

COINFECCIÓN LEPRA, HISTOPLASMOSIS Y VIH: UNA ASOCIACIÓN INEVITABLEMENTE FATAL



Rodríguez Vargas, Cristel (*)
(*) Residente de Enfermedades Infecciosas
Hospital Santo Tomás



INTRODUCCIÓN

Al principio de la pandemia del VIH se temía que pudiese haber descontrol en la incidencia de lepra, con presentaciones más agresivas por el compromiso de la inmunidad celular. Los estudios epidemiológicos actuales muestran que estas preocupaciones no se han materializado, y que no ha habido incremento en los casos de lepra en los países endémicos para ambas enfermedades, ni ha habido alteración en el espectro clínico de la enfermedad.^{1,2} La presentación clínica se caracteriza por lesiones en piel y daño a nervios periféricos. En los pacientes en fase SIDA, las lesiones nodulares tienen un amplio diagnóstico diferencial, que incluye otras micobacterias y hongos.² La histoplasmosis es una micosis endémica en Latinoamérica, que representa un reto diagnóstico en la actualidad por su similitud con tuberculosis, la coexistencia con otras enfermedades infecciosas granulomatosas y la falta de pruebas diagnósticas rápidas.³

CASO CLÍNICO

- ◆ Masculino de 36 años procedente de Coclé, VIH+ desde 2016 en TARV con TDF/FTC/EFV.
- ◆ 2020: cuadro de fiebre, lesiones nodulares asociadas a pancitopenia que se trató con anfotericina B por sospecha de micosis sistémica, con respuesta favorable. Se continuó mantenimiento con itraconazol.
- ◆ Se obtuvo VIH resistente a INTR e INNTR. Se cambió TARV a Dar/r + DTG + TDF.
- ◆ CV indetectable, CD4<50.
- ◆ 2021: recurrencia de nódulos eritematosos infiltrados (Fig A y B) que se ulceran, dolor en articulaciones, edema de miembros inferiores, debilidad generalizada que impide deambulación + pancitopenia (reacción tipo 2). Se trató con anfotericina B sin mejoría.
- ◆ 2022: biopsia de piel + para lepra lepromatosa, se inició dapsona, rifampicina, clofazimina por 11 meses.
- ◆ TARV: DLT + AZT/3TC + TDF/FTC. CV indetectable, CD4<50.
- ◆ A pesar del tratamiento presentó adenopatías cervicales e inguinales bilaterales. La biopsia reportó *M. leprae*. Se reinicia tratamiento.
- ◆ 2023: Empeoramiento de lesiones, se realiza biopsia de labio y nódulo de brazo izquierdo. Se observó granulomas en la dermis superficial y profunda con levaduras pequeñas con gemaciones únicas y estrechas (Histoplasmosis cutánea) y BAAR + compatible con lepra lepromatosa.

IMÁGENES

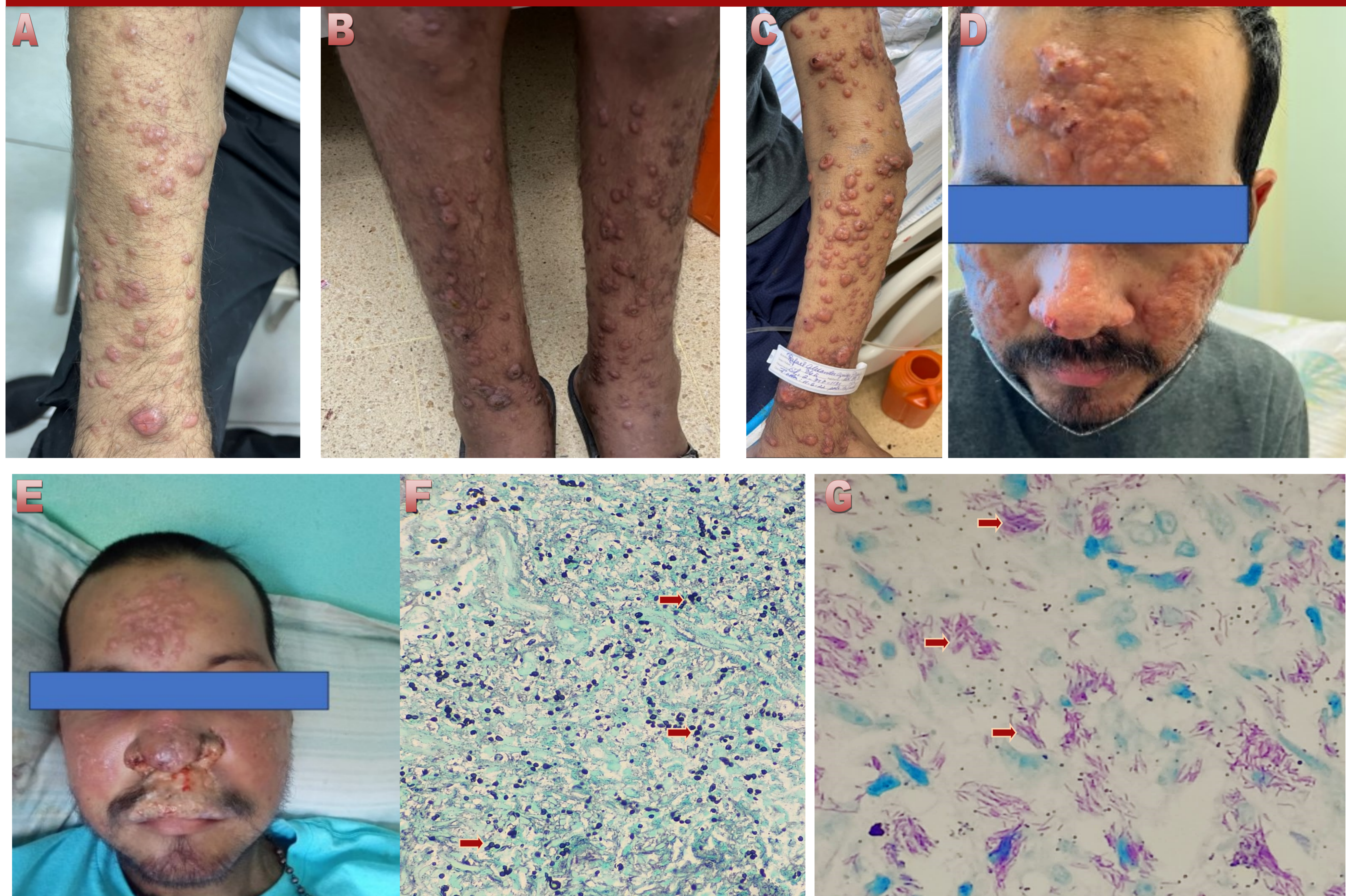


Figura A: Lesiones papulonodulares en miembro superior izquierdo, año 2021. Figura B: lesiones nodulares, eritematosas en miembros inferiores en junio de 2022. Figuras C y D: nódulos ulcerados cubiertos con costras en región del rostro y miembro superior derecho, año 2022. Figura E: leve mejoría de nódulos en rostro; úlcera friable en labio superior. Figura F: biopsia de labio superior, tinción Gomori-Grocott en aumento 40X que muestra granulomas y levaduras pequeñas con gemaciones compatibles con histoplasmosis cutánea. Figura G: tinción Ziehl-Neelsen de nódulo de miembro superior izquierdo que muestra BAAR. La tinción PAS fue positiva para los bacilos, lo que denota una micobacteria no tuberculosis, reportada como *Mycobacterium leprae*.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de manifestaciones cutáneas diseminadas en VIH es amplio.⁴ En regiones endémicas lepra e histoplasmosis deben formar parte de las posibilidades, sobre todo en personas que viven con VIH. Una vez frente a este trinomio, el tratamiento es un desafío por las interacciones medicamentosas de los antirretrovirales, azoles y anti-micobacterianos, además de la poca tolerancia de los pacientes a las drogas por eventos adversos. Este caso es la única descripción hasta la fecha de la coexistencia de estas infecciones, dejando como lección la necesidad de pruebas diagnósticas en el punto de atención como el antígeno de Histoplasma³, y el alerta de la problemática de lepra, que, a pesar de ser un objetivo de la OMS su eliminación, sigue siendo una causa importante de deformidad, discriminación y morbilidad en Las Américas.^{5,6}

DESENLACE

- ◆ Fue hospitalizado para recibir anfotericina B, mientras continuaba con terapia para lepra. Tuvo evolución tórpida y falleció.

REFERENCIAS

1. Ustianowski AP, Lawn SD, Lockwood DN. Interactions between HIV infection and leprosy: a paradox. *Lancet Infect Dis.* 2006;6(6):350-60.
2. Sarno EN. HIV- M . Leprosy Interaction : Can HAART Modify the Course of Leprosy ? 2008;123(April):206-12.
3. Araúz AB, Papineni P. Histoplasmosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2021;35(2):471-91.
4. Belgaumkar V, Chavan R, Deshmukh N, Ponathil A. Lepromatous leprosy as a presenting feature of HIV. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2021;42(2):162-5.
5. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
6. Pachar-Flores MRA, Levy J. Ni erradicada, ni olvidada: Lepra, una enfermedad tropical abandonada, pero vigente. *Rev Médica Científica [Internet].* 2020;34(1608-3849):32-44. Available from: www.revistamedicocientifica.org