

REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18597/rcog.4460>

# Histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial en una paciente con VIH: reporte de caso

## Disseminated histoplasmosis with endometrial involvement in a patient with HIV: case report

María Isabel Limia Pérez<sup>1</sup> , José C. Quílez Conde<sup>1-3</sup>, Eva Beiro Felipe<sup>4</sup>, Tamara Dehesa Martínez<sup>4</sup>, Federico Morán Cuesta<sup>5</sup>, María López Matarranz<sup>1</sup>, Jesús Hilario De La Rosa Fernández<sup>4</sup>, Carlos David Pérez Verdugo<sup>4</sup>

Recibido: 18 abril, 2025 Aceptado: 5 noviembre, 2025

### RESUMEN

**Objetivo:** presentar un caso de histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial que simula un carcinoma de endometrio avanzado, en una paciente con infección por VIH. Se describen los hallazgos en el endometrio.

**Presentación del caso:** se presenta el caso de una mujer de Guinea-Bisáu, que consultó por dolor costal a un hospital general de Bilbao (España), que atiende pacientes inmigrantes y con aseguramiento público. Se identificaron fracturas patológicas vertebrales en múltiples niveles en tomografía computarizada. Durante los estudios realizados para aclarar la causa de las fracturas se realizó diagnóstico de novo de infección por VIH con recuento CD4 de 395 células/ $\mu$ L. Se identificaron imágenes sugestivas de abscesos vertebrales e imagen sugestiva de cáncer

de endometrio. El estudio del material óseo mostró presencia de esporas de hongos y la biopsia de endometrio reveló granulomas no necrotizantes y acúmulos histiocitarios, sin lesión neoplásica. Las pruebas serológicas fueron positivas para *Histoplasma capsulatum*. La paciente fue tratada con anfotericina B liposomal y terapia antirretroviral con evolución clínica favorable en el seguimiento.

**Conclusiones:** es importante considerar infecciones oportunistas en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas en pacientes inmunodeprimidas. Se requieren estudios adicionales para determinar la frecuencia del compromiso endometrial en la histoplasmosis diseminada y establecer protocolos diagnósticos específicos.

**Palabras clave:** histoplasmosis; VIH; neoplasias endometriales; ginecología; obstetricia.

### ABSTRACT

**Objective:** To present a case of disseminated histoplasmosis with endometrial involvement mimicking advanced endometrial carcinoma in a patient with HIV infection. The endometrial findings are described.

**Case presentation:** A woman from Guinea-Bissau presented to a general hospital serving immigrant patients and those with public insurance, complaining of costal pain. Multiple pathological vertebral fractures were identified. During studies performed to clarify the cause of the fractures, a

\* **Correspondencia:** Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Basurto, Avda. Montevideo, 18 48013. Bilbao (España). isalimia@gmail.com

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España).
2. Departamento de Ginecología y Patología Cervical, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España).
3. Sociedad Española de Contracepción. Bilbao (España).
4. Departamento de Oncología Ginecológica, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España).
5. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España).

**Cómo citar este artículo:** Limia Pérez MI, Quílez Conde JC, Beiro Felipe E, Dehesa Martínez T, Morán Cuesta F, López Matarranz M, et al. Histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial en una paciente con VIH: reporte de caso. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2025;76:4460. <https://doi.org/10.18597/rcog.4460>

de novo diagnosis of HIV infection was made with a CD4 count of 395 cells/ $\mu$ L. Magnetic resonance imaging revealed images suggestive of vertebral abscesses and suspected endometrial cancer. Study of bone material showed presence of fungal spores and endometrial biopsy revealed non-necrotizing granulomas and histiocytic accumulations, without neoplastic lesion. Serological tests were positive for *Histoplasma capsulatum*. The patient was treated with liposomal amphotericin B and antiretroviral therapy with favorable clinical evolution on follow-up.

**Conclusions:** It is important to consider opportunistic infections in the differential diagnosis of pelvic masses in immunocompromised patients. Additional studies are needed to determine the frequency of endometrial involvement in disseminated histoplasmosis and to establish specific diagnostic protocols.

**Keywords:** Histoplasmosis; HIV; endometrial neoplasms; gynecology; obstetrics.

## INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum* (*H. capsulatum*), que se adquiere principalmente por inhalación de microconidias presentes en el suelo contaminado con excretas de murciélagos y aves (1). La frecuencia de esta infección varía según la población estudiada, siendo más común en áreas endémicas como América Latina, donde se observa asociada a infección por VIH (2); también en el sudeste asiático (3) y África subsahariana (4), donde representa un problema emergente de salud pública.

En pacientes con infección por VIH, especialmente aquellos con recuentos de linfocitos CD4<sup>+</sup> menores de 150 células/ $\mu$ L, la histoplasmosis puede manifestarse como una enfermedad diseminada progresiva, con alta mortalidad si no se trata oportunamente (5,6). Las manifestaciones clínicas son inespecíficas e incluyen fiebre prolongada, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, adenopatías y alteraciones hematológicas (7).

El diagnóstico de histoplasmosis diseminada requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes inmunodeprimidos procedentes de áreas endémicas. Las pruebas diagnósticas incluyen detección de antígeno de *Histoplasma* en orina y suero, cultivos micológicos, histopatología y pruebas serológicas (8,9). El tratamiento de elección consiste en anfotericina B liposomal, seguida de itraconazol, junto con el inicio de terapia antirretroviral (10).

El compromiso del tracto genital femenino por *H. capsulatum* ha sido reportado en pocos casos en la literatura médica actual (11-13), por lo que es importante aportar información sobre este tipo de presentación.

El objetivo de este artículo es presentar un caso de histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial que simula un carcinoma de endometrio avanzado, en una paciente con infección por VIH. Se describen los hallazgos en el endometrio.

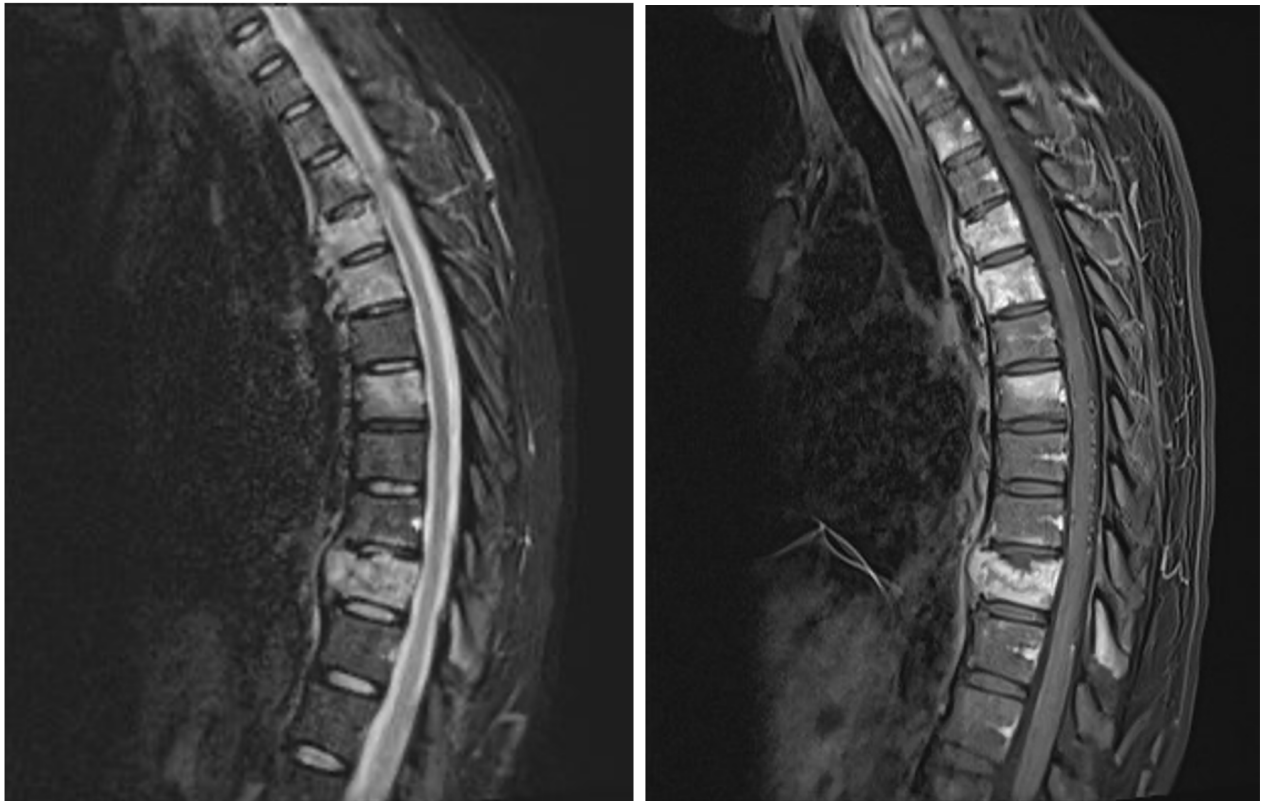
## PRESENTACIÓN DEL CASO

En marzo de 2024, una mujer de 50 años, residente en España y originaria de Guinea-Bisáu, acudió al servicio de urgencias de un hospital general público de tercer nivel en Bilbao (España), por presentar dolor costal izquierdo, de características punzantes, que se intensificaba con los movimientos respiratorios, de una semana de evolución. La mujer refería no tener antecedentes médicos de interés, G3P3 (tres embarazos, tres partos), con menopausia a los 46 años, sin historia de sangrado uterino posmenopáusico.

La radiografía de tórax evidenció un aplastamiento vertebral de carácter atraumático, motivo por el cual se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) dorsolumbar sin contraste. El estudio mostró múltiples lesiones óseas líticas destructivas, sugestivas de metástasis óseas como primera posibilidad diagnóstica, sin descartar mieloma múltiple u otras etiologías. El hemograma, las pruebas de coagulación y la química sanguínea estaban dentro de límites normales.

La paciente ingresó en medicina interna para completar estudios. Se solicitó mamografía que evidenció adenopatías axilares bilaterales, por lo que se practicó biopsia con aguja gruesa (tru-cut). La resonancia magnética (RM) lumbar reveló lesiones líticas vertebrales múltiples, con formación de abscesos, planteando la necesidad de descartar tuberculosis ósea (Figura 1). Se obtuvieron biopsias óseas para estudio histopatológico y microbiológico.

Además, se realizaron análisis complementarios, con proteinograma sérico, determinación de cadenas ligeras, proteinuria de 24 horas y serologías (VIH, VHB, VHC, sífilis, toxoplasma, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr). Se obtuvo serología positiva para VIH, con un recuento de CD4 de 395 células/ $\mu\text{L}$  y carga viral de 7.300 copias/mL. Las otras pruebas fueron negativas.

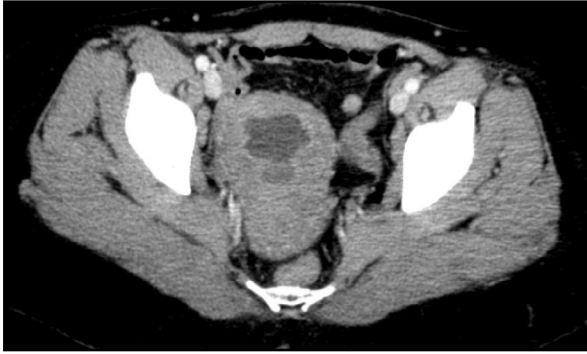


**Figura 1.** Resonancia magnética de columna torácica en secuencia STIR (izquierda) y T1 Dixon con gadolinio (derecha). Paciente con histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). Se observa edema y realce en los cuerpos vertebrales T4, T5, T6, T8 y T11. Componente de partes blandas anterior al cuerpo vertebral T11.

**Fuente:** Autores.

El TAC abdominopélvico (Figura 2) mostró una masa hipodensa endometrial de 40 x 35 mm, sospechosa de neoplasia primaria, adenopatías inguinales inespecíficas y lesiones osteolíticas compatibles con metástasis (Figura 3). La paciente fue valorada por el servicio de Ginecología. La exploración física y la ecografía transvaginal fueron

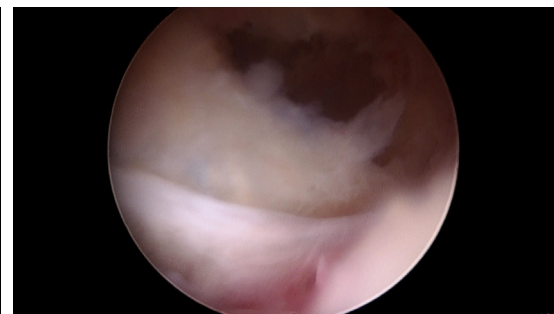
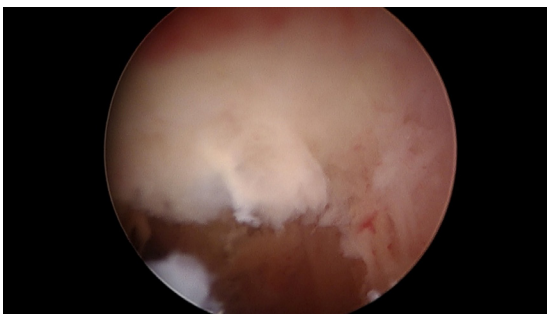
normales. Se realizó histeroscopia diagnóstica, sin hallazgos sugestivos de malignidad, aunque se identificó tejido endometrial algodonoso y desflecado en el tercio superior de la cavidad (Figura 4), que fue llevado a biopsia. Asimismo, se efectuó citología cervical.



**Figura 2.** TAC abdominopélvico con contraste. Paciente con histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). Se observa distensión de la cavidad endometrial ocupada por lesión hipodensa de 40x35 mm, sospechosa de neoplasia endometrial.  
**Fuente:** Autores.



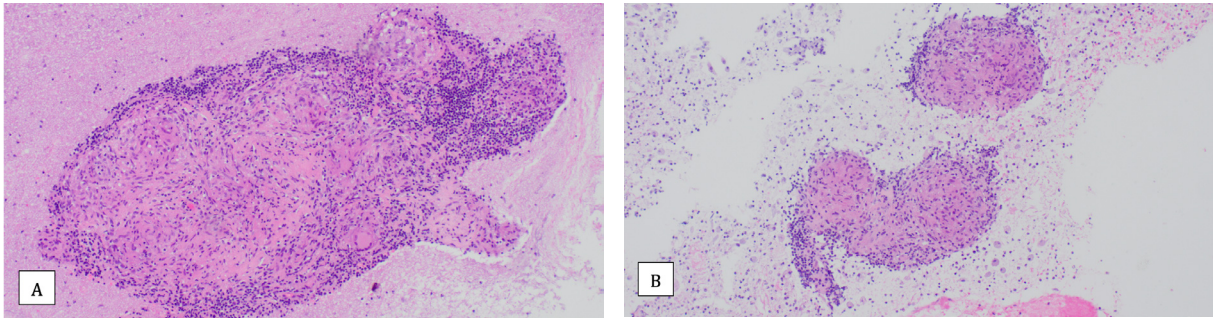
**Figura 3.** TAC abdominopélvico con contraste. Paciente con histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). Se observan lesiones osteolíticas en el esqueleto axial destacando la lesión en T10, con destrucción del platillo vertebral superior y componente de partes blandas, sospechosas de metástasis.  
**Fuente:** Autores.



**Figura 4.** Imágenes de la histeroscopia en paciente con histoplasmosis diseminada con compromiso endometrial (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). Se observa tejido de aspecto algodonoso y desflechado en el tercio superior de la cavidad. La anatomía patológica reveló material fibrohemático con ocasionales granulomas no necrotizantes y acúmulos histiocitarios.  
**Fuente:** Autores.

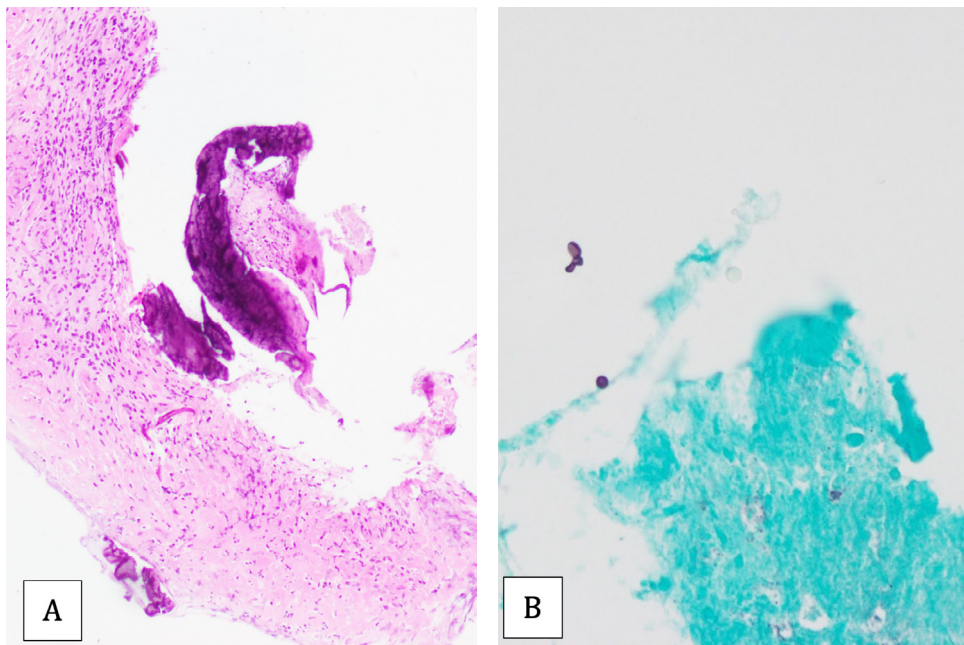
Los resultados anatomopatológicos de la biopsia ganglionar axilar mostraron ausencia de infiltración metastásica. La biopsia endometrial evidenció material fibrohemático con granulomas no necrotizantes y acúmulos histiocitarios, sin evidencia de neoplasia (Figura 5). La citología cervical fue negativa para malignidad. En la

biopsia de cuerpo vertebral (Figura 6) se identificó presencia de esporas fúngicas compatibles con *H. capsulatum* e inflamación mixta fibrinosa. Ziehl y PCR (proteína C reactiva) para *Mycobacterium tuberculosis* fueron negativas y no hubo evidencia de malignidad.



**Figura 5.** Secciones histológicas de la cavidad endometrial. Paciente con histoplasmosis diseminada (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). Se observa inflamación granulomatosa no necrotizante con ocasionales fragmentos de material fibrinonecrotico. Sin evidencia de lesión neoplásica.

**Fuente:** Autores.



**Figura 6.** Paciente con histoplasmosis diseminada (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao). A) Secciones histológicas, que incluyen hueso con signos de remodelación, cartilago degenerado y restos de fibrina con celularidad inflamatoria mixta. B) Tinción de Grocott para flora micótica: revela esporas, se recomienda estudio dirigido para confirmación microbiológica y tipificación fúngica.

**Fuente:** Autores.

Ante la elevada sospecha clínica de histoplasmosis diseminada, y considerando las graves repercusiones de demorar el tratamiento, se instauró de forma precoz terapia antirretroviral (TAR), junto con anfotericina B liposomal, de acuerdo con las recomendaciones actuales (10). Posteriormente, la serología específica para *H. capsulatum* resultó positiva.

La paciente continúa en seguimiento por el servicio de Enfermedades Infecciosas con evolución clínica favorable.

#### Consideraciones éticas

Para el reporte de este caso se obtuvo el consentimiento informado y por escrito de la paciente, de acuerdo con el protocolo institucional. Se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información de la paciente. Se siguieron las recomendaciones CARE para la elaboración de este tipo de publicaciones.

## DISCUSIÓN

Este caso ilustra la presentación atípica de histoplasmosis diseminada en una paciente con infección por VIH, destacando el compromiso endometrial que simuló un carcinoma de endometrio avanzado. El diagnóstico diferencial de masas pélvicas en pacientes inmunodeprimidas debe incluir infecciones oportunistas y tuberculosis, particularmente en individuos procedentes de áreas endémicas.

La histoplasmosis diseminada progresiva ocurre principalmente en pacientes con inmunidad celular comprometida, siendo la infección por VIH uno de los principales factores de riesgo (5,6). Aunque las manifestaciones pulmonares y sistémicas son bien conocidas, el compromiso del tracto genital femenino es infrecuente y poco reportado en la literatura (11-13).

El compromiso endometrial por *H. capsulatum* puede simular neoplasias ginecológicas, como se evidenció en este caso. La presentación como masa endometrial en estudios de imagen puede llevar a una sospecha inicial de cáncer de endometrio, especialmente en mujeres posmenopáusicas.

Sin embargo, la ausencia de sangrado vaginal y los hallazgos histopatológicos característicos de infección granulomatosa permiten establecer el diagnóstico correcto (14).

El diagnóstico de histoplasmosis diseminada requiere la combinación de hallazgos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos e histopatológicos. En este caso, la identificación de esporas fúngicas en la biopsia ósea y los granulomas no necrotizantes en el endometrio, junto con la serología positiva, confirmaron el diagnóstico (8,9). La histopatología es fundamental, ya que permite identificar las levaduras características de *H. capsulatum* mediante tinciones especiales como Grocott-Gomori (15).

El tratamiento oportuno con anfotericina B liposomal es crucial para mejorar el pronóstico en pacientes con histoplasmosis diseminada y VIH (10). El inicio temprano de terapia antirretroviral también es importante, aunque debe considerarse el riesgo de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune. En este caso, la paciente respondió favorablemente al tratamiento combinado.

## CONCLUSIONES

Es importante considerar infecciones oportunistas en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas en pacientes inmunodeprimidas. Se requieren estudios adicionales para determinar la frecuencia del compromiso endometrial en la histoplasmosis diseminada y establecer protocolos diagnósticos específicos.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MILP, JQ, EB, TD, ML, FM, JHDLR y CP contribuyeron en la revisión y edición del manuscrito. Todos los autores cumplen con los criterios de autoría del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) y realizaron contribuciones sustanciales a la concepción y el diseño del trabajo; a la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos; redactaron el manuscrito y lo revisaron críticamente. Asimismo, dieron su aprobación final para su posible publicación.

## REFERENCIAS

1. Araúz A, Papineni P. Histoplasmosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2021;35(2):471-91. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.03.011>
2. Adenis A, Valdes A, Cropet C, McCotter O, Derado G, Couppie P, et al. Burden of HIV-associated histoplasmosis compared with tuberculosis in Latin America: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(10):1150-9. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30354-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30354-2)
3. Baker J, Setianingrum F, Wahyuningsih R, Denning D. Mapping histoplasmosis in South East Asia - Implications for diagnosis in AIDS. *Emerg Microbes Infect.* 2019;8(1):1139-45. <https://doi.org/10.1080/22221751.2019.1644539>
4. Oladele R, Ayanlowo O, Richardson M, Denning D. Histoplasmosis in Africa: An emerging or a neglected disease? *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(1):e0006046. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006046>
5. Hajjeh R, Pappas P, Henderson H, et al. Multicenter case-control study of risk factors for histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected persons. *Clin Infect Dis.* 2001;32(9):1215-20. <https://doi.org/10.1086/319756>
6. Azar M, Loyd J, Relich R, Wheat L, Hage C. Current concepts in the epidemiology, diagnosis, and management of histoplasmosis syndromes. *Semin Respir Crit Care Med.* 2020;41(1):13-30. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698429>
7. Caceres D, Tobon A, Cleveland A, Scheel Ch, Berbesi D, Ochoa J, et al. Clinical and laboratory profile of persons living with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome and Histoplasmosis from a colombian hospital. *Am J Trop Med Hyg.* 2016;95(4):918-24. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0837>
8. Medina N, Alastruey-Izquierdo A, Mercado D, Bonilla O, Perez J, Aguirre L, et al. Comparative performance of the laboratory assays used by a diagnostic laboratory hub for Histoplasmosis in Latin America. *J Fungi (Basel).* 2021;7(4):269. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002631>
9. Toscanini M, Nusblat A, Cuestas M. Diagnosis of Histoplasmosis: Current status and perspectives. *Appl Microbiol Biotechnol.* 2021;105(5):1837-59. <https://doi.org/10.1007/s00253-021-11170-9>
10. Arnold S, Spec A, Baddley J, et al. IDSA 2025 Guideline Update on the Diagnosis and Management of Histoplasmosis. *Clin Infect Dis.* 2024;79(3):e95-e117. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf256>
11. Smith M, Schnadig V, Zaharopoulos P, Van Hook C. Disseminated Histoplasmosis presenting as metastatic endometrial carcinoma. A case report and review of the literature. *Acta Cytol.* 1996;40(1):83-6. <https://doi.org/10.1159/000333705>
12. Shine M, Shah M, Hanna C, Bevis K. Vulvar Histoplasmosis as a manifestation of disseminated disease in an HIV-Positive patient. *J Low Genit Tract Dis.* 2017;21(4):e52-e53. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000332>
13. Cantor A, John J, Brown B. Metrorrhagia in a Human Immunodeficiency Virus-positive woman with disseminated Histoplasmosis. *Obstet Gynecol.* 2018;132(4):887-90. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002871>
14. Kontogiannis D, Di Lorenzo A, Zage D, et al. Histoplasmosis in HIV-Infected patients: A comprehensive review. *Pathogens.* 2023;12(4):516. <https://doi.org/10.3389/path.2024.1418530>
15. Kauffman C. Histoplasmosis: A clinical and laboratory update. *Clin Microbiol Rev.* 2007;20(1):115-32. <https://doi.org/10.1128/CMR.00027-06>

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación externa.