



# Revista Iberoamericana de Micología

www.elsevier.es/reviberoammicol



## Editorial

### Micosis invasoras en el paciente crítico Invasive mycoses in the critically ill patient

Rafael Zaragoza<sup>a</sup> y Javier Pemán<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

<sup>b</sup>Unidad de Micología, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

El objetivo de este número monográfico es plantear, desde un punto de vista multidisciplinario del paciente crítico, la dificultad del diagnóstico y el manejo terapéutico de la infección fúngica invasiva (IFI) en sus escenarios más frecuentes con pacientes posquirúrgicos, receptores de órgano sólido y quemados graves.

“La detallada descripción de los siete casos clínicos presentados refleja la cada vez más habitual situación a la que se enfrenta el especialista de medicina intensiva o reanimación, debido al aumento de la incidencia de las IFI en el paciente crítico. El progresivo aumento del aislamiento de especies de *Candida* con sensibilidad disminuida a fluconazol obliga siempre a buscar opciones terapéuticas más eficaces y seguras, como las equinocandinas, especialmente la anidulafungina, ya que la ausencia de interacciones farmacológicas facilita su uso en esta población de pacientes tan especiales<sup>1,8,10,11</sup>.

El grupo del Hospital Universitario de A Coruña presenta un caso de candidiasis generalizada por *Candida glabrata* en un receptor de trasplante renopancreático<sup>9</sup>. La IFI es la mayor causa de morbilidad en los pacientes receptores de órgano sólido. Concretamente, la IFI más frecuente en el trasplante renal es la candidiasis invasiva, que habitualmente se asocia al empleo de nutrición parenteral total, de tratamiento antibiótico de amplio espectro y a la cirugía abdominal. Los autores comentan la importancia de la instauración de un tratamiento antifúngico temprano y adecuado para disminuir la elevada morbilidad de estas infecciones. En este sentido, el conocimiento de la epidemiología local y el estado clínico del paciente son factores determinantes al seleccionar el tratamiento inicial, que habrá de ajustarse en función de los resultados microbiológicos.

El grupo del Hospital Universitario La Paz de Madrid describe una peritonitis candidiásica en un paciente posquirúrgico<sup>7</sup>. El paciente, a pesar de ser tratado siguiendo las indicaciones de las guías terapéuticas para pacientes hemodinámicamente estables, necesitó tratamiento de rescate con anidulafungina al identificarse *C. glabrata* como agente causal. Los autores resaltan la importancia de equiparar, como marcador de sepsis grave, la inestabilidad hemodinámica a la disfunción de cualquier otro órgano o a una concentración elevada de lactato en plasma.

La eficacia y la seguridad del uso de la anidulafungina en pacientes críticos sometidos a depuración extrarrenal es ampliamente co-

mentada por el grupo del Dr. Gerardo Aguilar del Hospital Clínico Universitario de Valencia, a propósito de un paciente con peritonitis secundaria por *Candida albicans*<sup>2</sup>. Los autores subrayan el excelente perfil farmacocinético y farmacodinámico de esta candina que no necesita ajuste de dosis en los pacientes sometidos a tratamientos de reemplazo renal.

El Dr. Álvarez Lerma, del Hospital del Mar de Barcelona, destaca la incidencia creciente de aspergilosis pulmonar en los pacientes críticos, así como la dificultad de su diagnóstico debido a la ausencia de signos y síntomas específicos y a la escasa utilidad de las técnicas diagnósticas disponibles en pacientes no neutropénicos<sup>3</sup>. Presenta un caso de posible infección mixta por *Mucor* spp. y *Aspergillus fumigatus* que evoluciona favorablemente con tratamiento combinado de anfotericina B y voriconazol.

La Dra. Rosario Amaya, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, nos revela la dificultad del diagnóstico y los distintos escenarios posibles de tratamiento de la IFI en el paciente crítico gran quemado<sup>4</sup>. En el caso presentado de candidiasis invasiva por *C. albicans*, se asociaron varios factores de riesgo, que junto con la clínica del paciente y un *Candida score* > 3 motivaron el inicio del tratamiento antifúngico temprano y exitoso con anidulafungina.

El grupo del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid) presenta un caso de candidiasis invasiva por *C. albicans* resistente a fluconazol y caspofungina en una paciente sometida a trasplante unipulmonar<sup>6</sup>. Los autores destacan la complejidad de este tipo de pacientes que precisan diferente abordaje diagnóstico y terapéutico a lo largo del tiempo, dependiendo de la evolución y el funcionamiento del órgano trasplantado.

Por último, el grupo del Dr. Marcio Borges-Sá, del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, presenta un caso de candidiasis diseminada por *C. glabrata* en un paciente con neoplasia de colon y fallo multiorgánico tras cirugía abdominal<sup>5</sup>. Los autores comentan la dificultad para establecer un tratamiento antifúngico desde el inicio, y consideran las diferentes posibilidades terapéuticas según las disfunciones multiorgánicas del paciente.

## Bibliografía

1. Aguado JM, Ruiz-Camps I, Muñoz P, Mensa J, Almirante B, Vázquez L, et al; Grupo de Estudio de Micología Médica de la SEIMC (GEMICOMED). Recomendaciones sobre el tratamiento de la candidiasis invasiva y otras infecciones por levaduras de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Actualización 2011. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29: 345-61.

Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: zaragoza\_raf@gva.es; pemán\_jav@gva.es

2. Aguilar G, Carbonell JA, Ferrando C, Badenes R, Belda FJ. Tratamiento con equinocandinas en paciente crítico sometido a técnica continua de reemplazo renal. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:85-9.
3. Álvarez-Lerma F, Rey-Pérez A. Aspergilosis pulmonar en un paciente crítico no inmunodeprimido. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:90-2.
4. Amaya-Villar R. Candidiasis invasiva en el paciente crítico quemado. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:93-6.
5. Borges-Sá M, Aranda-Pérez M. Particularidades del paciente crítico con infección fúngica invasora. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:102-7.
6. De Merlo-Martínez P, Iranzo-Valero R, García-Fernández J. Candidiasis invasiva en paciente sometida a trasplante unipulmonar. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:97-101.
7. Maseda E, Gilsanz F. Peritonitis candidiásica en un paciente hemodinámicamente estable: tratamiento antifúngico de elección... ¿fluconazol? *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:81-4.
8. Pemán J, Zaragoza R. Current diagnostic approaches to invasive candidiasis in critical care settings. *Mycoses.* 2010;53:424-33.
9. Solla-Buceta M, Hurtado-Doce A, Álvarez-Rocha L. Candidemia persistente en paciente receptora de trasplante renopancreático. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29:76-80.
10. Zaragoza R, Pemán J. Diagnostic and Therapeutic Approaches to Fungal Infections in Critical Care Settings: Different Options but the Same Strategy. *J Invasive Fungal Infect.* 2007;1:50-8.
11. Zaragoza R, Pemán J. The Diagnostic and Therapeutic Approach to Fungal Infections in Critical Care Settings. *Adv Sepsis.* 2008;6:90-8.