



**Reunión Comité ampliado de nefrología SAP  
Junio 2018  
Servicio de Nefrología Pediátrica HIBA  
Disertante: Ma. Agustina Grillo**



# Presentación de caso



IRCT 2ria  
a displasia  
renal

Inicio HD a  
los 8 años  
FAV

Tx renal  
DVR 2010

Año 2015 DSA + Cr  
1.5 >> Rechazo  
agudo border line  
>> Gamma +  
Solumedrol +  
Rituximab

2017 Cr 2  
Bx: Rechazo celular  
+ Humoral  
Solumedrol +  
plasmaferesis +  
Timoglobulina

---

# Presentación de caso

Abril 2018

Fiebre

Leve CVAS

Medio epidemiológico +

Laboratorio bajo riesgo infectológico con función renal estable (Cr 2).

---

# Presentación de caso

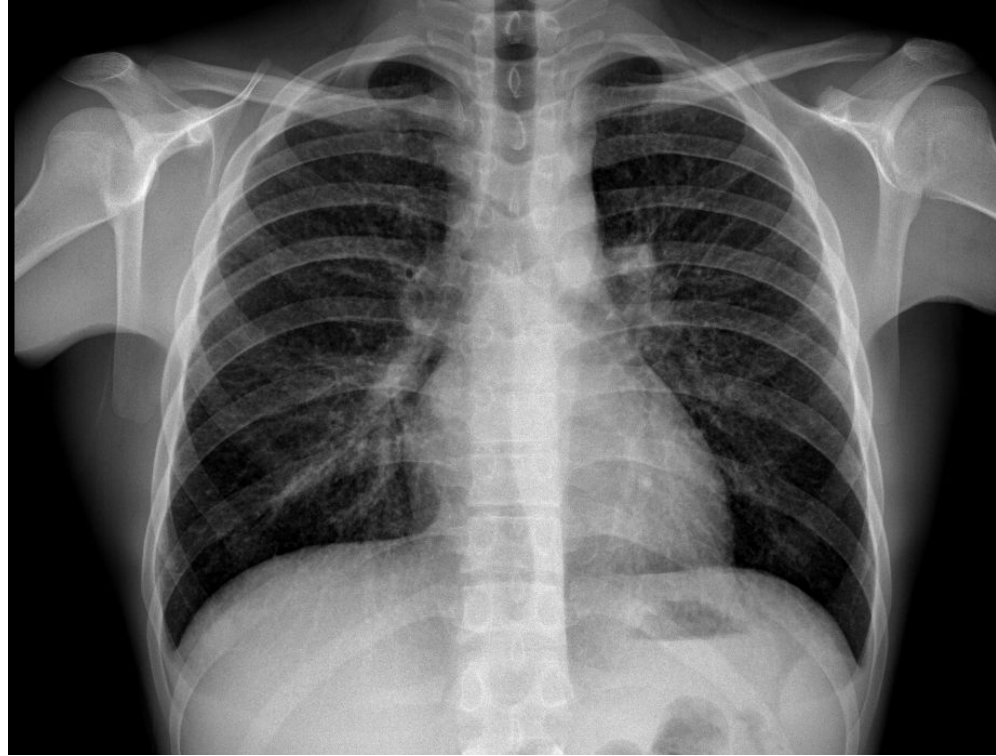
Fiebre 10 días

1-2 registros/día

Asintomático

Laboratorio sin cambios

Control con equipo de infectología >>>  
**internación para búsqueda de focos  
profundos**



Pediatr Nephrol (2015) 30:2109–2110

DOI 10.1007/s00467-014-2974-5

---

CLINICAL QUIZ

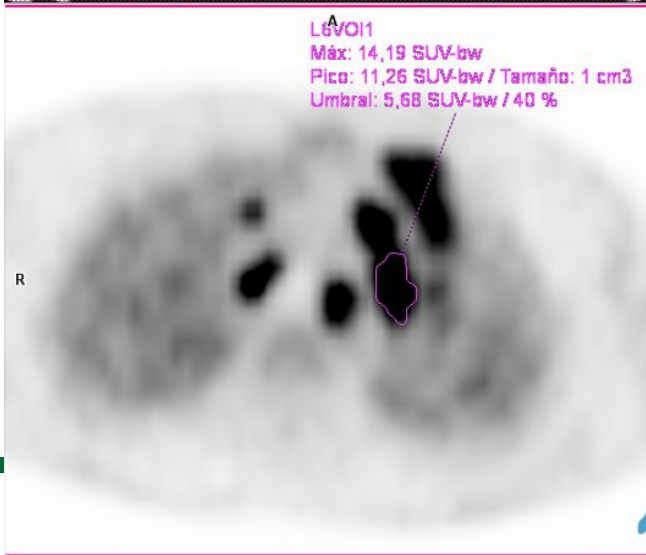
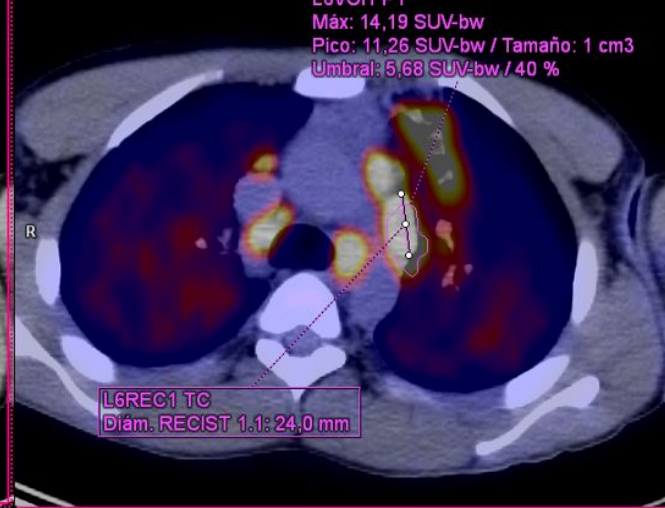
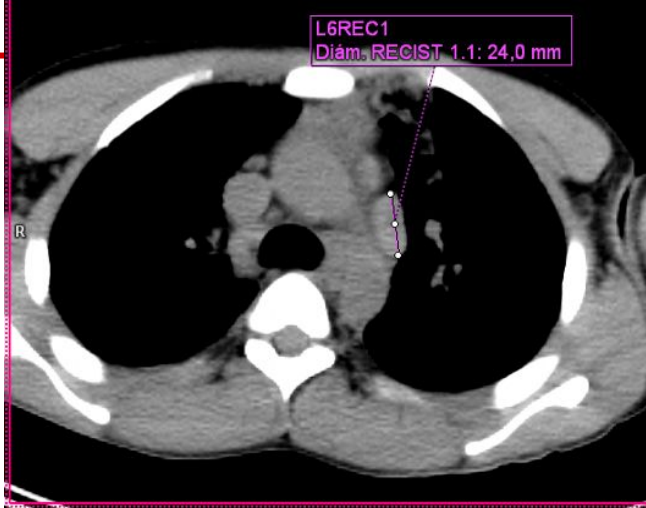
## **Fever of Unknown Origin (FUO) in a pediatric kidney transplant recipient: Questions**

Shahid Nadeem • Lakshmi Sukumaran •  
David A. Siegel • Stephanie M. Jernigan •  
Larry A. Greenbaum

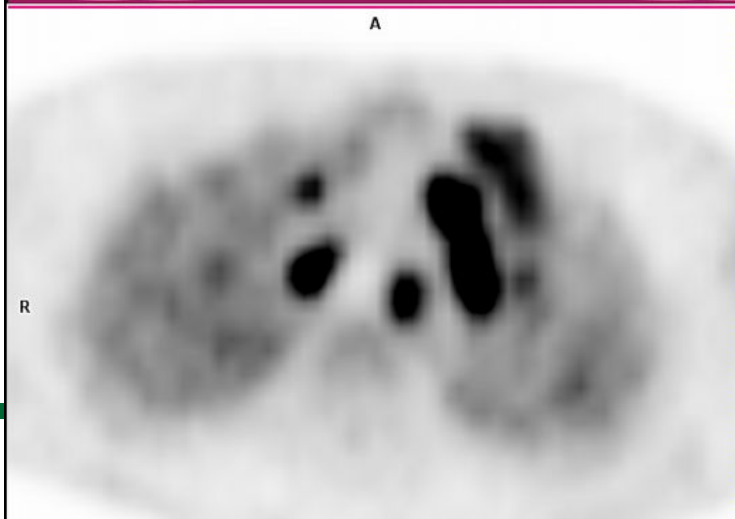
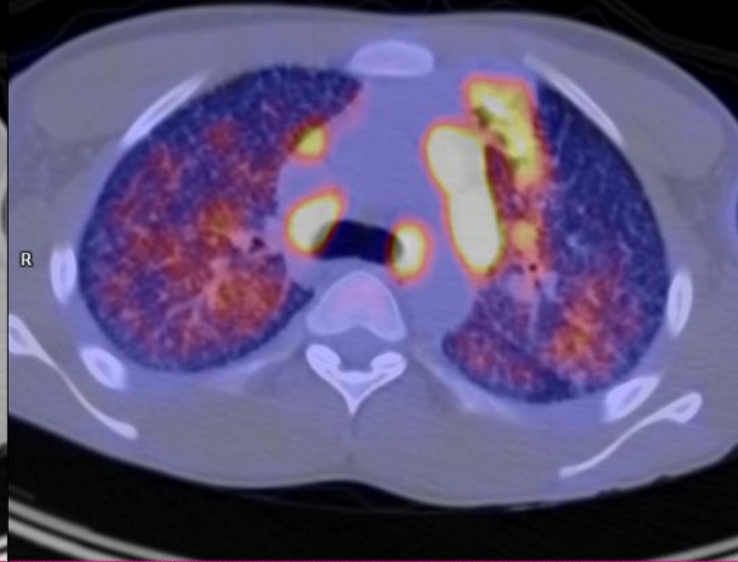
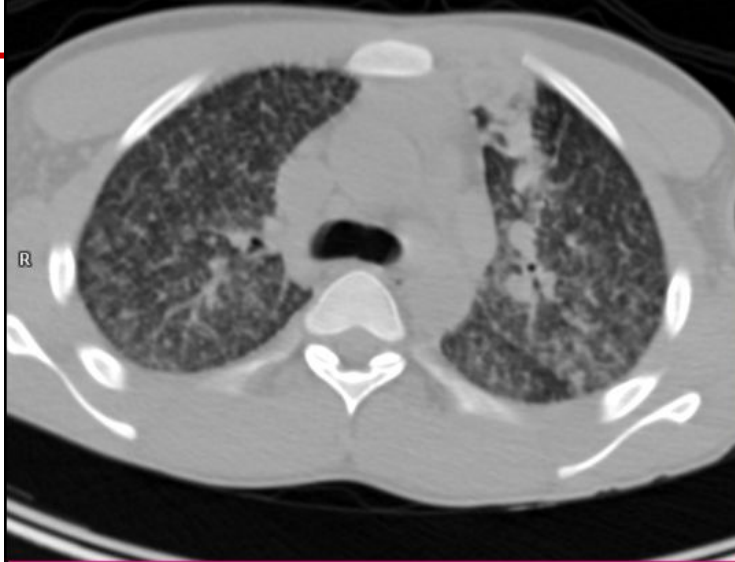












# Mientras tanto...

Serologías para mycoplasma y parvovirus negativas.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana negativo.

Se aplicó Prueba de Mantoux negativa

Lavado Broncoalveolar(BAL)

Sin evidencia de gérmenes, genexpert negativo, muestra dudosa.

Bacilos ácido alcohol resistente negativo

Micológico en proceso (directo negativo)

Se envió Proteína C Reactiva panfúngica al Malbrán que se encuentra en proceso.

Búsqueda de Neumonía Por Pneumocystis con tinciones especiales negativo.

Proteína C Reactiva Citomegalovirus(CMV) negativo

Galactomanano negativo (0.7)

BIOPSIA DE GANGLIO



---

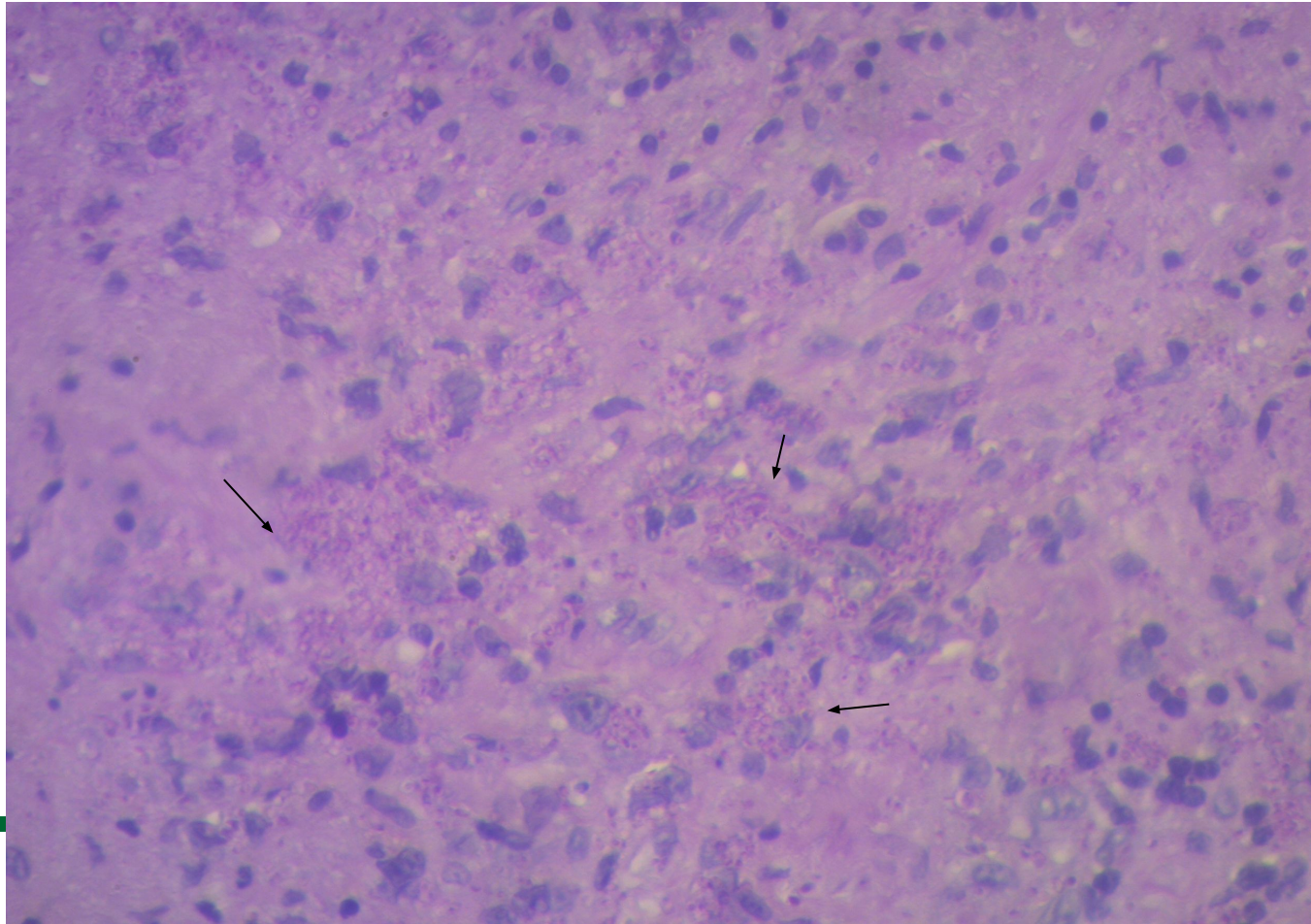
Inicio de tratamiento antibiótico empírico: piperacilina/tazobactam + azitromicina + Trimetoprima/Sulfametoxazol + aumento corticoides

Recuperación postquirúrgica programada en UCIP por compromiso respiratorio - Requerimiento de CAFO

Deterioro de la función renal con requerimiento de hemodiálisis (4 sesiones)

---

# BIOPSIA DE GANGLIO





## Histoplasmosis: Epidemiology in Latin America

Beatriz L. Gómez



Centers for Disease Control and Prevention  
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

*Medical Mycology* November 2011, **49**, 785–798

healthcare

Review Article

## Epidemiology of endemic systemic fungal infections in Latin America

ARNALDO LOPES COLOMBO\*, ANGELA TOBÓN†, ANGELA RESTREPO†, FLAVIO QUEIROZ-TELLES‡ & MARCIO NUCCI§

\*Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Federal University of São Paulo, Brazil, †Corporacion para Investigaciones Biologicas, Medellin, Colombia, ‡Hospital de Clinicas, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil, and §University Hospital, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brazil



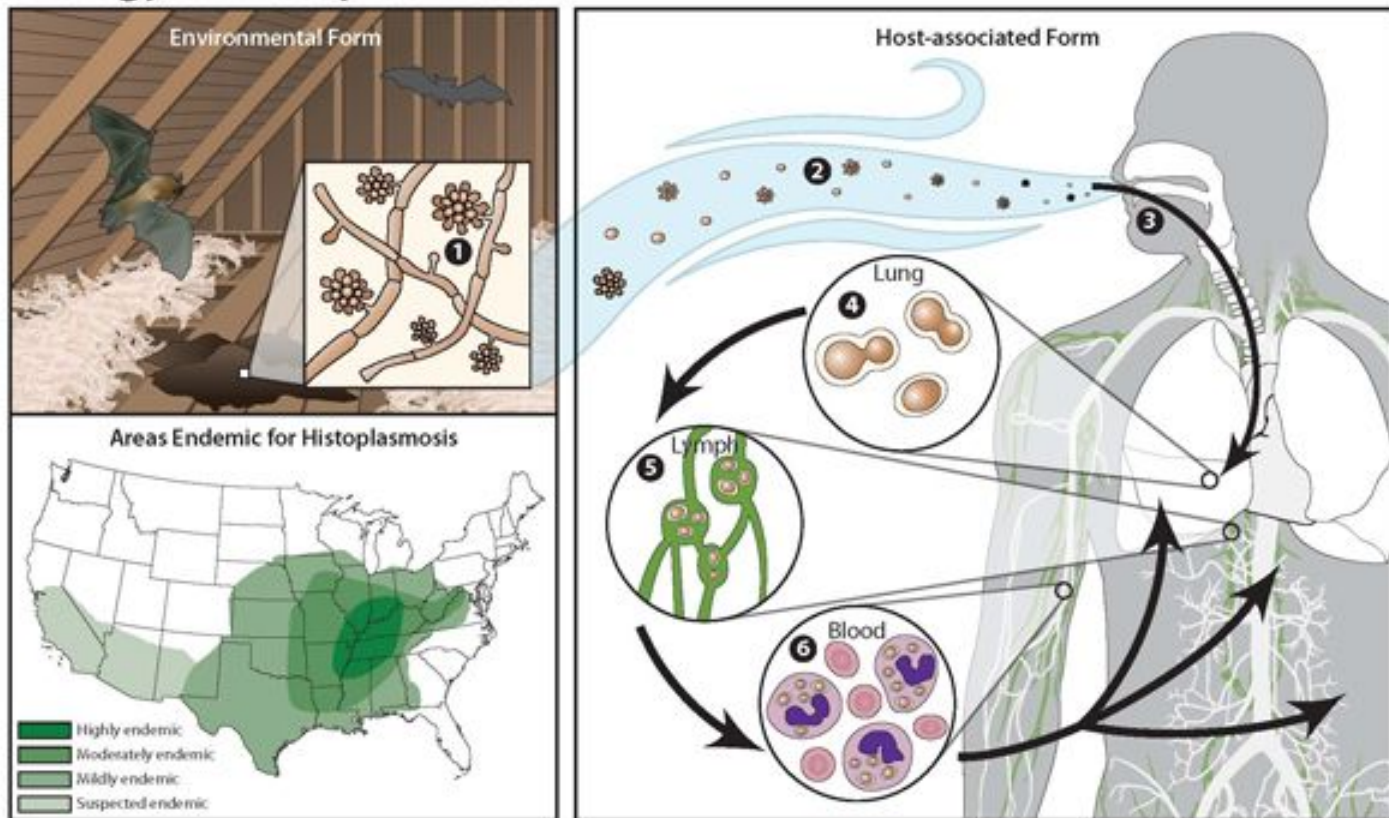
Micosis sistémica endémica de zonas templadas o tropicales

Es la 2da micosis sistémica más frecuente en pacientes HIV+

En Argentina hay área de endemividad en región nor-este, Tucumán y alrededor de la Cuenca del Río de La Plata



# Biology of Histoplasmosis



In the environment, *Histoplasma capsulatum* exists as a mold (1) with aerial hyphae. The hyphae produce macroconidia and microconidia (2) spores that are aerosolized and dispersed. Microconidia are inhaled into the lungs by a susceptible host (3). The warmer temperature inside the host signals a transformation to an oval, budding yeast (4). The yeast are phagocytized by immune cells and transported to regional lymph nodes (5). From there they travel in the blood to other parts of the body (6).



---

# Histoplasmosis

La mayoría de las infecciones son asintomáticas y curan espontáneamente, excepto en inmunosuprimidos.

**Infección diseminada progresiva**

**Clínica: fiebre, pérdida de peso, astenia, hepatoesplenomegalia, anemia, síntomas respiratorios, lesiones cutáneas.**

---

## Histoplasmosis After Solid Organ Transplant

Maha Assi,<sup>1</sup> Stanley Martin,<sup>2</sup> L. Joseph Wheat,<sup>3</sup> Chadi Hage,<sup>4</sup> Alison Freifeld,<sup>5</sup> Robin Avery,<sup>6</sup> John W. Baddley,<sup>7</sup> Paschalis Vergidis,<sup>8</sup> Rachel Miller,<sup>9</sup> David Andes,<sup>10</sup> Jo-Anne H. Young,<sup>11</sup> Kassem Hammoud,<sup>12</sup> Shirish Huprikar,<sup>13</sup> David McKinsey,<sup>14</sup> Thein Myint,<sup>15</sup> Julia Garcia-Diaz,<sup>16</sup> Eden Esguerra,<sup>17</sup> E. J. Kwak,<sup>18</sup> Michele Morris,<sup>19</sup> Kathleen M. Mullane,<sup>20</sup> Vidhya Prakash,<sup>21</sup> Steven D. Burdette,<sup>22</sup> Mohammad Sandid,<sup>1</sup> Jana Dickter,<sup>23</sup> Darin Ostrander,<sup>24</sup> Smyrna Abou Antoun,<sup>1</sup> and Daniel R. Kaul<sup>25</sup>

24 centros de Trasplante, 152 casos de Histoplasmosis

50% Eran trasplantes renales

Tiempo medio entre Tx e Histoplasmosis: 27 meses -34% en 1er año

Tratamiento inmunosupresor: Triple esquema - 10% tratamiento por rechazo  
3 meses previo a enfermedad

La mayoría tenía Histoplasmosis diseminada

Tratamiento: Anfotericina >>> Itraconazol

11% falleció antes de etapa de mantenimiento

Modificaciones en inmunosupresión

6% Recaída pero período posterior a 2 años



## **Histoplasmosis in Renal Transplant Patients in an Endemic Area at a Reference Hospital in Medellin, Colombia**

J.F. Nieto-Ríos\*, L.M. Serna-Higueta\*, C.E. Guzman-Luna, C. Ocampo-Kohn, A. Aristizabal-Alzate, I. Ramírez, C. Velez-Echeverri, J.J. Vanegas-Ruiz, J.J. Zuleta, and G.A. Zuluaga-Valencia

Hospital Pablo Tobon Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia

Estudio retrospectivo 2014

Incidencia Histoplasmosis 1.1% (613 trasplantes renales)

88% antecedente de rechazo agudo (pulso de solumedrol)

Triple esquema inmunosupresor

Tiempo de infección promedio 19 meses post trasplante

Tiempo promedio de diagnóstico 30 días

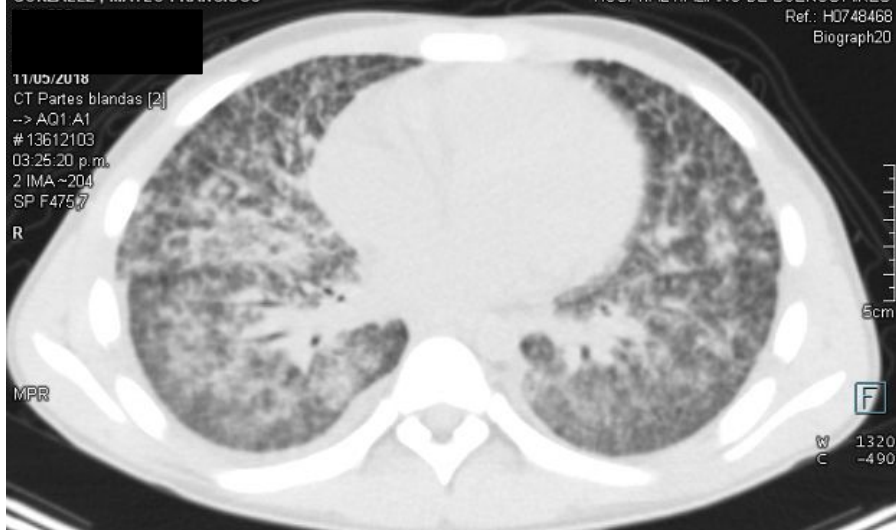
2 pacientes suspendieron inmunosupresión

Descenso dosis de tacrolimus por interacción con itraconazol

# Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Histoplasmosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America

**L. Joseph Wheat,<sup>1</sup> Alison G. Freifeld,<sup>3</sup> Martin B. Kleiman,<sup>2</sup> John W. Baddley,<sup>4,5</sup> David S. McKinsey,<sup>6</sup> James E. Loyd,<sup>7</sup> and Carol A. Kauffman<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>MiraVista Diagnostics/MiraBella Technologies and <sup>2</sup>Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; <sup>3</sup>University of Nebraska Medical Center, Omaha; <sup>4</sup>University of Alabama at Birmingham and <sup>5</sup>Birmingham Veterans Affairs Medical Center, Alabama; <sup>6</sup>ID Associates of Kansas City, Missouri; <sup>7</sup>Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee; and <sup>8</sup>Veterans Affairs Medical Center, University of Michigan Medical School, Ann Arbor



Reagudización de insuficiencia respiratoria con reinicio de Fiebre

CAFO 4 días.

Tratamiento antibiótico empírico por 48 hs

PRESPI - Rhinovirus positivo



Itraconazol como continuidad de tratamiento de histoplasmosis día 28 total

Mejoría clínica sin requerimiento de oxígeno, afebril

PET control: mejoría notable en todo el pulmón, con resolución del vidrio esmerilado y menor engrosamiento intersticial. Continúan viéndose múltiples nodulillos miliares bilaterales

Inmunosupresión al alta: Deltisona en descenso + Sirolimus

Continúa con Itraconazol 200 mg x 3 (dosaje en rango)

---

*Muchas*  
GRACIAS

---