

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

53

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Jensen**

Nombre: **Julia**

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Aspergilosis invasora (AI) por *Aspergillus nidulans* en un paciente con EGC.

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Getafe.

Autores: J. Jensen, C. García Esteban, S Guillen, M Ruiz, L Prieto, B Rubio, J.T. Ramos.

Texto: Introducción: la enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es un tipo de inmunodeficiencia primaria causada por un defecto en el complejo enzimático para la generación de superóxido que se caracteriza por infecciones recurrentes causadas por bacterias catalasa positivas como *S. aureus* y hongos principalmente del género *Aspergillus*.

Caso clínico: niño de 8 años, de origen marroquí, diagnosticado de EGC autosómica recesiva a los 2 años de edad después de un episodio de sepsis por *S. aureus*. Desde el diagnóstico en profilaxis primaria con TMP-SMX e itraconazol a dosis habituales. Con antecedentes de neumonías y adenitis submandibulares de repetición. Consulta por dolor en región interescapular de 1 mes de evolución. A la exploración afebril, tumoración mal delimitada en región interescapular, dolorosa a la palpación profunda. En ecografía de la región se objetiva una colección compatible con absceso. En Rx de tórax se pone de manifiesto afectación del parénquima pulmonar y de las costillas adyacentes, que se confirma con RMN y gammagrafía. En analítica se encuentra elevación de reactantes de fase aguda (VSG 100, PCR 104mg/l) y niveles de itraconazol indetectables. En PAAF de la lesión de partes blandas se demuestra la presencia de hifas que se confirma con el crecimiento de *A. nidulans*. Se inicia tratamiento con voriconazol a 6 mg/kg/día que posteriormente se aumenta a 16mg/kg/día (alcanzándose niveles terapéuticos) y caspofungina 50mg / día. Además se agrega INF γ 50 μ g/m² (s.c.) 3 veces a la semana. Al mes de tratamiento se constata mejoría clínica, radiológica y analítica (VSG 41), se suspende la caspofungina y el INF γ , y se pasa el voriconazol a vía oral. Luego de 4 meses de seguimiento con igual tratamiento continua la mejoría radiológica confirmándose con RMN y clínicamente asintomático. **Conclusión:** con este caso intentamos dar un alerta acerca del riesgo de infecciones graves por *Aspergillus* sp en niños con EGC a pesar de profilaxis con itraconazol, y de la potencial utilidad de la medición de niveles de azoles en los tratamientos y controles de seguimiento de las infecciones por *Aspergillus* sp, así como de la posible buena evolución de la AI con afectación ósea por *A. nidulans* con tratamiento antifúngico combinado potenciado con INF γ en estos pacientes.

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**