



Evaluación de una estrategia para prevención de infección fúngica invasiva en pacientes sometidos a trasplante haploidéntico de progenitores hematopoyéticos. Resultados en 112 pacientes

» Amado José Karduss Urueta¹
» Ángela Trujillo¹
» Giovanni Ruiz¹
» Rosendo Pérez¹
» Angélica Cardona¹

¹ Instituto de Cancerología- Clínica las Américas

Introducción: los pacientes sometidos a un trasplante haploidéntico de progenitores hematopoyéticos con ciclofosfamida pos trasplante (HaploPTCy) son considerados de alto riesgo para infección fúngica invasiva (IFI). Las guías ECIL 3 sugieren en ellos el uso de profilaxis universal anti mohos (Nivel BII). Sin embargo, no existen estudios que avalen cuál es la mejor estrategia en este grupo de enfermos. Informamos nuestra experiencia con el uso universal de fluconazol y una estrategia intensiva para la detección precoz de mohos, como medida para prevenir la mortalidad por IFI en pacientes sometidos a Haplo PTCy.

Materiales y métodos: revisión retrospectiva de historias clínicas e inclusión de todos los pacientes que recibieron Haplo-PTCy y profilaxis primaria contra IFI en un período de cuatro años. Quienes necesitaron profilaxis secundaria por episodio previo de IFI fueron excluidos. La estrategia consistió de internamiento en habitación con aire a presión positiva filtrado por HEPA, fluconazol 400 mg/día desde d- 8 hasta d + 60, determinación dos veces por semana de galactomannan durante los primeros dos años del protocolo y luego solo para evaluación de síntomas. Ante la persistencia de fiebre o para el análisis de hallazgos respiratorios, se realizó TAC de tórax y de senos paranasales y se recomendó practicar lavado broncoalveolar para la evaluación de infiltrados pulmonares. Se permitió el uso empírico de caspofungina en casos sospechosos, mientras la IFI fue corroborada o descartada. El diagnóstico de IFI se realizó de acuerdo a los criterios de EORTC 2008. Todos los pacientes consintieron previamente la revisión de sus historias.

Resultados: 112 pacientes de 120 cumplieron los criterios de inclusión. El régimen preparatorio usado fue fludarabina mas melfalán o busulfán y radioterapia corporal total 200 a 400 cGy. Las características

Autor para correspondencia: Amado José Karduss Urueta, Instituto de Cancerología- Clínica las Américas.

Correo electrónico: amaka@une.net.co

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

principales del grupo se presentan en la Tabla 1.

La incidencia acumulativa de IFI al día + 100 fue 6.2 %, 4 casos probables y 3 posibles. En los probables el diagnóstico fue aspergilosis en 3 y neumonía por candida en 1, en los 3 posibles, la sospecha fue aspergilosis. El tiempo medio al diagnóstico de IFI fue 43 días (rango 12-92). Quince pacientes recibieron caspofungina empíricamente y en 5 de ellos (33 %) se corroboró una IFI. De los 7 casos con IFI 3 murieron después de 5.18 y 30 días de tratamiento; todos ellos tuvieron, además, al momento de la muerte bacteremia, sepsis y falla multiorgánica. La mortalidad total asociada a IFI en 112 pacientes fue 2.6 %.

Conclusión: la incidencia de IFI en nuestra cohorte fue de 6.2 %, valor situado en el rango inferior de lo informado con el uso de Haplo-PTCy que varía entre 8 y 15 % y es ligeramente superior al umbral del 5 % sobre el cual las guías ECIL 3 recomiendan el uso universal de profilaxis antimohos. Los datos obtenidos en esta cohorte de más de 100 pacientes agregan conocimiento nuevo acerca de la manera óptima de prevenir IFI en este grupo. A pesar de que es difícil realizar comparaciones entre estudios, nuestros hallazgos permiten inferir que el uso de fluconazol más una estrategia intensiva de diagnóstico dirigido a la detección temprana de mohos, es suficiente y adecuada para prevenir y detectar la IFI en pacientes sometidos a HaploPTCy y que probablemente no sea necesario el uso de profilaxis universal contra mohos en ellos. Sin embargo, es necesario realizar estudios clínicos prospectivos bien estructurados, para responder finalmente la pregunta ¿cuál es la mejor alternativa en este grupo de enfermos?

Palabras Clave

Haplo-trasplante; hongos; profilaxis.

Figuras y tablas

Tabla 1. Características del grupo

Edad	Sexo	Diagnóstico	Estado de la Enfermedad	Fuente celular
X: 45 (1-65)	Mujer: 51 (45.5 %)	LLA: 51 (45.5 %)	RC 1: 55 (55.5 %)	Sangre Periférica: 102 (91.0 %)
	Hombre: 61 (54.5 %)	LMA: 30 (26.75)	RC 2: 32 (32.3 %)	Médula Ósea 10 (9.0 %)
		Otras malignidades: 18 (16.0 %)	RC 3 Enf. Activa :12 (12.1 %)	
		Enfermedad benigna: 13 (11.6 %)		