



# Histoplasmosis pulmonar crónica en un hospital de la selva peruana

## Chronic pulmonary histoplasmosis in a Peruvian jungle hospital

María de los Ángeles Llamo-Barboza<sup>1\*</sup>, Sergio Leonel Carpio-Cárdenas<sup>1</sup>, Pedro Vargas-Rodríguez<sup>1</sup>,  
Jessy Gonzales-Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú

Recibido: 03 Jun. 2025 | Aceptado: 07 Jul. 2025 | Publicado: 20 Jul. 2025

Autor de correspondencia\*: [mllamob@alumno.unsm.edu.pe](mailto:mllamob@alumno.unsm.edu.pe)

Cómo citar este artículo: Llamo-Barboza, M. Á., Carpio-Cárdenas, S. L., Vargas-Rodríguez, P. & Gonzales-Pérez, J. (2025). Histoplasmosis pulmonar crónica en un hospital de la selva peruana. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 4(2), e972. <https://doi.org/10.51252/rsayb.v4i2.972>

### RESUMEN

**Introducción:** La histoplasmosis pulmonar crónica es una forma infrecuente de presentación en pacientes inmunocomprometidos, donde predomina la forma diseminada. **Objetivo:** Reportar un caso atípico de histoplasmosis pulmonar crónica localizada con compromiso endobronquial en una paciente inmunosuprimida. **Descripción del caso:** Mujer de 52 años, con anemia hemolítica autoinmune en tratamiento inmunosupresor, presentó por tres meses tos, afonía, hemoptisis y pérdida de peso. La broncoscopia reveló una lesión granulomatosa traqueal; las pruebas microbiológicas fueron negativas. La biopsia mostró inflamación granulomatosa con *Histoplasma capsulatum*, confirmando histoplasmosis pulmonar crónica localizada. **Conclusiones:** Se trata de una presentación atípica, endobronquial y localizada en paciente inmunosuprimida. Destaca la baja sensibilidad de estudios microbiológicos en formas crónicas y la importancia del estudio histopatológico. La paciente mejoró con itraconazol oral. Este caso refuerza la necesidad de considerar micosis endémicas en síntomas respiratorios crónicos y emplear un enfoque diagnóstico integral.

**Palabras clave:** inmunosupresión; itraconazol; micosis pulmonar

### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic pulmonary histoplasmosis is an uncommon form of presentation in immunocompromised patients, where the disseminated form predominates. **Objective:** To report an atypical case of localized chronic pulmonary histoplasmosis with endobronchial involvement in an immunosuppressed patient. **Case description:** A 52-year-old woman with autoimmune hemolytic anemia on immunosuppressive therapy presented with cough, hoarseness, hemoptysis, and weight loss for three months. Bronchoscopy revealed a granulomatous lesion in the trachea; microbiological tests were negative. A biopsy showed granulomatous inflammation with *Histoplasma capsulatum*, confirming chronic localized pulmonary histoplasmosis. **Conclusions:** This is an atypical, endobronchial, localized presentation in an immunosuppressed patient. The low sensitivity of microbiological studies in chronic forms and the importance of histopathological examination are noteworthy. The patient improved with oral itraconazole. This case reinforces the need to consider endemic mycoses in chronic respiratory symptoms and employ a comprehensive diagnostic approach.

**Keywords:** immunosuppression; itraconazole; pulmonary mycosis



## 1. INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una micosis endémica causada por *Histoplasma capsulatum*, ampliamente distribuida en regiones de América Latina, incluyendo zonas tropicales y subtropicales del Perú (1,2). La infección ocurre principalmente por inhalación de esporas, y su presentación clínica varía dependiendo de la carga de exposición y el estado inmunológico del huésped (3).

En pacientes inmunocompetentes suele manifestarse como una infección respiratoria leve o subclínica, mientras que, en inmunosuprimidos, como aquellos bajo corticoterapia prolongada, puede evolucionar hacia formas pulmonares crónicas o incluso hacia formas diseminadas progresivas, que representan una condición de alta mortalidad si no se detectan a tiempo (4,5).

En Perú, estudios recientes han evidenciado un aumento en el reconocimiento de casos de histoplasmosis pulmonar crónica, especialmente en regiones selváticas como Tarapoto y la Amazonía, zonas donde la exposición ambiental a *Histoplasma* es alta (2,6).

El diagnóstico de histoplasmosis puede ser complejo, ya que las pruebas microbiológicas tradicionales como el cultivo o la detección de antígenos no siempre son positivas en formas crónicas localizadas, siendo la biopsia pulmonar una herramienta diagnóstica fundamental en estos escenarios (3,5).

La presentación de casos de histoplasmosis pulmonar crónica en pacientes inmunosuprimidos, sin diseminación sistémica, resulta de particular interés, ya que permite ampliar el conocimiento clínico y resaltar la importancia de considerar infecciones endémicas en el diagnóstico diferencial de cuadros respiratorios crónicos en zonas tropicales.

## 2. DESARROLLO

Paciente femenina de 52 años procedente de Tarapoto, con antecedente de anemia hemolítica autoinmune diagnosticada en mayo del 2022 mediante test de coombs +; tratada con Micofenolato y corticoterapia con prednisona durante 10 meses.

En marzo del 2024 consulta en el servicio de neumología por un cuadro clínico de 3 meses de evolución en el que presenta tos con expectoración, afonía y pérdida de peso de 7 kg en 6 meses. Crépitos y murmullo disminuido en región supraescapular derecha.

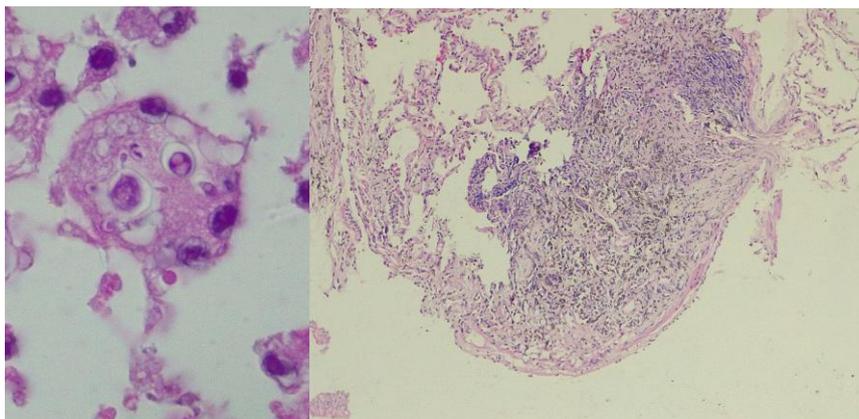
Al examen físico presentó buen estado general, estatura de 160 cm, peso de 63 kg, índice de masa corporal de IMC 20.7, saturación de 97%, presión arterial de 98/51, frecuencia cardiaca de 59 y temperatura de 36,5 °C.

Se realizó broncoscopia flexible, donde se observa lesión granulomatosa en tráquea, signos inespecíficos de inflamación y hemoptisis leve en lóbulo superior derecho. Se realiza lavado broncoalveolar donde se toman muestras para Xpert MTB/RIF: No detecta *Mycobacterium tuberculosis*, también se ordenó baciloscopia y cultivo siendo negativas para bacilos ácido alcohol resistente.

La prueba de cultivo para gérmenes comunes aisló *Moraxella catarrhalis*, se le indicó Levofloxacino y Bromhexina como tratamiento de elección debido a la resistencia a antibióticos como los inhibidores de la  $\beta$ -lactamasas y los macrólidos.

Acude a control tres meses después, en la cual persiste la tos con escasa expectoración verdosa amarillenta por lo que se le programa una nueva broncoscopia flexible, en la cual se le realiza un BAL, una biopsia en tráquea y transbronquial. Los resultados del procedimiento son: citología negativa para neoplasia maligna, evidenciando la presencia de células gigantes multinucleadas, recuento celular: linfocitos 80%. En la biopsia se describe mucosa traqueal y parénquima pulmonar con proceso inflamatorio crónico granulomatoso con células tipo Langhans, asociado a presencia de estructuras sugestivas de hongos

(histoplasmosis), no se pudo realizar coloraciones especiales ya que no se contaba con los reactivos sugeridos por anatomía patológica.

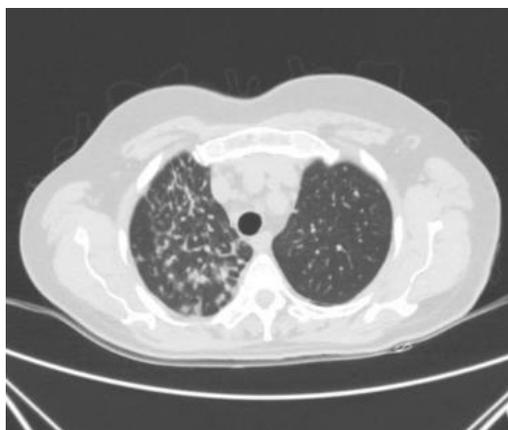


**Figura 1.** Muestra de anatomía patológica. Presencia de estructuras sugestivas de hongos.

Acude ocho días después en la cual la paciente refiere que se ha agregado hemoptisis leve hace 10 días, por los resultados encontrados se le hace el diagnóstico de histoplasmosis pulmonar crónica, para lo cual se le dio tratamiento con itraconazol vía oral durante 6 semanas y ácido tranexámico condicional a hemoptisis.

A fines de agosto, se le realiza una broncoscopia flexible control donde los resultados de anatomía patológica: no se observa hongos ni granulomas, tampoco una infiltración neoplásica.

En octubre se realiza una TEM de tórax sin contraste donde se evidenció bandas parenquimatosas, bronquiectasias cilíndricas y cambios de aspecto secuelar. Al siguiente mes se realizó una espirometría con test broncodilatador donde se obtienen parámetros normales de la función pulmonar.



**Figura 2.** TEM de tórax sin contraste. Bronquiectasias secuelares.

### 3. DISCUSIÓN

La histoplasmosis pulmonar clásicamente se presenta en dos formas principales: una aguda autolimitada en personas inmunocompetentes y una crónica cavitaria que usualmente ocurre en pacientes con enfermedad pulmonar previa, especialmente en fumadores o personas con EPOC. En individuos inmunosuprimidos, la manifestación más grave es la histoplasmosis diseminada progresiva, caracterizada por compromiso sistémico severo (1).

Lo interesante en este caso es que, a pesar de ser una paciente inmunosuprimida (por uso prolongado de corticoides e inmunosupresores), no desarrolla histoplasmosis diseminada, sino una histoplasmosis pulmonar crónica localizada. Esta presentación es mucho menos frecuente en pacientes

inmunocomprometidos, quienes suelen evolucionar hacia formas graves. Además, la afectación endobronquial, específicamente la presencia de lesiones granulomatosas en la tráquea, es un hallazgo inusual (5).

La mayoría de los reportes sobre histoplasmosis pulmonar describen compromiso parenquimatoso, cavitaciones en lóbulos superiores o infiltrados pulmonares difusos. La afectación directa de la vía aérea superior (como tráquea y bronquios principales) es poco común, y generalmente se describe en series muy limitadas o como hallazgos incidentales en la broncoscopia (5).

Otra peculiaridad es que el diagnóstico se logró gracias a la combinación de hallazgos clínicos e histopatológicos (granulomas con células de Langhans y estructuras fúngicas) en biopsias transbronquiales, pese a que las pruebas microbiológicas iniciales fueron negativas. Esto subraya un punto crítico señalado en estudios recientes: en pacientes con compromiso inmunológico o formas localizadas de histoplasmosis, los cultivos y pruebas de antígeno pueden tener baja sensibilidad, requiriendo un enfoque diagnóstico basado en histología (3).

Finalmente, la evolución favorable al tratamiento oral con itraconazol durante 6 semanas, algo que no siempre se observa en inmunosuprimidos, quienes suelen necesitar tratamientos más agresivos y prolongados (4).

Es por lo expuesto que, este caso resalta la necesidad de considerar presentaciones atípicas de infecciones fúngicas endémicas en pacientes inmunosuprimidos, y enfatiza la importancia de un enfoque diagnóstico integral, incluso en escenarios donde las pruebas microbiológicas son negativas.

## CONCLUSIONES

Este caso clínico evidencia una forma poco habitual de histoplasmosis pulmonar crónica localizada en una paciente inmunosuprimida, con compromiso traqueal, una manifestación rara en este contexto. A pesar del uso prolongado de corticoides e inmunosupresores, la paciente no desarrolló enfermedad diseminada, lo que subraya la variabilidad en la presentación clínica de esta micosis endémica.

El diagnóstico se logró mediante biopsias transbronquiales que revelaron inflamación granulomatosa con estructuras compatibles con *Histoplasma capsulatum*, en un contexto de pruebas microbiológicas negativas. Este hallazgo refuerza la necesidad de emplear estudios histopatológicos en pacientes con sospecha clínica persistente, especialmente cuando las pruebas convencionales tienen baja sensibilidad en formas localizadas.

Para casos similares, se recomienda considerar micosis endémicas como parte del diagnóstico diferencial en pacientes inmunocomprometidos con síntomas respiratorios crónicos. Además, se debe priorizar un enfoque diagnóstico integral que incluya broncoscopia con biopsia ante estudios iniciales no concluyentes. Finalmente, el tratamiento antifúngico oral puede ser eficaz en presentaciones localizadas, siempre bajo seguimiento clínico, radiológico y funcional adecuado.

## FINANCIAMIENTO

El presente estudio es autofinanciado.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción - borrador original y Redacción - revisión y edición: María de los Ángeles Llamo-Barboza, Sergio Leonel Carpio-Cárdenas, Jessy Gonzales-Pérez y Pedro Vargas-Rodríguez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azar MM, Hage CA. Laboratory Diagnostics for Histoplasmosis. Kraft CS, editor. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2017 Jun;55(6):1612–20. Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JCM.02430-16>
2. Chinchá O, Bustamante B. Estado actual de la histoplasmosis diseminada progresiva en pacientes con infección por el VIH en un hospital de tercer nivel en Perú. *Rev Iberoam Micol* [Internet]. 2022 Jan;39(1):25–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130140621000632>
3. Schmidt TE, Vieceli T, Damasceno LS, Kimuda S, Pasqualotto AC, Bahr NC. Evolving Epidemiology, Improving Diagnostic Tests and Their Importance for the Correct Diagnosis of Histoplasmosis. *J Fungi* [Internet]. 2025 Mar 4;11(3):196. Available from: <https://www.mdpi.com/2309-608X/11/3/196>
4. Bongomin F, Gago S, Oladele R, Denning D. Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases—Estimate Precision. *J Fungi* [Internet]. 2017 Oct 18;3(4):57. Available from: <https://www.mdpi.com/2309-608X/3/4/57>
5. Santamaría Vásquez RO. Endemic Mycoses in Children: Histoplasmosis/Coccidioidomycosis and Blastomycosis Diagnosis and Treatment. *Curr Fungal Infect Rep* [Internet]. 2025 Dec 21;19(1):10. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s12281-025-00507-w>
6. Ordóñez Blanco IT, Garzón Herazo JR, Lasso Apráes JI, Cruz Ramírez V. Histoplasmosis pulmonar crónica en un adulto inmunocompetente. *Rev Colomb Neumol* [Internet]. 2018 May 10;29(2):67–73. Available from: <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/269>