

INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EMERGENTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

I. Bizkarra Azurmendi, R. Adán Pedroso, A. Navajas Gutiérrez, I. Pocheville Gurutzeta, I. Sanz Fernández, M. Urrutia Adán

Antecedentes: En las últimas dos décadas estamos asistiendo a un aumento del número de infecciones fúngicas causadas por hongos menos frecuentes pero con importancia médica, debido principalmente al aumento de pacientes en riesgo de padecerlas.

Métodos: Presentación de dos casos clínicos de infecciones fúngicas invasivas emergentes que hemos tenido en nuestro hospital en el año 2011.

Resultados: Paciente de 15 años con leucemia mieloide aguda con recaída medular precoz, portador de reservorio, que ingresa por fiebre y neutropenia, parámetros analíticos infecciosos negativos y exploración física anodina. Se instaura antibioterapia empírica que se va ampliando los siguientes días por persistencia de la fiebre. El sexto día de ingreso, aparecen dos lesiones cutáneas eritematosas, maculopapulares, discretamente sobreelevadas y dolorosas, que progresan adquiriendo aspecto más nodular con centro necrótico. Se toman biopsias y se añade anfotericina B liposomal al tratamiento ya que la fiebre persiste. El octavo día de ingreso, la fiebre remite y se aísla en la biopsia cutánea un *Fusarium dimerum*, por lo que se añade al tratamiento voriconazol. El estudio de extensión fúngica demuestra afectación pulmonar, renal, de la musculatura paraespinal izquierda y esplénica. Se añade al tratamiento G-CSF ante la persistencia de la neutropenia, tras lo cual mejora la aplasia medular. Alta a los 20 días de ingreso, con tratamiento antifúngico. Al mes del alta, en el contexto de recidiva medular con 80% de células blásticas y tras haber recibido un nuevo ciclo de quimioterapia, reaparecen fiebre y lesiones cutáneas, aislándose nuevamente en la biopsia el *fusarium dimerum*. Se decide realizar tratamiento paliativo y el paciente fallece. Niña de 3 años, con neuroblastoma alto riesgo, portadora de reservorio, que ingresa por fiebre y neutropenia, exploración física anodina y parámetros infecciosos negativos. Se instaura tratamiento antibiótico empírico, añadiéndose el quinto día de ingreso anfotericina B liposomal por persistencia de la fiebre, que comienza a remitir. El décimo día de ingreso, se añade ante la neutropenia persistente G-CSF y llega resultado de hemocultivo central y periférico positivo para *Rhodotorula mucilaginosa*, siendo el estudio de extensión negativo. Alta tras completar 14 días de tratamiento antifúngico, con buena evolución posterior, sin haber vuelto a presentar infecciones fúngicas invasivas, siendo el hemocultivo central de control negativo para *Rhodotorula*.

Conclusiones: Es imprescindible, para poder hacer frente a este tipo de infecciones cuya frecuencia está aumentando en los últimos años, el conocimiento de las mismas y de las opciones de diagnóstico y terapéutica disponibles.

SOLICITADO...INDIFERENTE