



Caso clínico

Aspergilosis diseminada



Ana Santamaría López
MIR-II Hematología

Antecedentes personales

- ▶ Mujer 54 años
 - ▶ No hábitos tóxicos
 - ▶ No alergias medicamentosas conocidas
 - ▶ DM tipo 2 insulino-dependiente

 - ▶ Diagnosticada en abril 1999 de **LNH de célula del manto difuso** estadio IVB, afectando territorios ganglionares supra e infradiaphragmáticos, válvula ileocecal y médula ósea. IPI 4.
 - ▶ Recibió 4 ciclos de Qt tipo hiper-CyVAD alcanzando una buena remisión parcial, por lo que se consideró candidata a autoTPH con selección positiva de CD34
-



Antecedentes personales

- ▶ Se realizó autoTPH con stem-cell periférica el 19.10.99 utilizando acondicionamiento tipo BEAM y presentando como complicaciones:
 - Colonización de catéter Hickman por *Pseudomona fluorescens*
 - Mucositis grado IV
 - Toxicidad hepática grado I
 - Infección de catéter Hickman por *Staphylococcus haemolyticus*
- ▶ En enero 2000, hepatitis B aguda, probablemente por reactivación/mutación de virus B. Presentó histólisis y replicación viral sin clínica acompañante



Enfermedad actual

- ▶ En febrero 2000, la paciente acude a urgencias por fiebre y malestar general. Refería fiebre de 10 días de evolución asociada a tos seca, sin respuesta a antibioterapia (Cefuroxima) pautada por su MAP
- ▶ A la exploración física destacaban crepitantes finos en base izquierda
- ▶ Pruebas complementarias en urgencias (B, H, C y Rx tórax): rigurosamente normales
- ▶ Se ingresó a la paciente en el servicio de Hematología debido al cuadro febril mantenido sin respuesta a tto



Ingreso hospitalario

- ▶ Se solicitó TAC toraco-abd, en el que se evidenciaba “Patrón alveolar bilateral compatible con infección”
- ▶ Se inicia tto con meropenem y clindamicina
- ▶ Ante la persistencia de la fiebre, se asoció Eritromicina y se solicitó broncoscopia con toma de muestras para cultivo, creciendo *Pneumocystis jiroveci* en el BAL
- ▶ Se inicia TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL iv
- ▶ También se documentó *Candida albicans* en esputo y BAL, considerándose una contaminación



Ingreso hospitalario

- ▶ Tras 15 días sin fiebre presenta nuevo pico, asociado a cuadro de disnea brusca y dolor torácico → Cefepime + TAC:
“ Lesiones bilaterales en vidrio deslustrado, nodulares y quísticas, sugestivas de *P. jiroveci*. No existen datos que sugieran TEP”
- ▶ Se asocia ANFOTERICINA dada la mala evolución, a pesar de TMP-SMX
- ▶ Debido al empeoramiento radiológico y a la clínica acompañante, se sospecha resistencia al Soltrim y se inicia Pentamidina



Ingreso hospitalario

- ▶ Permanece afebril durante 2 días, y se reintroduce el Cefepime debido a nuevo pico y febrícula mantenida, solicitando cultivos de catéter y de esputo.
- ▶ También se asocia Teicoplanina por otro pico en días posteriores.

- ▶ Cultivos de esputo:
 - *Candida albicans*
 - *Enterococo*
 - *Aspergillus fumigatus*
- ▶ Se aumenta ANFOTERINICA LIPOSOMAL a 5 mg/kg



Ingreso hospitalario

- ▶ TAC torácico: Mejoría de las lesiones, habiendo desaparecido el vidrio deslustrado y las opacidades pulmonares, aunque estas persisten a nivel bilateral e incluso alguna de nueva aparición.
- ▶ A pesar de la mejoría clínico-radiológica, se cubre igualmente el *Aspergillus*
- ▶ Tras 3 días del inicio de la nueva pauta antifúngica y de permanecer afebril → Nuevo pico asociado a otorrea en OI, no dolorosa, y exudado amarillento → Levofloxacino



Ingreso hospitalario

- ▶ Persiste la supuración y se acompaña de cefalea de predominio izquierdo, creciendo en el cultivo un hongo no especificado
- ▶ IC a ORL: “Otorrea supurada izquierda con perforación timpánica, que se encuentra posiblemente relacionada con lesiones nasales”. Se pauta tto con Menaderm otálgico, que cubre *Aspergillus*, y Rinebanedif
- ▶ TAC craneo-encefálico + mastoideo: “Ocupación casi total de celdillas mastoideas izquierdas. Lesiones hipodensas, redondeadas, una frontal derecha y corona radiata izquierda que captan contraste, con edema perilesional. No efecto masa ni desplazamiento. Abscesos intraparenquimatosos”



Ingreso hospitalario

- ▶ Tras estos hallazgos, se consideró Aspergillosis diseminada y se asoció ITRACONAZOL 400 mg/12h
- ▶ Se solicitó IC a NRC, quienes no consideraron adecuado en ese momento tto quirúrgico debido al pequeño tamaño de las lesiones
- ▶ Debido a la evolución que presentó esta paciente, se pensó en la posibilidad de existir una alteración en la funcionalidad de los neutrófilos o una resistencia a la anfotericina, por lo que esta se sustituyó por INTERFERÓN GAMMA
- ▶ La paciente fue dada de alta tras mejoría clínica, con Itraconazol oral e Interferón gamma como tratamiento domiciliario, presentando la práctica desaparición de las lesiones en los TACs de control

