



NEUTROPENIA FEBRIL IMPORTADA

**Diana Nuevo Silva^a
Altea Martínez García^a
Juan José Camarena Miñana^{a,b}**

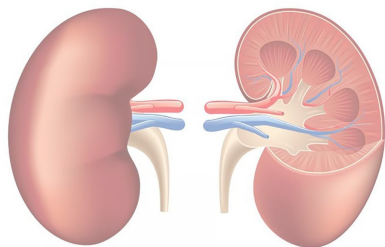
^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

^b Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

dianavnuevos@gmail.com

Antecedentes y anamnesis

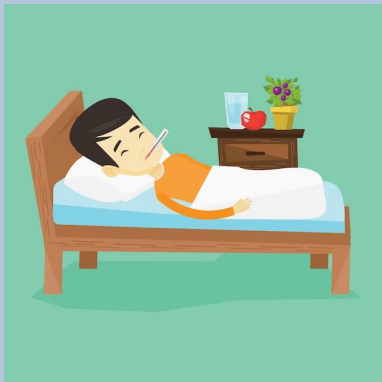
- ✓ Paciente masculino 64 años de edad
- ✓ Natural de Cádiz
- ✓ Trasplantado renal de 11 meses (donante de Ecuador)
- ✓ Tratamiento: Tacrólimus, Everólimus
- ✓ y Prednisona 5 mg al día



- ✓ Valorado en CCEE de nefrología para control evolutivo del injerto
- ✓ Cuadro clínico de 10 días de evolución
- ✓ Febrícula (37,2°C)
- ✓ Astenia
- ✓ Tos seca
- ✓ Niega disnea

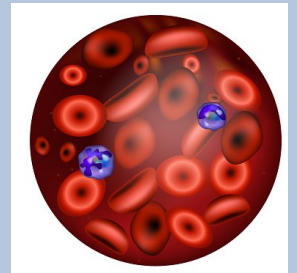


Examen físico y analítica



- ✓ Regular estado general
- ✓ Hipotensión
- ✓ Sensación distérmica
- ✓ Esplenomegalia

- ✓ Hemoglobina 12.2 g/dL
- ✓ Leucocitos 1,4 x10e9/L
- ✓ Neutrófilos 1.00x10e9/L
- ✓ Linfocitos 0.20x10e9/L
- ✓ Plaquetas 79 x10e9/L
- ✓ Creatinina 2.37mg/dL
- ✓ Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 28



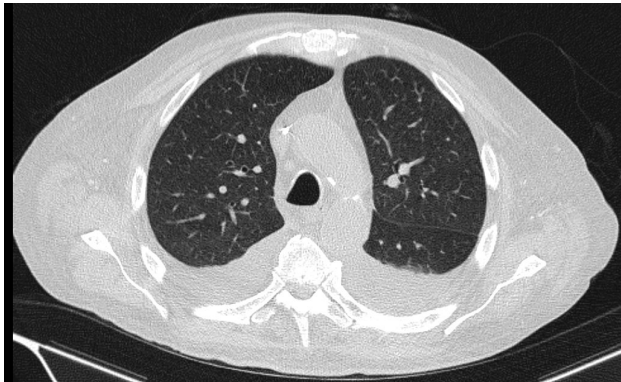
Actitud

Ante cuadro de neutropenia febril en trasplantado renal se decidió **ingreso hospitalario** a cargo de nefrología para continuar estudio



Pruebas complementarias

Pruebas de imagen



Derrame pleural bilateral
Granuloma calcificado LID



Esplenomegalia

PCR en médula ósea

- ✓ CMV
- ✓ Parvovirus B19
- ✓ VEB
- ✓ VHC
- ✓ TBC



Evolución

Pancitopenia con predominio de trombopenia refractaria a transfusión de plaquetas



Deterioro de la función renal basal



Principal sospecha diagnóstica

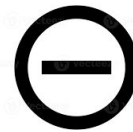
Leishmaniasis visceral



Anfotericina B

Serología

- ✓ Hepatitis
- ✓ VIH
- ✓ Criptococosis
- ✓ Malaria
- ✓ Chagas
- ✓ Filariosis
- ✓ Hidatidosis
- ✓ Toxoplasmosis
- ✓ Estrongiloidiosis
- ✓ Leptospirosis



Evolución

Neutropenia febril + pancitopenia + esplenomegalia + serologías negativas



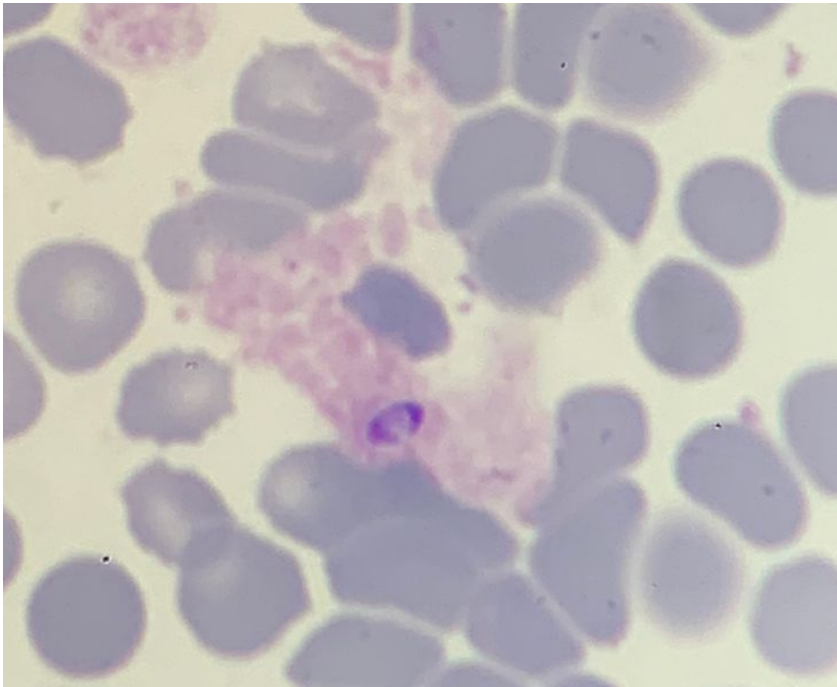
Leishmaniasis visceral vs babesiosis



Biopsia de médula ósea

- ✓ Giemsa, cultivo bacteriológico y micológico
 - ✓ PCR de *Leishmania spp.*

Médula ósea

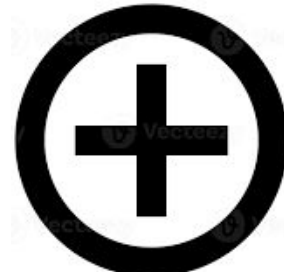


Tinción de
Giemsa

Se evidencia hongo levaduriforme intracelular



PCR
Histoplasma spp.

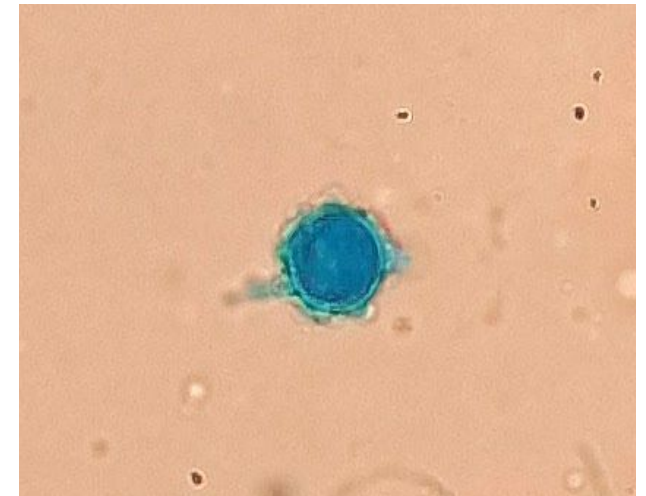
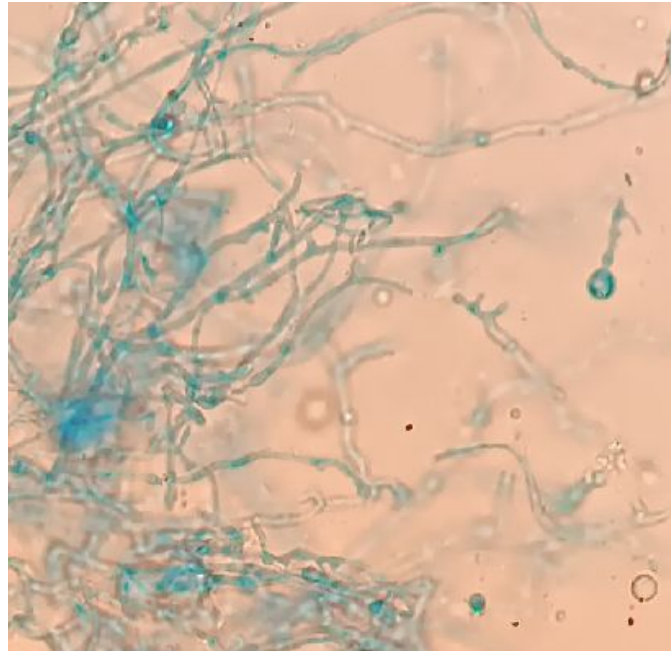


**Histoplasmosis
diseminada**

Médula ósea



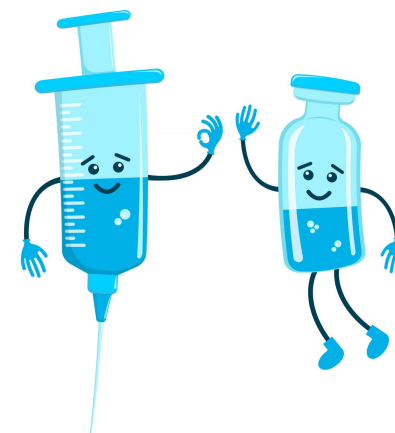
Cultivo micológico
positivo para
H. capsulatum



Hifas hialinas y
macroconidia de
H. capsulatum en azul de
lactofenol

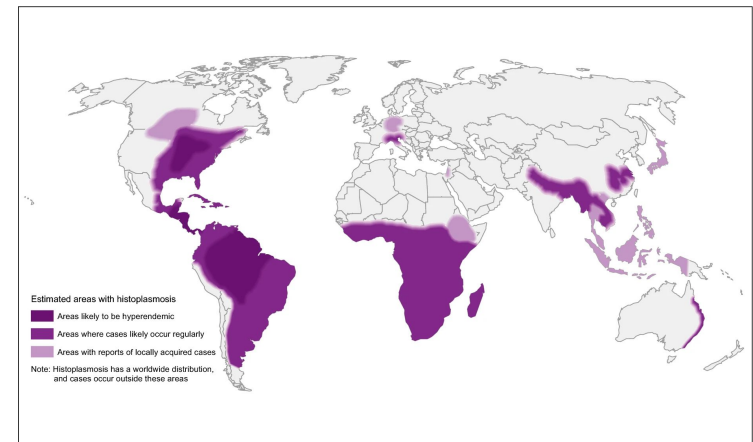
Tratamiento dirigido

- ✓ Anfotericina B durante 15 días
- ✓ Itraconazol para tratamiento crónico
- ✓ Se retira Everolimus y se mantiene Tacrólimus en monoterapia
- ✓ Tras tratamiento presentó franca mejoría de la función renal, iones en rango y mejoría de la pancitopenia
- ✓ Sigue en control evolutivo multidisciplinario (nefrología, medicina interna, farmacia, hematología, nutrición, microbiología)



Discusión

- ✓ Paciente trasplantado inmunodeprimido
- ✓ Donante proveniente de un área endémica para histoplasmosis
- ✓ Vía de infección injerto renal (foco quiescente)
- ✓ Infección asintomática/autolimitada en inmunocompetentes, no en inmunodeprimidos
- ✓ Las formas diseminadas agudas (<10%) recuerdan a leucemias, linfomas y leishmaniasis visceral (afectación del SRE)
- ✓ Diagnóstico: exoantígeno en suero y orina, cultivo y PCR.
- ✓ Tratamiento: Anfo B liposomal (2 semanas) → Itraconazol (3 meses a indefinido)
- ✓ / Isavuconazol /Posaconazol (mejor tolerados)



Pregunta 1

¿Con qué otro hongo plantearíamos un diagnóstico diferencial en nuestro paciente?

- a. *Aspergillus fumigatus*
- b. *Paracoccidioides brasiliensis*
- c. *Rhizopus oryzae*
- d. *Candida glabrata*

Pregunta 2

¿Qué síntoma de la histoplasmosis diseminada **NO** presentaba nuestro paciente?

- a. Pancitopenia.
- b. Afectación pulmonar.
- c. Lesiones cutáneas.
- d. Esplenomegalia.

Pregunta 3

¿Cuál no se considera un factor de riesgo para contraer histoplasmosis?

- a. Trasplante de órgano sólido.**
- b. Infección por VIH.**
- c. Sexo femenino.**
- d. Trabajar como espeleólogo.**

Pregunta 4

¿Cuál de los siguientes factores de riesgo se asocia de forma más clara con un posible caso de histoplasmosis?

- a. Exposición a ambientes húmedos y oscuros.**
- b. Contacto con animales domésticos.**
- c. Exposición a excrementos de aves y murciélagos.**
- d. Consumo de alimentos en mal estado.**

Pregunta 5

¿Entre las siguientes, cuál podría ser utilizada como método diagnóstico de la histoplasmosis diseminada?

- a. Detección de antígeno en sangre.**
- b. Detección de antígeno en orina.**
- c. Detección de antígeno en lavado broncoalveolar.**
- d. Todas son correctas.**

Pregunta 6

¿De las siguientes afirmaciones, cuál NO se corresponde con una limitación dentro del diagnóstico serológico frente a *H. Capsulatum*?

- a. Puede presentar reacciones cruzadas con coccidiomicosis y blastomicosis.**
- b. Permite un diagnóstico temprano.**
- c. La sensibilidad disminuye en inmunodeprimidos.**
- d. Un positivo puede deberse a una infección no actual.**

Pregunta 7

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el manejo del paciente con histoplasmosis crónica que presenta síntomas respiratorios persistentes a pesar de un tratamiento inicial adecuado?

- a. Se recomienda aumentar la dosis de Itraconazol y continuar el tratamiento por un tiempo prolongado.**
- b. Se debe considerar la posibilidad de coinfección con otro patógeno y dar tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro.**
- c. La cirugía es la primera opción de tratamiento en todos los casos de histoplasmosis crónica con síntomas persistentes.**
- d. Se debe realizar una evaluación para descartar la progresión a histoplasmosis diseminada y considerar el uso de Anfotericina B si se confirma.**

Pregunta 8

¿Qué porcentaje de histoplasmosis primarias son asintomáticas?

- a. 1-2%**
- b. 10-20%**
- c. 20-50%**
- d. 60-95%**