

Tratamiento de la aspergilosis invasiva

Sr. Editor: Recientemente Gavalda y Ruiz, por parte de los grupos de estudio MICOMED y GESITRA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), han realizado las recomendaciones para el tratamiento de la aspergilosis invasiva en su revista¹. Sin duda este documento de consenso será útil para difundir los conocimientos sobre esta grave infección y contribuirá a mejorar los resultados, por ahora mediocres, del tratamiento actual. Con este fin nos gustaría hacer dos comentarios al documento cuyas recomendaciones están basadas en los grados de evidencia científica disponibles.

El primero es sobre el tratamiento inicial de la aspergilosis invasiva. Voriconazol es por ahora el único fármaco que, comparado con anfotericina desoxicolato, ha mejorado la respuesta de los pacientes con aspergilosis invasiva y reducido su mortalidad². Por ello, el tratamiento de elección de la aspergilosis invasiva es voriconazol (grado de evidencia A-1) y así se recoge en el texto del documento de consenso¹. Sin embargo, en la tabla 2 figuran junto a voriconazol, las anfotericinas lipídicas (liposomal y complejo lipídico) como tratamiento inicial de la aspergilosis invasiva y no debería ser así si se siguen los niveles de evidencia. Ninguna de las dos anfotericinas lipídicas se ha comparado con anfotericina desoxicolato en el tratamiento de la aspergilosis invasiva.

El segundo comentario se refiere al tratamiento de los pacientes con aspergilosis invasiva en los que fracasa el tratamiento antifúngico inicial. Para esta indicación se recomienda, en la tabla 2 del documento de consenso, anfotericina liposomal a dosis elevadas o voriconazol o diversas combinaciones de antifúngicos¹. Sin embargo, para esta indicación sólo se ha evaluado un fármaco, la caspofungina, que en un ensayo abierto alcanzó una respuesta favorable en el 40,7% de los casos tratados consiguiendo la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para esta indicación³. Por lo tanto, el tratamiento de elección actual de la aspergilosis invasiva refractaria es caspofungina (grado de evidencia

B-II). Las demás opciones referidas en la tabla 2 tienen un grado de evidencia inferior (C-III) y deberían considerarse tratamientos alternativos.

Los avances que aportan los nuevos antifúngicos al tratamiento de la aspergilosis invasiva son evidentes y, a la vez, insuficientes. Por ello, es necesario continuar la investigación clínica, incluyendo la evaluación de combinaciones de antifúngicos y el desarrollo de nuevos productos. Mientras se producen nuevos progresos, las recomendaciones de los documentos de consenso y de las revisiones de expertos deben reflejar con la mayor precisión los grados de evidencia actuales.

*José Miguel Cisneros
y Jerónimo Pachón*

Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla. España.

Bibliografía

1. Gavalda J, Ruiz I por parte de los grupos de estudio de Micología Médica (MICOMED) y de infección en el trasplante (GESITRA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Recomendaciones para el tratamiento de la infección por *Aspergillus* spp. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:571-8.
2. Herbrecht R, Denning DW, Patterson TF, Bennett JE, Greene RE, Oestmann JW, et al. Voriconazole versus amphotericin B for primary therapy of invasive aspergillosis. *N Engl J Med* 2002;347:408-15.
3. Maertens J, Raad I, Sable CA, Ngai A, Berman R, Patterson TF, et al. Multicenter, noncomparative study to evaluate safety and efficacy of caspofungin in adults with invasive aspergillosis refractory or intolerant to amphotericin B (AMB), AMB lipid formulations, or azoles. In Program and Abstracts for the fortieth Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Toronto, Canadá 2000. Washington: American Society for Microbiology, 2000; Abstract 1103, p.371.