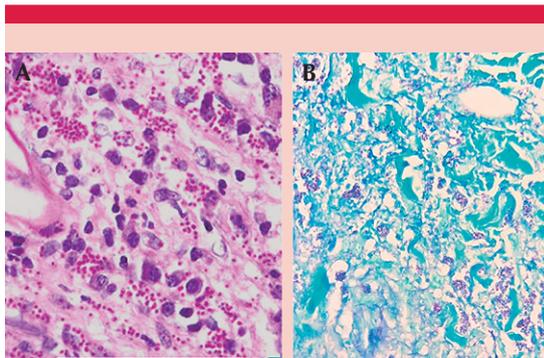


Figura 3. A. Infiltrado inflamatorio granulomatoso en la dermis con abundantes levaduras intrahistiocíticas (H&E, 40x). **B.** Múltiples levaduras de *Histoplasma* sp (Grocot, 40x).

La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el complejo dimorfo *Histoplasma capsulatum*, con mayor incidencia en regiones tropicales y subtropicales, incluida la cuenca del río Mississippi, América Central y zonas endémicas de México.^{1,2} En pacientes inmunodeprimidos la manifestación clínica puede ser diseminada. La histoplasmosis cutánea diseminada es una infección oportunista relevante en América Latina, y se considera una de las principales causas de muerte en pacientes con SIDA no tratados.^{4,5}

Las manifestaciones cutáneas ocurren en aproximadamente del 10 al 25% de los sujetos con inmunosupresión. Las lesiones más frecuentes son pápulo-nodulares, umbilicadas, costrosas, ulceradas o verrugosas, y pueden diseminarse en la cara, el tronco y las extremidades.^{6,7} Los diagnósticos diferenciales a considerar son: leishmaniasis, criptococosis, esporotricosis, tuberculosis cutánea e, incluso, neoplasias cutáneas.

El diagnóstico se confirma mediante biopsia de piel con estudios histopatológicos. Las tinciones de ácido peryódico de Schiff y plata metena-

mina de Grocott permiten visualizar levaduras redondeadas intracelulares, pequeñas y con halo claro, típicas de *H. capsulatum*.^{1,8} En regiones endémicas y en pacientes con inmunosupresión, el hallazgo histológico es suficiente para iniciar el tratamiento.

El tratamiento de elección de la histoplasmosis diseminada en pacientes con inmunosupresión severa consiste en anfotericina B desoxicolato o liposomal durante una a dos semanas, seguida de una fase de consolidación con itraconazol oral durante, al menos, 12 meses.^{4,9} En pacientes con afectación multiorgánica, se prefiere la formulación liposomal por su menor toxicidad renal. El tratamiento antifúngico debe iniciarse lo antes posible porque el retraso incrementa la mortalidad.^{2,3,10}

Este caso resalta la importancia de considerar esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de pacientes sin inmunosupresión conocida, al ilustrar cómo las manifestaciones cutáneas pueden constituir una herramienta diagnóstica decisiva. La identificación oportuna de estas lesiones, junto con una adecuada sospecha clínica, resultó fundamental para establecer el diagnóstico e iniciar tempranamente el tratamiento antifúngico, aspecto particularmente relevante en regiones endémicas.⁵⁻¹¹ El desenlace fatal de este caso hace ver que es necesario un diagnóstico más rápido, en particular en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en los pacientes con VIH-SIDA, en los que puede ser la primera enfermedad asociada y marcadora del síndrome.

La histoplasmosis cutánea diseminada puede ser la primera manifestación de una inmunosupresión no diagnosticada, especialmente en pacientes con VIH. El hallazgo de lesiones dérmicas atípicas y diseminadas debe motivar una evaluación integral para detectar causas infecciosas oportunistas en regiones endémicas.^{3,4,5}

CONCLUSIONES

Este caso reafirma la importancia de las manifestaciones cutáneas en el diagnóstico de infecciones oportunistas en pacientes con VIH. Conocer esta enfermedad y mantener un alto índice de sospecha ante lesiones atípicas resulta fundamental para llevar a cabo un proceso diagnóstico oportuno. De esta forma, se favorece la detección temprana de infección por VIH y el inicio de un tratamiento antifúngico y antirretroviral adecuado, decisivo para mejorar el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

1. Flores-Franco A, Guzmán-Ochoa TC, Ordoñez-Rodríguez B, et al. Comportamiento de la histoplasmosis cutánea diseminada asociada con el inicio del VIH-SIDA. *Dermatol Rev Mex* 2024; 68 (5): 732-737. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i5.10064>
2. Bonifaz A. *Micología médica básica*. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2022.
3. Colombo AL, Tobón A, Restrepo A, et al. Epidemiology of endemic systemic fungal infections in Latin America. *Med Mycol* 2011; 49 (8): 785-98. <https://doi.org/10.3109/13693786.2011.577821>
4. Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2007; 45 (7): 807-25. <https://doi.org/10.1086/521259>
5. Nacher M, Adenis A, McDonald S, et al. Disseminated histoplasmosis: fighting a neglected killer of patients with advanced HIV disease in the Americas. *PLoS Pathog* 2021; 17 (3): e1009453. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008449>
6. Adenis AA, Aznar C, Couppie P. Histoplasmosis in HIV-infected patients: a review of new developments and remaining gaps. *Curr Trop Med Rep* 2014; 1: 119-28. <https://doi.org/10.1007/s40475-014-0017-8>
7. Gutierrez ME, Canton A, Sosa N, Puga E, Talavera L. Disseminated histoplasmosis in patients with AIDS in Panama: clinical and laboratory findings. *Clin Infect Dis* 2005; 40 (8): 1199-202. <https://doi.org/10.1086/428842>
8. Kauffman CA. Histoplasmosis: a clinical and laboratory update. *Clin Microbiol Rev* 2007; 20 (1): 115-32. <https://doi.org/10.1128/CMR.00027-06>
9. Schwartz IS, Muñoz JF, Kenyon C, et al. Toward understanding the global epidemiology of fungal diseases: the WHO fungal priority pathogens list as an impetus for change. *Lancet Infect Dis* 2023; 23 (2): e76-e83. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00003-4)
10. Huber F, Busse A, Lortholary O, Lanterrier F. Histoplasmosis in Europe: a systematic literature review. *J Fungi* 2021; 7 (8): 645. <https://doi.org/10.3390/jof7060481>
11. Caceres DH, Valdes A, Valderrama L, et al. Epidemiology of histoplasmosis in Latin America: a call to action. *Curr Trop Med Rep* 2020; 7 (2): 63-70.