



Carta al editor

Histoplasmosis laríngea: reporte de primer caso en Colombia

Laryngeal histoplasmosis: report first case in Colombia

Luz Ángela Cástro

Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico. Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia

Castro LA. Laryngeal histoplasmosis: report first case in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2015; 46(4): 202-3.

© 2015 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan

Historia: Recibido: 04 mayo 2015, Revisado: 02 diciembre 2015, Aceptado: 02 diciembre 2015

Señor Editor

En relación con el artículo “*Histoplasmosis laríngea: reporte de primer caso en Colombia*” publicado por Moriones *et al.* *Colomb Med (Cali)*. 2014; 45(4):186-9¹, deseo realizar los siguientes comentarios:

La histoplasmosis es una micosis sistémica frecuente en Colombia y debido a que no es de notificación obligatoria, se diseñó una encuesta nacional para conocer aspectos de la enfermedad que permitió recolectar información de los casos diagnosticados. Hasta el año 2008 se habían analizado 434 encuestas de pacientes provenientes de 20 departamentos, la mayoría de Antioquia, seguido del Valle y Cundinamarca. Por lo tanto, estos resultados no están indicando que la histoplasmosis sea más frecuentemente diagnosticada en estos departamentos como lo expresan los autores, tal vez fueron los que más informaron ya que es un reporte voluntario.

La histoplasmosis es causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum* que presenta dos variedades patógenas para el ser humano, *H. capsulatum* var. *capsulatum* e *H. capsulatum* var. *duboisii*², el cual no se adquiere por la inhalación de micelios como es manifestado en el artículo, las estructuras infectantes corresponden a fragmentos de hifas y principalmente las microconidias (2-4 µm) que llegan a los bronquiolos y alveolos pulmonares³. Es importante aclarar que el concepto de micelio corresponde a masa de hifas, por lo tanto, no es correcto sugerir que esta estructura es la responsable de la infección. Posteriormente, las microconidias se transforman en levaduras y debido a la alta actividad fagocitaria de los macrófagos alveolares son fagocitadas y dentro de ellos se multiplican, llevando a veces a la destrucción del fagocito y a la infección de nuevas células⁴. Luego, el macrófago

cargado con el microorganismo es responsable de la diseminación de las blastoconidias a órganos ricos en fagocitos mononucleares. Esto último no corresponde a afirmar que los macrófagos infectados son estimulados a multiplicarse después de la infección como es presentado en el artículo.

Los autores en el párrafo seis de la discusión afirman que en las coloraciones de ácido periódico de Schiff (PAS), metenamina de plata de Gomori-Grocott y Gridley, las estructuras características de *H. capsulatum* son hifas dentro de los macrófagos. Esta afirmación es basada en una referencia y es imprecisa, ya que ampliamente se reconoce que el hongo en el interior de macrófagos se presenta como blastoconidias, las cuales se caracterizan por ser ovaladas de 2-4 µm y unigemantes². Sin embargo, se ha reportado muy ocasionalmente la presencia de hifas acompañadas de blastoconidias y es considerado un hallazgo raro⁵.

En el párrafo siete de la discusión se expresan conceptos a cerca de la sensibilidad y especificidad de la prueba aplicados a diferentes especímenes y tipos de pacientes. Pero se concluye de manera general que las pruebas de detección de antígenos “son útiles pero solo si son positivas, ya que su sensibilidad es pobre”. Esta conclusión contradice el concepto generalmente aceptado de la alta sensibilidad y especificidad de las pruebas que detectan antígenos en el diagnóstico de la histoplasmosis diseminada². Es una prueba útil no solo para el diagnóstico rápido de esta forma clínica sino para evaluar la respuesta al tratamiento. Como los niveles de antígeno detectables se correlacionan con la severidad de la presentación clínica, la sensibilidad del método es mayor en pacientes con un sistema inmunológico debilitado por la alta concentración del microorganismo y la detección de ellos en orina y suero, podrán tener valores de sensibilidades similares en la forma diseminada de la enfermedad⁶.

Autor de correspondencia:

Luz Angela Cástro. Profesora Asociada. Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico. Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia. E-mail: luz.castro@correounivalle.edu.co

Respecto al papel de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el diagnóstico de histoplasmosis no es incierto como se plantea en el párrafo diez de la discusión. Se han desarrollado pruebas moleculares para determinar el ADN de *H. capsulatum* utilizando técnicas de PCR, algunas de ellas con una alta sensibilidad y especificidad⁷. En los últimos años, la Corporación para Investigaciones Biológicas en Medellín, Colombia ha validado e implementado la prueba de PCR anidada para identificación de *H. capsulatum* en diferentes muestras clínicas, con una sensibilidad del 100% y especificidad entre el 92.4% y 95.2%⁸.

Referencias

1. Moriones RCA, Guerra OCP. Laryngeal Histoplasmosis: report first case in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2014; 45(4): 186-9.
2. Kauffman CA. Histoplasmosis: a clinical and laboratory update. *Clin Microbiol Rev*. 2007; 20(1): 115-32.
3. Hilty J, George Smulian A, Newman SL. *Histoplasma capsulatum* utilizes siderophores for intracellular iron acquisition in macrophages. *Med Mycol*. 2011; 49(6): 633-42.
4. Newman SL, Smulian AG. Iron uptake and virulence in *Histoplasma capsulatum*. *Curr Opin Microbiol*. 2013; 16(6): 700-7.
5. Ledtke C, Rehm SJ, Fraser TG, Shrestha NK, Tan CD, Rodriguez ER, *et al*. Endovascular infections caused by *Histoplasma capsulatum*: a case series and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2012; 136(6): 640-5.
6. Hage CA, Ribes JA, Wengenack NL, Baddour LM, Assi M, McKinsey DS, *et al*. A multicenter evaluation of tests for diagnosis of histoplasmosis. *Clin Infect Dis*. 2011; 53(5): 448-54.
7. Buitrago MJ, Canteros CE, Frías De León G, González Á, Marques-Evangelista De Oliveira M, Muñoz CO, *et al*. Comparison of PCR protocols for detecting *Histoplasma capsulatum* DNA through a multicenter study. *Rev Iberoam Micol*. 2013; 30(4): 256-60.
8. Muñoz C, Gómez BL, Tobón A, Arango K, Restrepo A, Correa MM, *et al*. Validation and clinical application of a molecular method for identification of *Histoplasma capsulatum* in human specimens in Colombia, South America. *Clin Vaccine Immunol*. 2010; 17(1): 62-7.

Nota del editor:

Los autores no respondieron a esta carta del editor.