

Aspergilosis Traqueobronquial Invasiva en Paciente con Leucemia Mieloide Crónica

Istantánea Clínica

Jorge Rodríguez-Sanz¹, María Aguado-Agudo¹ y Ricardo Gómez-Miranda²

¹ Servicio de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

² Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Fecha de recepción del manuscrito: 19/Junio/2022

Fecha de aceptación del manuscrito: 29/Julio/2022

Fecha de publicación: 01/Agosto/2022

DOI: 10.5281/zenodo.6954479

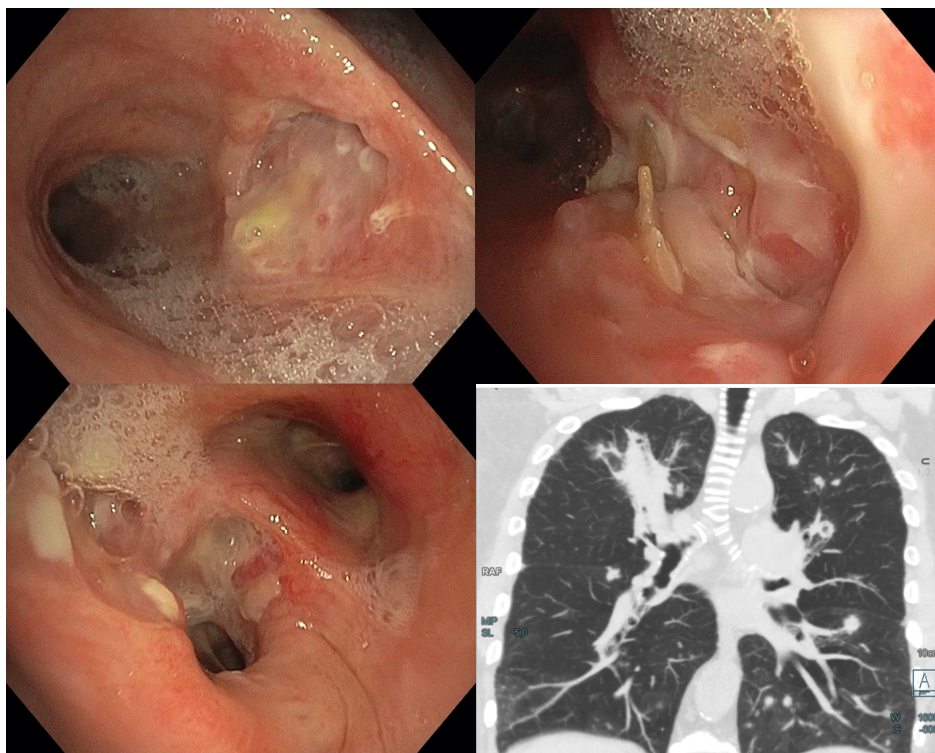


Figura 1: Broncoscopia en las que se observa destrucción de la mucosa y cartílago subyacente por invasión fúngica. Reconstrucción multiplanar en plano coronal que muestra afectación de la vía aérea principal e infiltrados bilaterales.

Datos de contacto: Jorge Rodríguez-Sanz, Hospital Universitario Miguel Servet, Paseo Isabel La Católica 1-3, 50009 Zaragoza (España), email: jrsanz265@gmail.com

Se trata de un paciente con leucemia mieloide crónica refractaria a inhibidores de la tirosín-quinasa al que se realizó un alotrasplante de progenitores hematopoyéticos en mayo de 2019. Por pérdida de respuesta citogenética en el cuarto mes, se suspendió inmunosupresión, desarrollando enfermedad injerto contra huésped cutánea, oftalmológica y pulmonar.

Ingresó en el hospital por sospecha de infección respiratoria con deterioro clínico consistente en disnea de mínimos esfuerzos y expectoración verdosa. En la TAC se observaron Infiltrados pulmonares múltiples de distribución bilateral con lesiones nodulares de tamaño variable, algunas de ellas cavitadas, y un área de consolidación pulmonar dominante en el lóbulo superior derecho de unos 32 mm de diámetro.

A la luz de los hallazgos se realizó una broncoscopia con lavado broncoalveolar en llingula. En las imágenes se observan lesiones blanquecinas en la mucosa con destrucción subyacente del cartílago. Los resultados microbiológicos informaron de un crecimiento de *Aspergillus spp.* Todo ello apoya el diagnóstico de aspergilosis traqueobronquial invasiva.

La neutropenia prolongada, los trasplantes sólidos o de progenitores hematopoyéticos, la inmunodeficiencia heredada o adquirida, los esteroides o cualquier otro agente inmunosupresor son factores de riesgo para la aspergilosis invasiva. Además de la TAC, la broncoscopia es un procedimiento importante en el diagnóstico, sirviéndose del lavado broncoalveolar para la identificación de los hongos.¹⁻³

Es muy importante un tratamiento precoz, incluso ante la sospecha del cuadro. El voriconazol es el tratamiento de primera línea de elección, usándose como alternativa el Isavuconazol o el posazonazol. La Anfotericina B liposomal también está aprobada para esta indicación. El tratamiento debe durar mínimo entre 6 y 12 semanas, en ocasiones incluso durante meses. La monitorización clínica y radiológica es fundamental. Se recomienda reducir la inmunosupresión de los pacientes si es posible. Aún a pesar del tratamiento, la mortalidad es alta y se recomienda uso de profilaxis en pacientes de riesgo.^{2,4}

REFERENCIAS

- [1] Ledoux MP, Guffroy B, Nivoix Y, Simand C, Herbrecht R. Invasive pulmonary aspergillosis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2020;41:80–98.
- [2] Kanj A, Abdallah N, Soubani AO. The spectrum of pulmonary aspergillosis. *Respir Med [Internet].* 2018;141(June):121–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.06.029>.
- [3] Peter Donnelly J, Chen SC, Kauffman CA, Steinbach WJ, Baddley JW, Verweij PE, et al. Revision and update of the consensus definitions of invasive fungal disease from the european organization for research and treatment of cancer and the mycoses study group education and research consortium. *Clin Infect Dis.* 2020;71(6):1367–76.
- [4] Douglas AP, Smibert OC, Bajel A, Halliday CL, Lavee O, McMullan B, et al. Consensus guidelines for the diagnosis and management of invasive aspergillosis, 2021. *Intern Med J.* 2021;51(S7):143–76.