



Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REPORTE DE CASO

Tricosporonosis en un paciente con leucemia aguda

María Victoria Alzate Atehortua^{a,*}, Javier Garzón^b, Sandra Valderrama^c y Alberto Zhong^d

^a Médica Intensivista, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), Pereira, Risaralda, Colombia

^b Médico Internista Infectólogo, Unidad de Infectología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

^c Médica Internista Infectóloga, Unidad de Infectología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

^d Médico Internista, Residente de Infectología, Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D. C., Colombia

Recibido el 17 de junio de 2015; aceptado el 15 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Trichosporon asahii;
Fungemia;
Antifúngico;
Neoplasia
hematológica;
Neutropenia febril;
Quimioterapia

Resumen Las especies de *Trichosporon* spp. aisladas en laboratorios están relacionadas con infecciones superficiales o colonización. En los últimos años este organismo ha venido emergiendo como un patógeno oportunista, causante de infecciones invasivas y fatales, especialmente entre pacientes con neoplasias hematológicas y otras condiciones médicas asociadas con inmunosupresión. Este caso clínico describe la clínica y el abordaje diagnóstico de una fungemia por *Trichosporon asahii* en una paciente inmunocomprometida, con malignidad hematooncológica en manejo quimioterapéutico, entrando a los 9 días en aplasia medular y neutropenia febril, por lo que se inició cubrimiento antibiótico según el protocolo institucional. Sin embargo, al persistir con fiebre y aplasia medular a los 7 días, se decidió adicionar terapia antifúngica y realizar una tomografía axial de alta resolución de tórax, evidenciándose infiltrados micronodulares centrilobulillares y algunas áreas con patrón en «vidrio esmerilado», además de hemocultivos positivos para levaduras. La paciente requirió manejo en unidad de cuidado intensivo por sepsis severa con disfunción respiratoria, inicio de cubrimiento antimicrobiano con carbapenémico y cambio del antifúngico. Posteriormente, presentó lesiones nodulares en la piel, a las cuales se les practicó una biopsia. A pesar del manejo instaurado, la paciente evolucionó a fracaso multiorgánico y falleció. Los resultados de los hemocultivos y de la biopsia de piel demostraron *Trichosporon asahii*.

© 2016 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Trichosporon asahii;
Fungaemia;
Antifungal;

Trichosporonosis in a patient with acute leukaemia

Abstract The genus *Trichosporon* spp. isolated in laboratories is associated with superficial infections or colonisation. In recent years this organism has emerged as an opportunistic

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvalzatea@gmail.com (M.V. Alzate Atehortua).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2016.07.007>

0122-7262/© 2016 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Alzate Atehortua MV, et al. Tricosporonosis en un paciente con leucemia aguda. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2016.07.007>

Haematological malignancy;
Febrile neutropenia;
Chemotherapy

pathogen, causing invasive and severe infections, particularly in patients with haematological malignancies and other medical conditions associated with immunosuppression. This article describes the clinical signs and diagnostic approach of a *Trichosporon asahii* infection in an immunocompromised host with a haematological malignancy who underwent chemotherapy treatment, and developed bone marrow aplasia and febrile neutropenia 9 days after it was started. It was necessary to begin antibiotic therapy; however, she persisted with fever and marrow aplasia 7 days after additional antifungal therapy was added. A high resolution tomography of the chest was performed that showed centrilobular micronodular infiltrates and some areas of ground glass opacities, with positive blood cultures for yeasts. The patient deteriorated clinically, requiring intensive care unit, due to severe sepsis with respiratory dysfunction, and the antibiotic escalating to carbapenem and changing of the antifungal therapy. Nodular skin lesions then erupted, on which biopsy was performed. Despite this medical management the patient developed multiple organ failure and died. The results of the blood cultures and skin biopsy were consistent with *Trichosporon asahii*.

© 2016 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El género *Trichosporon* spp. incluye hongos basidiomicetos, que tienen la capacidad de formar blastoconidias, micelios verdaderos y arthroconidias, que son propágulos asexuales que se desarticulan de la hifa verdadera¹. Su clasificación actual incluye 50 especies identificadas en diferentes sitios del mundo, 16 de las cuales tienen relevancia clínica².

Pese a que la mayoría de las especies de *Trichosporon* spp. aisladas en laboratorios están relacionadas con infecciones superficiales o colonización, en los últimos años este organismo ha venido emergiendo como un patógeno oportunista, causante de infecciones invasivas y fatales, especialmente entre pacientes con neoplasias hematológicas y otras condiciones médicas asociadas con inmunosupresión, entre las que se incluyen los trasplantes de órganos, las quemaduras extensas, la infección por VIH, la terapia con corticoides, la cirugía de válvulas protésicas y la diálisis peritoneal³.

Reportamos el caso de una paciente con malignidad hematológica que desarrolló una fungemia fatal por *Trichosporon asahii*.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 29 años de edad con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda de precursores B diagnosticada en septiembre de 2010, para la que había recibido quimioterapia con protocolo Hyper-CVAD⁴. Esta terapia la terminó en mayo de 2011, y continuó con tratamiento de mantenimiento ambulatorio con vincristina cada 3 meses. Presentó una recaída, por lo que se inició esquema IDA-FLAG⁵ en febrero de 2012, sin respuesta, por lo cual fue admitida en nuestra institución para intentar rescate con protocolo AME⁶. Con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, había tenido una aspergilosis pulmonar invasiva tratada con voriconazol hasta abril de 2011.

Se administró esquema de quimioterapia el 4 de abril de 2012; a los 7 días el recuento de neutrófilos descendió a 100/mm³; a los 9 días de iniciada la quimioterapia se documentó pico febril, por lo cual se tomaron cultivos de sangre, orina, radiografía de tórax y se inició cubrimiento empírico con piperacilina-tazobactam.

Al día siguiente el laboratorio reportó cocos grampositivos en una de las botellas de hemocultivos tomada de vena periférica, por lo cual se adicionó vancomicina al tratamiento. Este aislamiento resultó ser un *Staphylococcus hominis* resistente a meticilina.

A pesar de la terapia antibiótica, la paciente persistió febril, sin evidencia de otro foco infeccioso; a los 7 días de neutropenia febril se solicitó TAC de tórax con cortes de alta resolución en la que se evidenció un extenso patrón micronodular centrilobulillar distribuido en todos los segmentos de ambos pulmones, y algunas áreas con patrón en «vidrio esmerilado», principalmente en los lóbulos inferiores, hallazgos que no estaban en la imagen que se había hecho antes de la quimioterapia. Por esta razón, y ante la sospecha de recaída de aspergilosis pulmonar, se adicionó voriconazol al tratamiento el 20 de abril de 2012; se solicitó, además, galactomanano sérico (que fue negativo en 3 ocasiones) y se indicó trimetoprim-sulfametoxazol por sospecha de neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. Se planteó la realización de fibrobroncoscopia diagnóstica, pero la paciente rechazó el procedimiento. Ante la persistencia de fiebre y las dudas diagnósticas, se decidió inicio empírico de esquema tetraconjugado para TBC; se solicitó, además, carga viral para citomegalovirus.

Su evolución continuó siendo poco satisfactoria por persistencia de aplasia medular y fiebre; se decidió cambiar el antibiótico a meropenem y suspender piperacilina-tazobactam.

El día 17 posquimioterapia se recibió reporte del laboratorio clínico de la positividad de 3 hemocultivos para levaduras, así que se suspendió voriconazol y se inició caspofungina. Casi simultáneamente a esto, aparecieron lesiones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5635927>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5635927>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)