

Histoplasmosis Benigna en Colombia

Por el doctor Guillermo Ballesteros Rotter

Durante muchos años la entidad denominada Histoplasmosis fue considerada como una afección rara y de pronóstico muy serio. En efecto hasta el año de 1945, la literatura mundial tan sólo registraba 74 defunciones imputables a la acción patogénica del hongo descubierto 39 años antes por Daring en Panamá. Sin embargo este concepto primitivo ha variado considerablemente, merced a los resultados obtenidos por los investigadores estadinenses, quienes han demostrado, sin lugar a dudas, la existencia de formas benignas de la afección, en número insospechado, y su importancia debido a la similitud que pueden presentar, clínica y sobre todo radiológicamente, con algunas afecciones pulmonares, en especial con la tuberculosis.

La forma grave de la enfermedad está caracterizada por un síndrome febril crónico, con esplenomegalia, linfadenopatías, anemia hipocrómica, leucopenia con linfocitosis, monocitosis y eosinofilia y enflaquecimiento progresivo. Pueden existir también síntomas del lado del aparato respiratorio y digestivo y coexistir manifestaciones mucosas o cutáneas de tipo ulceroso. Los exámenes radiológicos revelan casi siempre imágenes de infiltrados nodulares, neumónicos, o difusos, con o sin compromiso de los ganglios hiliares o mediastinales. El pronóstico es serio ya que la mayoría de los casos terminan con la muerte del enfermo al cabo de algunos meses.

El diagnóstico de certeza se obtiene por el hallazgo del germen en la sangre, médula ósea, bazo, esputo, etc. bien sea por búsqueda directa o apelando al cultivo o a la inoculación. Una prueba intradérmica positiva con la histoplasmina es un dato valioso que orientará el diagnóstico, pero su negatividad no excluye la afección pues se ha demostrado que precisamente en los casos graves el individuo se hace alérgico a este antígeno.

La forma benigna de la afección es de poca importancia clínica, ya que la mayoría de sus casos son asintomáticos u oligosintomáticos. El diagnóstico sólo es posible por el hallazgo de una prueba intradérmica positiva a la histoplasmina en un individuo radiológicamente sospechoso, cuando se pueden eliminar otras causas etiológicas.

Las lesiones pulmonares que hacen sospechar una histoplasmosis benigna, en orden de frecuencia, son: calcificaciones, generalmente múltiples, parenquimatosas o hiliares o ambas combinadas, infiltrados, en especial de tipo nodular, y adenopatías hiliares. También se han descrito imágenes de calcificaciones múltiples, pequeñas, que semejan una granulía cicatrizada, e infiltrados bipolares, parenquimales, radiológicamente idénticos a los que presenta la forma primaria de tuberculosis pulmonar.

Desde luego entre la forma benigna y la grave se encuentran formas de transición, de importancia clínica variable, y en las cuales la búsqueda y hallazgo del *Histoplasma Capsulatum* darán el diagnóstico de positividad, mientras los resultados de la prueba con la histoplasmina se hacen menos importantes, como ocurre con la tuberculosis pulmonar, por ejemplo.

El pronóstico en las formas benignas no tiene importancia alguna, no así en las formas declaradas de la enfermedad cuando se torna severo, pues todos los ensayos de tratamiento han fracasado hasta el momento.

En Colombia el doctor Gast Galvis encontró el primer caso de Histoplasmosis al hacer el examen necrópico de un paciente fallecido en el hospital de Cúcuta en el año de 1946. Existiendo indudablemente la forma grave de la afección nos dedicamos a la tarea de buscar las formas benignas. Un somero resumen y conclusiones de dicha labor incluimos a continuación, haciendo notar el hecho de que la forma clínica de la afección está aún por hallar entre nosotros.

Resumen:

1º El presente es un trabajo de investigación sobre la histoplasmosis benigna en nuestro país.

2º Para lograr sus fines, se realizaron pruebas de alergia a la histoplasmina en diversas zonas y grupos de personas. Al mismo tiempo se hizo una comparación con alergia a la tuberculina. A todos los individuos que reaccionaron positivamente a la histoplasmina, se les hizo un estudio radiológico del tórax;

3º Para la prueba con histoplasmina se utilizó una solución de

esta sustancia al 1 por 1000, inyectando de ésta 0.1 cc. intradérmicamente en la cara anterior del antebrazo. La lectura se verificó a las 72 horas, y el criterio de positividad fue la presencia clara de una pápula mayor de 5 mm., de diámetro, en el sitio de la inyección.

4º Para la prueba de tuberculina se usó el P. P. D. llegando hasta la segunda dosis, cuando con la primera no se había obtenido una reacción clara. La lectura se hizo a las 48 horas con criterio similar al usado para la histoplasmina. Algunas de las personas utilizadas en este estudio ya habían recibido una prueba de tuberculina, a la cual se habían manifestado sensibles, por lo cual no se les repitió.

5º El personal seleccionado fue en su mayoría escolares, de diferentes zonas del país, y en general de medios de vida muy limitados. Se hizo también la investigación en 7 pacientes de la Consulta Externa del Dispensario Fernando Troconis, quienes presentaban imágenes radiológicas de etiología desconocida.

6º Las pruebas de control se verificaron en tuberculosos del Hospital de Santa Clara de Bogotá; y en niños enfermos de diversas afecciones del Hospital de la Misericordia, de muy corta edad.

7º En total se realizaron 1.427 pruebas con histoplasmina, obteniéndose positividad en 68 casos, lo cual da un porcentaje global de 4.765 por 100.

8º El mayor índice de positividad se obtuvo en las investigaciones hechas en los pacientes con sombras pulmonares de etiología dudosa, negativos para tuberculosis pulmonar, de los cuales cuatro se mostraron sensibles a la prueba;

9º Según las zonas del país, encontramos el mayor número de alérgicos a la histoplasmina, entre los escolares de Cartagena (8.9 por 100) luego entre los de Barranquilla (6.5 por 100) y finalmente entre los de Bogotá (1.7 por 100);

10. Sobre positividad a la prueba y lugar de origen de los examinados, pudimos observar que el mayor porcentaje correspondía a los nativos de Cartagena, siguiéndolo los de Barranquilla, Ocaña, Bogotá, Popayán, Lórica y Subachoque en orden decreciente. Los otros reactores pertenecían a diferentes zonas del país, en número muy irregular por lo cual no se pueden sacar conclusiones exactas. Sin embargo la positividad a la prueba parece mostrarse más frecuente entre los nativos de las zonas cálidas de Colombia;

11. En relación con el sexo se obtuvo un porcentaje ligeramente mayor de sensibilidad entre las mujeres, que entre los varones;

12. Referente a la edad se encontró que el mayor número de reactivos se hallaba entre los 12 y 13 años, a partir de lo cual hay descenso progresivo en el índice de positividad en ambos sentidos;

13. Del total de reactivos a la histoplasmina sólo el 40.7 por 100 reaccionaron positivamente a la tuberculina. De los niños del Hospital de la Misericordia ninguno reaccionó a este antígeno, mientras cinco se mostraron sensibles a la tuberculina. Por otra parte entre el personal de tuberculosos estudiados, no se encontró un porcentaje de histoplasmina mayor al hallado en el personal escolar, todo lo cual nos sirve como control general sobre la especificidad de la prueba, en relación con la tuberculosis;

14. En referencia a los hallazgos radiológicos, encontramos entre los sensibles exclusivos a la histoplasmina, como imagen más frecuente de acentuación del dibujo broncovascular, deformaciones variables en los hilios y calcificaciones pulmonares e hiliares. En tres placas se constataron infiltrados nodulares, y en otras tres una fina reticulación, particular, hacia los vértices, formando una "tela de araña". Se observaron también dos "complejos primarios calcificados", dos infiltrados difusos, y una imagen de calcificaciones pleurales, hallazgo no registrado hasta ahora en la literatura consultada.

15. Entre los reactivos tanto a la histoplasmina como a la tuberculina, la imagen más frecuente fue la de calcificaciones pulmonares o hiliares. Siguió a ésta las infiltraciones nodulares, luego las deformaciones hiliares con acentuación de la trama, los infiltrados difusos, el "complejo primario calcificado" y el infiltrado fibroso. En un caso se halló también la fina reticulación del vértice.

Conclusiones.

1. La prueba cutánea con la histoplasmina ha mostrado un porcentaje de positividad relativamente alto, en nuestro país.

2. El mayor número de reactivos a la prueba se halló en edad temprana (12-13 años).

3. La positividad más alta fue encontrada en las regiones cálidas del país.

4. No existe relación alguna entre tuberculosis pulmonar y sensibilidad a la histoplasmina.

5. Los hallazgos radiológicos asociados con sensibilidad a la histoplasmina, son similares a los descritos por los autores estadounidenses,

concomitantes con alergia a este antígeno y atribuidos a Histoplasmosis benigna.

6. Los exámenes radiológicos de los casos positivos, han mostrado imágenes pulmonares muy semejantes, en muchos casos, a los que da la tuberculosis pulmonar, no obstante haberse descartado esta entidad, con pruebas estrictas de alergia tuberculínica.

7. Del presente trabajo se deduce que la Histoplasmosis benigna existe en nuestro país en mayor proporción en las zonas cálidas, y ataca de preferencia a individuos muy jóvenes. Como sus lesiones pulmonares la asemejan mucho a otras entidades pulmonares en especial a la tuberculosis, es por lo tanto de gran importancia tenerla en lo futuro en la mente, siempre que se trate de aclarar un diagnóstico.

Guillermo Ballesteros Rotter