



Neurohistoplasmosis

Neurohistoplasmosis

Olga Cristina Chamberlin Varela,* Octavio Villasana Ramos,†
Mario Murguía Pérez,‡ Roberto Hernández Juárez¶

Citar como: Chamberlin VOC, Villasana RO, Murguía PM, Hernández JR. Neurohistoplasmosis. Acta Med GA. 2023; 21 (3): 279-281. <https://dx.doi.org/10.35366/111355>

Resumen

Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedente de viaje con estancia en cueva, pobres condiciones de higiene e ingesta de carne cruda. Inicia con síntomas neurológicos, mareo, disartria, dificultad para identificar objetos y pobre respuesta al manejo médico. Se envía a resonancia magnética encontrando tumoración quística con nódulo mural; la espectroscopia mostró pico de lípidos, por lo que se concluyó como infeccioso. Se realiza intervención por estereotaxia y se envía a patología donde emiten el reporte de histoplasmosis.

Palabras clave: resonancia magnética, espectroscopia, lípidos.

Abstract

A 41-year-old male patient with a history of traveling to a cave, where he eats raw meat and has poor hygiene conditions. It begins with neurological symptoms, dizziness, dysarthria, difficulty identifying objects, and poor response to medical management. An MRI where a heterogeneous cystic tumor with a mural nodule was found; spectroscopy was performed, showing a lipid peak, suggesting an infectious process. An intervention was performed for stereotaxy, and it was sent to pathology, where they issued us the report of histoplasmosis.

Keywords: magnetic resonance imaging, spectroscopy, lipid.

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis cerebral es una micosis endémica causada por *Histoplasma capsulatum*, la presentación en el sistema nervioso central es poco frecuente, equivale a 5-10% de enfermedad diseminada, siendo más frecuente en pacientes inmunodeprimidos. A continuación, presentamos un caso de paciente masculino de 41 años, sin enfermedades concomitantes considerándose como una presentación atípica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 41 años, escolaridad con maestría en administración de empresas, ocupación comerciante.

Antecedentes personales no patológicos: practica la cacería, refirió que tres meses previos al inicio del cuadro clínico acudió a viaje a zona rural (cueva) con malas condiciones de higiene.

Inició el padecimiento actual con mareo, disartria, dificultad para identificar objetos, palabras y números; acudió a valoración en donde se le indicó tratamiento con valproato de magnesio (600 mg cada 12 horas) y lorazepam (2 mg cada 24 horas), obteniendo pobre respuesta; posteriormente, se realizó interconsulta a neurocirugía quien solicitó resonancia magnética de cráneo.

En la resonancia magnética (*Figura 1*) se observa tumoración parietooccipital izquierda de 3.8 × 3.3 × 3.1 cm, componente quístico y nódulo mural, halo hiperintenso simétrico, sin condicionar efecto de masa,

* Radiología e Imagen. Alta Especialidad en Radiología Oncológica. Departamento de Imagenología.

† Neurocirujano. División de Cirugía.

‡ Patólogo. Departamento de Anatomía Patológica.

¶ Médico residente de Radiología e Imagen.

Hospital Angeles León, León, Guanajuato. México.

Correspondencia:

Dra. Olga Cristina Chamberlin Varela
Correo electrónico: dra.ochamberlin@gmail.com

Aceptado: 28-11-2022.

www.medigraphic.com/actamedica



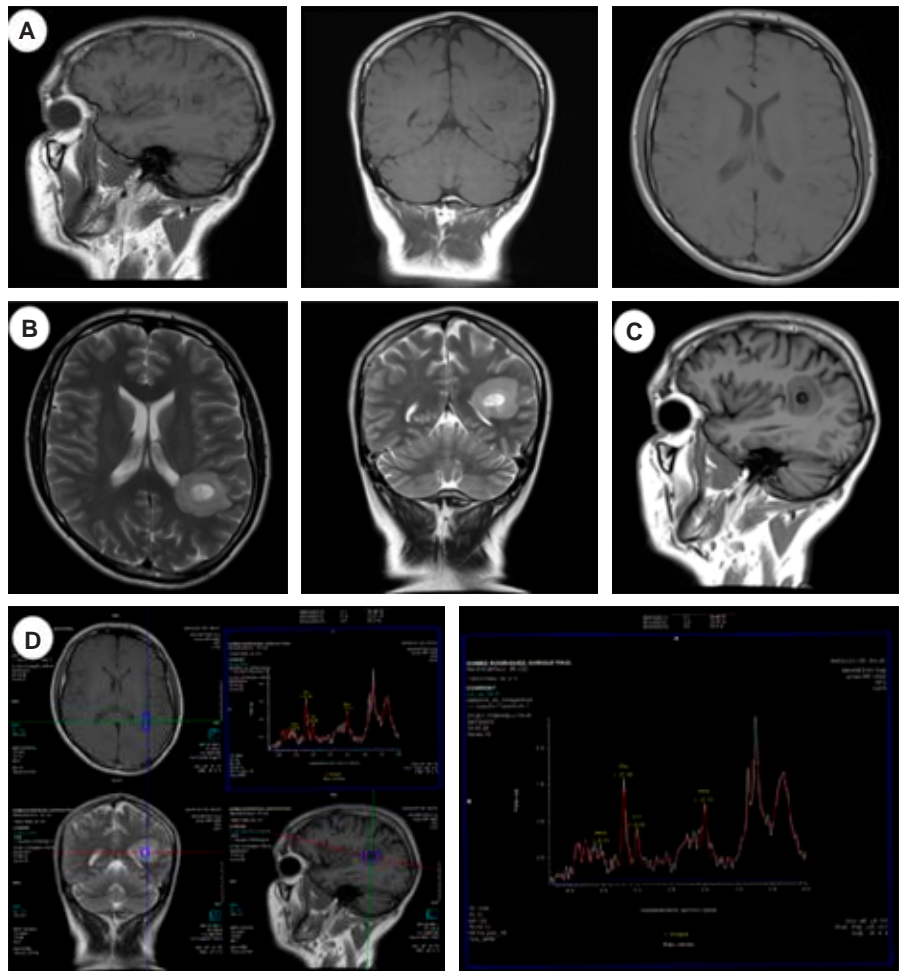


Figura 1:

- A) Imágenes potenciadas en T1. B) T2. C) T1 y gadolinio.
- D) Espectroscopia.

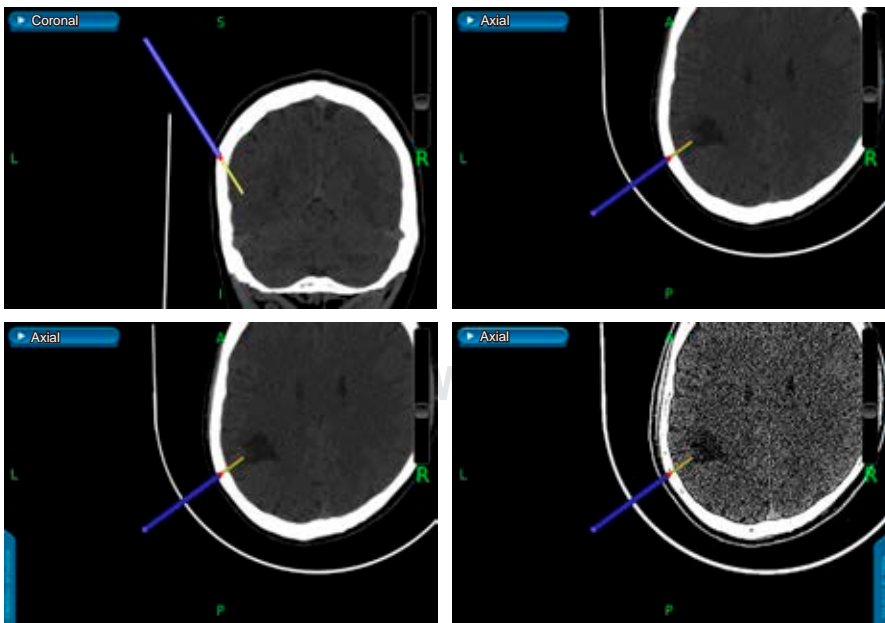


Figura 2:

Neuronavegación.

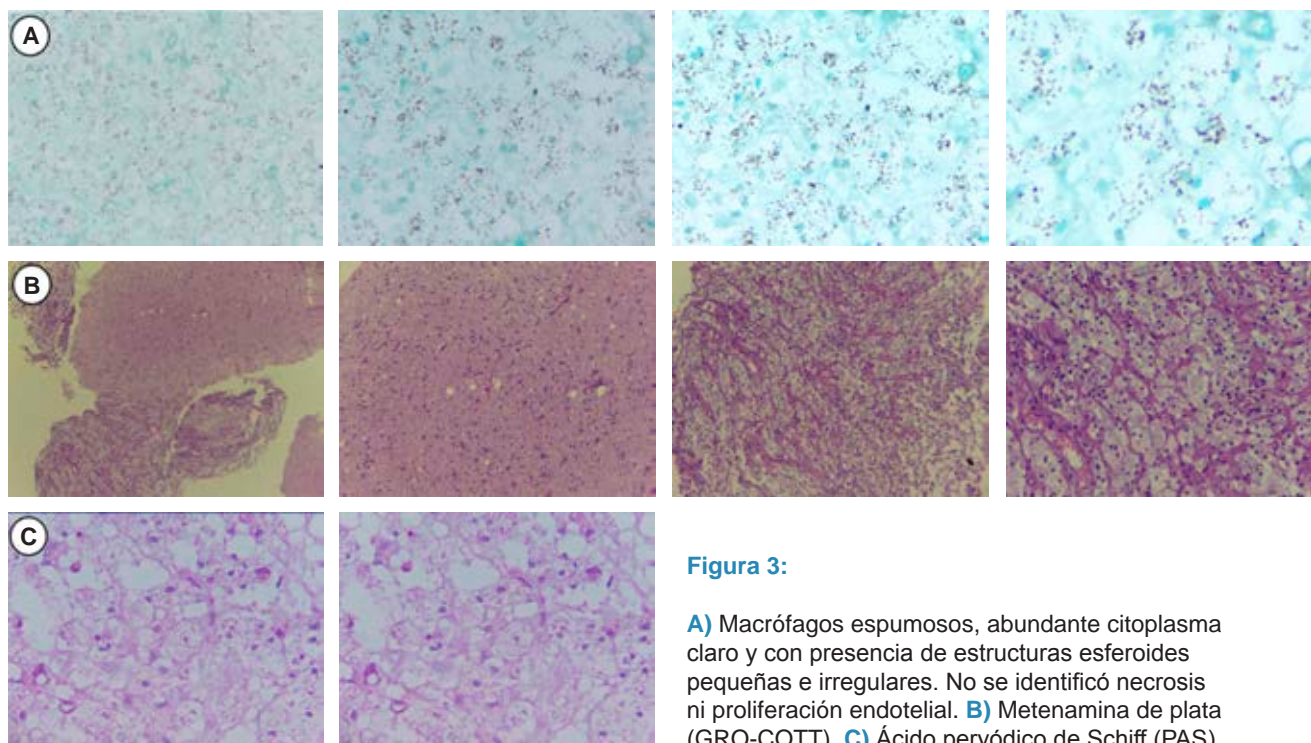


Figura 3:

A) Macrófagos espumosos, abundante citoplasma claro y con presencia de estructuras esferoides pequeñas e irregulares. No se identificó necrosis ni proliferación endotelial. **B)** Metenamina de plata (GRO-COTT). **C)** Ácido peryódico de Schiff (PAS).

posterior al medio de contraste con leve reforzamiento periférico. La espectroscopia mostró elevación del pico de lípidos, por lo que se concluyó como infeccioso. Se realizó biopsia por estereotaxia con neuronavegación (*Figura 2*); más tarde, patología reportó diagnóstico de histoplasmosis (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

La etiología de la histoplasmosis es el hongo *Histoplasma capsulatum*, que con mayor frecuencia produce infección pulmonar, siendo endémico en países de América.¹

La infección del sistema nervioso ocurre en 5 a 10% de las formas progresivas y diseminadas.² La neurohistoplasmosis tiene baja incidencia en pacientes inmunocompetentes e incluso es menor cuando se debuta como lesión única localizada en encéfalo.³

El diagnóstico es la observación de *H. capsulatum* en un cultivo de líquido cefalorraquídeo o por biopsia en una lesión focal.⁴

REFERENCIAS

1. Cano MV, Hajjeh RA. The epidemiology of histoplasmosis: a review. *Semin Respir Infect.* 2001; 16 (2): 109-118.
2. Wheat LJ, Musial CE, Jenny-Avital E. Diagnosis and management of central nervous system histoplasmosis. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 (6): 844-852.
3. Levi GC, Pozzi CM, Hirschheimer SM, Chahade WH, Gomes HR, Granato C. Histoplasmoze do sistema nervoso central como única manifestacao da doenca em pacientes imunocompetentes: apresentacao de dois casos [Central nervous system involvement by histoplasmosis as the unique manifestation of this disease in immunocompetent patients: presentation of two cases]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61: 859-863.
4. Saccente M, McDonnell RW, Baddour LM, Mathis MJ, Bradsher RW. Cerebral histoplasmosis in the azole era: report of four cases and review. *South Med J.* 2003; 96 (4): 410-416.