REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142610

Lesiones genitales como presentación inusual de histoplasmosis crónica en paciente inmunocompetente

Genital lesions as an unusual presentation of chronic histoplasmosis in an immunocompetent patient

Elvis Javier Ibáñez Franco [1], Clara Andrea González Báez [1], Camila Montoya Bueno [2], Rolando David Cáceres Rojas [3], Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero [1]

[1] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Dermatología. Itauguá, Paraguay.

[2] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Servicio de Anatomía Patológica. Itauguá, Paraguay.

[3] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Departamento de Laboratorio. Servicio de Microbiología. Itauguá. Paraguay.

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor:
Hernán Diosnel Rodríguez Enciso. Sociedad Paraguaya de Infectología. Asunción, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Ibáñez Franco EJ, González Báez CA, Montoya Bueno C, Cáceres Rojas RD, Aldama Caballero ABF. Lesiones genitales como presentación inusual de histoplasmosis crónica en paciente inmunocompetente. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142610

RESUMEN

La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por *Histoplasma capsulatum*, cuya forma de presentación habitual es pulmonar. La afectación cutánea es infrecuente y el compromiso genital es excepcional, especialmente en pacientes sin inmunodepresión evidente.

Se presenta el caso de una paciente de 50 años, inmunocompetente, con lesiones papulares eritematosas crónicas en la región genital. La histopatología reveló estructuras levaduriformes compatibles con

Artículo recibido: *21 noviembre 2025*
Artículo aceptado: *28 noviembre 2025*

Autor correspondiente:
Dr. Elvis Javier Ibáñez Franco
Correo electrónico: ibanezfrancoelvisjavier@gmail.com

Dictamen:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/78_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

micosis profunda, y el cultivo, junto con la identificación mediante MALDI-TOF, confirmó infección por *Histoplasma capsulatum*. Estudios tomográficos demostraron infiltrado pulmonar en vidrio esmerilado y hepatoesplenomegalia, compatibles con enfermedad diseminada crónica. La paciente fue tratada con itraconazol durante 12 meses, logrando resolución completa de las lesiones.

Este caso resalta la importancia de considerar la histoplasmosis dentro del diagnóstico diferencial de lesiones genitales persistentes, incluso en pacientes sin inmunosupresión aparente, y enfatiza el valor de los métodos diagnósticos especializados para la identificación precoz y precisa de esta entidad.

Palabras claves: histoplasmosis, enfermedades genitales, itraconazol

ABSTRACT

Histoplasmosis is a systemic mycosis caused by *Histoplasma capsulatum*, which usually presents in the lungs. Skin involvement is uncommon, and genital involvement is exceptional, especially in patients without obvious immunosuppression.

We present the case of a 50-year-old immunocompetent female patient with chronic erythematous papular lesions in the genital region. Histopathology revealed yeast-like structures consistent with deep mycosis, and culture, together with identification by MALDI-TOF, confirmed infection with *Histoplasma capsulatum*. Tomographic studies demonstrated ground-glass pulmonary infiltrates and hepatosplenomegaly, consistent with chronic disseminated disease. The patient was treated with itraconazole for 12 months, achieving complete resolution of the lesions.

This case highlights the importance of considering histoplasmosis in the differential diagnosis of persistent genital lesions, even in patients without apparent immunosuppression, and emphasizes the value of specialized diagnostic methods for the early and accurate identification of this entity.

Keywords: histoplasmosis, genital diseases, itraconazole

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una infección producida por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, ampliamente distribuido en zonas endémicas de América, África y Asia. Su reservorio principal es el suelo contaminado con excrementos de aves o murciélagos, y la infección se adquiere principalmente por inhalación de microconidios [(1)]. Una vez inhaladas, las conidias se transforman en forma levaduriforme y son fagocitadas por macrófagos, pudiendo permanecer localizadas o diseminarse según el estado inmunitario del huésped [(2)].

Clínicamente, la histoplasmosis puede manifestarse en formas aguda, crónica o diseminada[(3)]. La histoplasmosis aguda primaria suele cursar como un cuadro respiratorio leve o pseudogripal, aunque exposiciones masivas pueden producir neumonía extensa, fiebre persistente y signos sistémicos [(4)].

La histoplasmosis crónica, más frecuente en pacientes con enfermedad pulmonar preexistente, muestra un curso progresivo con cavitaciones pulmonares, fibrosis y síntomas respiratorios persistentes, pudiendo simular tuberculosis u otras patologías crónicas [(5)]. La histoplasmosis diseminada es la forma más grave y se asocia típicamente a inmunosupresión, como infección avanzada por VIH o uso de

terapias inmunomoduladoras, con compromiso frecuente de piel, mucosas e hígado [6].

Aunque clásicamente vinculada a estados de inmunodepresión, existen reportes de histoplasmosis en huéspedes inmunocompetentes, donde la presentación puede ser variable, desde formas subclínicas hasta cuadros pulmonares extensos o incluso diseminados [2,7]. Las manifestaciones cutáneas en pacientes sin inmunosupresión son inusuales y suelen deberse a diseminación hematógena; la presencia de lesiones cutáneas primarias en región genital es particularmente rara [8].

En este reporte se describe el caso de una paciente inmunocompetente con pápulas genitales eritematosas, en quien la histopatología y los cultivos confirmaron histoplasmosis, asociada a hallazgos sistémicos en tomografía, enfatizando la importancia de considerar esta etiología incluso en ausencia de factores de inmunosupresión evidentes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años, procedente de zona rural del país, sin comorbilidades conocidas, acude por lesiones en región genital de 6 meses de evolución, que inician como pápulas eritematosas, asintomáticas, ubicadas en cara interna de labio mayor, labio menor y región perianal, con tendencia a la confluencia (figura 1).

No se acompaña de dolor, ni de manifestaciones sistémicas. No posee antecedentes personales de infecciones severas ni internaciones previas.

Figura 1. Pápulas eritematosas múltiples, de tamaño variado, algunas exulceradas, ubicadas en cara interna de labios mayores, labios menores y perianal, con tendencia a confluir, produciendo distorsión de labios menores.

Examen físico general: paciente en buen estado general, consciente y orientada. Signos vitales: presión arterial 110/70 mmHg, pulso 66/min, respiraciones 18/min, temperatura 36,5 °C. Sin adenopatías palpables. Abdomen blando, no doloroso. El resto de la piel y faneras sin otras lesiones relevantes. Examen ginecológico: colposcopía y estudio citológico cervical sin particularidades.

Se plantean diagnósticos diferenciales de condilomas sifilíticos, molusco contagioso y micosis profunda. Se solicitan estudios laboratoriales y biopsia para frotis, cultivo y anatomía patológica.

A nivel laboratorial se detecta anemia moderada normocítica normocrómica (Hb: 10,5 g/dL), glóbulos blancos: 6.500 mm^3, hepatograma en rango, VDRL no reactivo, VIH no reactivo en 2 determinaciones, hepatitis B y C negativos. Retorna informe de anatomía patológica compatible con micosis profunda, probable histoplasmosis (figura 2)

Retorna frotis y cultivo compatible con *Histoplasma spp* (figura 3) y mediante MALDI-TOF se reconoce a *Histoplasma capsulatum.*

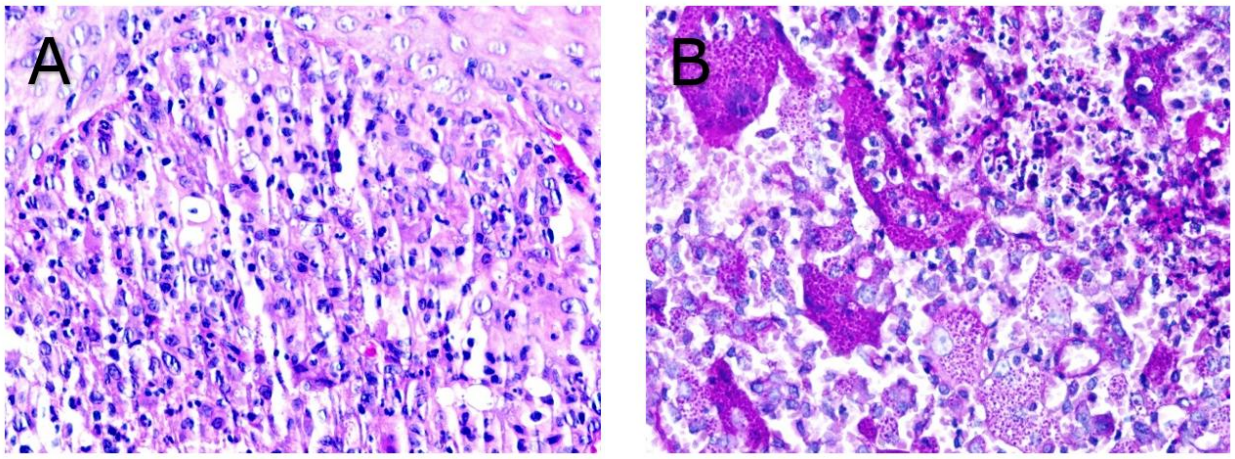

Figura 2. A (H-E). B (PAS). Se observa infiltrado granulomatoso con histiocitos epitelioides y, en la coloración con PAS, se aprecian numerosas estructuras micóticas agrupadas, pequeñas, con presencia de cápsula intracitoplasmática.

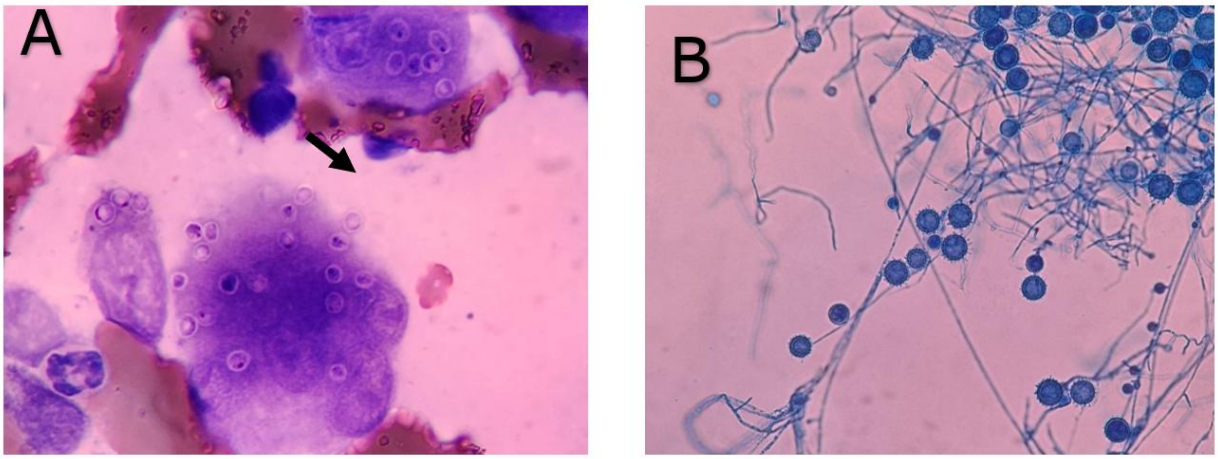

Figura 3. A. Coloración de Giemsa (100X). Se observan elementos levaduriformes en semiluna compatibles con Histoplasma spp. B. Examen en fresco de fase filamentosa. Se observan macroconidias espiculadas que asemejan a minas marinas.

Se realiza además tomografía donde se observa infiltrado alveolar en vidrio esmerilado y hepatoesplenomegalia. Se cataloga el cuadro como una histoplasmosis crónica diseminada y se inicia tratamiento con itraconazol 200 mg/día, completando 12 meses de tratamiento, con resolución total de las lesiones genitales (figura 4).

Figura 4. Área genital sin lesiones, luego de 12 meses de tratamiento con itraconazol

En la tomografía de control realizada al sexto mes de tratamiento se constatan escasos tractos fibrosos residuales en regiones subpleurales y perihiliares, compatibles con secuelas fibróticas del proceso infeccioso previo. No se identifican consolidaciones, vidrio esmerilado, nódulos calcificados ni adenopatías mediastínicas o hiliares. En la ecografía abdominal de control ya no se evidencia hepatoesplenomegalia.

Se realiza dosaje de inmunoglobulinas, que retorna en rango normal. No se pudo realizar dosaje de población linfocitaria. Sin embargo, ante la ausencia de infecciones severas previas, se plantea la ausencia de inmunodepresión primaria.

DISCUSIÓN

La histoplasmosis genital constituye una manifestación poco frecuente dentro del espectro clínico de *Histoplasma capsulatum*, y su reconocimiento continúa siendo un desafío diagnóstico. En concordancia con lo descrito en revisiones recientes, esta infección puede presentarse tanto en individuos inmunocomprometidos como en personas sin inmunodepresión aparente, lo cual amplía su espectro clínico y dificulta su detección oportuna [1–3,9].

En el presente caso, la paciente consultó por pápulas genitales de evolución crónica, un patrón que ha sido documentado en presentaciones cutáneas primarias o diseminadas de histoplasmosis. La literatura describe manifestaciones similares en reportes de lesiones genitales femeninas y masculinas, en los que pápulas, nódulos o úlceras pueden simular condilomas, carcinomas o micosis profundas, retrasando el diagnóstico clínico inicial [8,10,11]. Esta variabilidad morfológica concuerda con la amplia gama de diagnósticos diferenciales considerados en este caso.

La confirmación mediante anatomía patológica, cultivo y técnicas modernas como MALDI-TOF coincide con las recomendaciones actuales sobre el diagnóstico de infecciones fúngicas sistémicas, que señalan que la combinación de métodos histopatológicos y microbiológicos aumenta la sensibilidad diagnóstica, especialmente en formas diseminadas [1,3,12]. La presencia de estructuras levaduriformes compatibles con *Histoplasma* y el aislamiento en cultivo respaldan la certeza etiológica, similar a lo reportado en casos clínicos recientes en pacientes inmunocompetentes y con compromiso genital [9,10].

Aunque la paciente no presentó criterios sugerentes de inmunodepresión, diversos

estudios han documentado que la histoplasmosis puede diseminarse incluso en huéspedes inmunocompetentes, especialmente en regiones endémicas o tras exposiciones ambientales significativas [7,9,13]. En este caso, los hallazgos tomográficos de hepatoesplenomegalia e infiltrado pulmonar sugieren un compromiso sistémico, lo cual concuerda con los patrones descritos en la histoplasmosis diseminada crónica [4–6]. Sin embargo, la ausencia de evaluación detallada de la inmunidad celular, como el recuento de linfocitos T o subpoblaciones, representa una limitación frecuente en varios reportes y podría explicar presentaciones extensas en individuos aparentemente inmunocompetentes [7,13].

En cuanto al tratamiento, la paciente recibió itraconazol durante 12 meses, con resolución completa de las lesiones. Esta evolución favorable coincide con múltiples series de casos y recomendaciones internacionales que establecen a este fármaco como el de elección en formas leves o moderadas de histoplasmosis y como terapia de mantenimiento en formas crónicas diseminadas [5,12,14]. Reportes de casos de histoplasmosis genital tratados con itraconazol refieren resoluciones similares, reforzando su papel en escenarios con compromiso mucocutáneo [10,11]. Sin embargo, algunas revisiones alertan sobre algunos casos con menor sensibilidad a azoles, lo que plantea la importancia de un seguimiento clínico a largo plazo [13].

En conjunto, este caso aporta información valiosa para la literatura al mostrar una presentación genital extensa en una paciente sin inmunodepresión documentada, confirmada mediante métodos microbiológicos y con excelente respuesta terapéutica. De acuerdo con la evidencia disponible, resalta la necesidad de considerar *Histoplasma capsulatum* dentro del diagnóstico diferencial de lesiones genitales crónicas, aun en pacientes sin factores de riesgo evidentes, y enfatiza la importancia de buscar signos de diseminación sistémica, como lo recomiendan guías recientes [3–6].

La histoplasmosis puede presentarse con manifestaciones clínicas inusuales, incluyendo lesiones genitales que simulan otras patologías más frecuentes, lo que dificulta su reconocimiento inicial. La sospecha clínica oportuna, junto con el uso de métodos diagnósticos especializados como la histopatología, el cultivo y las técnicas de identificación avanzadas, resulta fundamental para establecer un diagnóstico preciso y orientar el manejo adecuado. Este caso resalta la importancia de considerar micosis sistémicas en el diagnóstico diferencial de lesiones genitales crónicas y de fortalecer los protocolos de evaluación integral, incluso en pacientes sin inmunodepresión aparente, para favorecer un tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

Aspectos éticos

La paciente otorgó su consentimiento para la toma de fotografías y su utilización con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad de su identidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no contar con conflictos de interés.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la redacción, corrección y aprobación del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están

disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Dr. Elvis Javier Ibáñez Franco. Correo electrónico: ibanezfrancoelvisjavier@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/78_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riera F, editor. Infecciones fúngicas sistémicas: Manual práctico. [Internet]. 4.ª ed. Córdoba: Asociación Panamericana de Infectología; 2023. [citado 20 May 2025]. Disponible en: https://www.recfot.com.ar/assets/files/Riera-ycols_2023_InfeccionesFngicasSistmicas_MANUALPRCTICO_4Edicin_Librodigital.pdf
2. Ashraf N, Kubat RC, Poplin V, Adenis AA, Denning DW, Wright L, et al. Re-drawing the maps for endemic mycoses. Mycopathologia [Internet]. 2020 [cited 2025 May 20];185(5):843-65. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32040709/
3. Zida A, Guiguemdé TK, Sawadogo MP, Tchekounou Ch, Sangaré I, Bamba S. Epidemiological, clinical, diagnostic, and therapeutic features of histoplasmosis: A systematic review. J Mycol Med [Internet]. 2024 [cited 2025 May 20];34(2):101474. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38484562/ Subscription required
4. Sepúlveda VE, Márquez R, Turissini DA, Goldman WE, Matute DR. Genome sequences reveal cryptic speciation in the human pathogen histoplasma capsulatum. mBio [Internet]. 2017 [cited 2025 May 20]; 8(6):e01339-17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29208741/
5. Barros N, Wheat JL, Hage Ch. Pulmonary histoplasmosis: A clinical update. J Fungi (Basel) [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20];9(2):236. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36836350/
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Directrices para el diagnóstico y el manejo de la histoplasmosis diseminada en las personas con infección por el VIH; 2020 [Internet]. Washington DC: OPS/OMS; 2020. [citado 20 May 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/node/71472
7. Durán L, Troya J, Duprez A, Fontana I, Palmeyro C, Barbarulo A. Histoplasmosis diseminada crónica con lesiones en zona genital. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2019 [citado 20 May 2025];47(3):227-31. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2019/mc193m.pdf
8. Carrasco-Zuber JE, Navarrete-Dechent C, Bonifaz A, Fich F, Vial-Letelier V, Berroeta-Mauriziano D. Afectación cutánea en las micosis profundas: una revisión de la literatura. Parte 2. Micosis sistémicas. Actas Dermo-Sifiliogr [Internet]. 2016 [citado 20 May 2025];107(10):816-22. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-titulo-articulo-S0001731016301831
9. Asokan A, Narasimhan R, Vineeth VK, Gopalakrishnan R. Disseminated histoplasmosis in an immunocompetent patient: A case report. IJHSR [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20];13(5): 239-44. Available from: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.13_Issue.5_May2023/IJHSR28.pdf
10. Paixão M, Miot HA, Avancini J, Belda Júnior W. Primary cutaneous histoplasmosis developed in the penis of an immunocompetent patient. An Bras Dermatol [Internet]. 2015 [cited 2025 May 20];90(2):255-7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25831000/

11. Martínez Braga G, Agüero Zaputovich F, Di Martino Ortiz B, Bolla de Lezcano L. Úlceras orales y genitales como presentación de histoplasmosis diseminada en paciente inmunocompetente: reporte de un caso. Dermatol Venez [Internet]. 2012. [citado 20 May 2025]; 50(1): 45-8. Disponible en: https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/388
12. Arnold SR, Spec A, Baddley JW, Pappas P, Lentz RJ, Wolf J, et al. 2025 Clinical practice guideline update by the Infectious Diseases Society of America on histoplasmosis: Treatment of asymptomatic histoplasma pulmonary nodules (Histoplasmomas) and mild or moderate acute pulmonary histoplasmosis in adults, children, and pregnant people. Clin Infect Dis [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 20]:ciaf256. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40667709/
13. Hui ST, Gifford H, Rhodes J. Emerging Antifungal Resistance in Fungal Pathogens. Curr Clin Microbiol Rep. 2024;11(2):43-50. doi: 10.1007/s40588-024-00219-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38725545/
14. Samaddar A, Sharma A, Kumar A, Srivastava S, Shrimali T, Gopalakrishnan M, Bohra GK. Disseminated histoplasmosis in immunocompetent patients from an arid zone in Western India: a case series. Med Mycol Case Rep [Internet]. 2019 [cited 2025 May 20]; 25:49-52. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6702145/
15. Valero C, Martín-Gómez MT, Buitrago MJ. Molecular diagnosis of endemic mycoses. J Fungi (Basel) [Internet]. 2022 [cited 2025 May 20];9(1):59. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9866865/