

Cuestiones:

1. Con los antecedentes clínicos y las determinaciones serológicas de marcadores de infección fúngica (BG y GM), cuál es el agente etiológico menos probable?

- a. *Aspergillus* spp.
- b. *Mucor* spp.**
- c. *Paecilomyces* spp.
- d. *Pneumocystis* spp.

La respuesta correcta es **b. *Mucor* spp.** El β -1,3-D-glucano (componente de la pared celular) se detecta en pacientes con candidiasis, aspergilosis, neumocistosis y algunos con criptococosis, pero no en las zigomicosis (entre las cuáles se incluyen los mucorales).

2. ¿Qué valor diagnóstico indica un valor positivo de BG en suero en las infecciones fúngicas?

- a. Presenta un alto VPN.
- b. Indica infección fúngica invasora.
- c. Permite monitorizar la evolución de la infección y la eficacia del tratamiento.
- d. Todas son ciertas.**

La respuesta correcta es la **d. Todas son ciertas.** El BG presenta un elevado valor predictivo negativo (entorno al 90%) lo que indica que la probabilidad de ausencia IFI es del 90%. Este valor nos permite realizar un diagnóstico diferencial y pensar en otras etiologías. Es marcador de IFI, ya que, su detección se realiza en suero. Además permite monitorizar el curso clínico de la infección determinando su valor de forma periódica (Wako® punto de corte: 7 pg/ml, Fungitell®: 80 pg/ml) pg/ml y la respuesta al antifúngico. Una disminución de los valores de BG indicarán buena evolución y eficacia del tratamiento.

3. Ante una infección fúngica como consecuencia de una intervención quirúrgica, cuál es el tratamiento adecuado?

- a. Administrar tratamiento antifúngico hasta la resolución de la infección.
- b. Realizar desbridamiento quirúrgico con limpieza de la zona intervenida.
- c. No existe tratamiento eficaz en pacientes inmunodeprimidos.
- d. A y b son ciertas.**

El tratamiento de una IFI combina el tratamiento AF vía IV y posterior desescalada a vía oral y desbridamiento quirúrgico para eliminar el foco de infección (nivel de evidencia III). Realizar únicamente la opción a o b sería causa de recidivas frecuentes y complicaría el pronóstico aumentando la morbimortalidad del paciente.

4. Qué exploraciones deben realizarse en el contexto de nuestro paciente con fiebre en el postoperatorio y presencia de una herida quirúrgica?
- a. Analítica general con PCR y/o procalcitonina.
 - b. Estudios microbiológicos: cultivo del exudado de herida y del material obtenido por punción o durante el desbridamiento, así como de otras localizaciones que puedan ser el foco de la infección. Incluir hemocultivos para descartar fungemia.
 - c. Diagnóstico de imagen.
 - d. Todas son correctas.**

El diagnóstico de este tipo de infección es un diagnóstico complejo requiriendo un estudio exhaustivo con una analítica general básica con parámetros bioquímicos, hemograma, fórmula leucocitaria y marcadores de inflamación e infección (PCR y procalcitonina). Por otro lado, se requiere estudios microbiológicos con cultivos para identificar el agente causal y hemocultivos para descartar fungemia. Las técnicas de imagen son complementarias al diagnóstico y se requieren porque evidencian la presencia de infección en el órgano en cuestión: se recomienda encarecidamente un TAC de tórax si hay síntomas respiratorios (evidencia de nivel III).

5. ¿Qué tratamiento AF pautarías?
- a. Equinocandinas
 - b. Anfotericina B liposomal y/o posaconazol.**
 - c. Fluconazol.
 - d. Todas son incorrectas.

La respuesta adecuada es **b.anfotericina B liposomal y/o posaconazol**. El tratamiento de primera línea es anfotericina B liposomal (recomendación moderada, nivel de evidencia III) o posaconazol (nivel de evidencia III). El posaconazol se suele reservar como terapia de rescate (nivel de evidencia III). En casos más graves se puede considerar la biterapia (anfotericina B liposomal+posaconazol), sin embargo se requiere asesoramiento de expertos. Se puede emplear otros azoles en combinación como el isavuconazol (último azol descrito) con mejores propiedades farmacocinéticas y menor perfil de efectos adversos como fue en el caso de nuestra paciente. *P. variotii* es intrínsecamente resistente a fluconazol y las metodologías EUCAST y CLSI han demostrado que las equinocandinas tienen actividad variable versus *P. variotii* por lo que no se recomienda su uso. La terbinafina también tiene actividad.