

200mg/12 horas, con normalización de hemograma posteriormente y resolución del cuadro.

Conclusiones: La reacción leucemoide es una leucocitosis reactiva en respuesta a una causa subyacente, entre las que se encuentran las infecciones. Queremos transmitir la importancia de la citología de médula ósea para llegar a un diagnóstico correcto y poder instaurar un tratamiento dirigido. En nuestro caso fue necesario realizar un estudio de médula ósea para el diagnóstico de infección fúngica por *Engyodontium album*, que produjo una infección invasora en una paciente inmunodeprimida, la cual pudo ser tratada adecuadamente con resultados satisfactorios.

PO-267

PARÁMETROS DE DETECCIÓN PRECOZ DE INFECCIÓN FÚNGICA POR ASPERGILLUS EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

Martín-Consuegra Ramos S¹, De Rueda Ciller B¹, Vidal García M², Rezusta López A¹, Hernández Mata CF¹, Gómez Martínez A¹, Pinzón Mariño S¹, García Ortego A¹, Moreno Carbonell M¹, González Gómez E¹, Civeira Marín M¹, Costilla Barriga L¹, Delgado Beltrán P¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²Hospital Universitario Basurto

Introducción: La infección fúngica invasiva (IFI) por *Aspergillus* es una de las principales micosis invasivas en el paciente hematológico y una importante causa de morbimortalidad. Es más frecuente en pacientes con leucemia aguda mieloide, trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico, enfermedad injerto contra receptor activa o neutropenia prolongada. Supone un reto diagnóstico, siendo preciso el empleo de múltiples técnicas microbiológicas y radiológicas. Avances recientes en el diagnóstico, en la profilaxis y en el tratamiento antifúngico precoz, han reducido considerablemente la mortalidad asociada a esta infección. **Objetivos:** Determinar si los marcadores diagnósticos empleados en la práctica clínica habitual permiten un diagnóstico precoz de IFI, si la determinación de bismetilgliotoxina (bmGT) en suero permite un diagnóstico precoz en pacientes con antígeno de galactomanano (AGA) en suero negativo y la exactitud diagnóstica de estos marcadores.

Tabla 1. Exactitud diagnóstica de AGA en suero, bmGT y TC.

	AGA en suero	bmGT	TC
Sensibilidad	18%	55%	90%
Especificidad	99%	95%	81%
VPP	75%	78%	77%
VPN	85%	86%	93%

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y por cohortes históricas de una muestra de 29 pacientes con 57 episodios de sospecha de IFI por *Aspergillus* hospitalizados en el servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet entre enero de 2017 y junio de 2018. Se han analizado las variables diagnósticas de AGA en suero, AGA en lavado broncoalveolar (LBA), bismetilgliotoxina y tomografía computerizada (TC). **Resultados:** Se han analizado 57 episodios de sospecha de IFI de los que 18 casos han sido diagnóstico de IFI, 12 casos de IFI posible y 6 de IFI probable, siguiendo los criterios de la EORTC/MSG. Se han recogido 379 muestras de AGA en suero, 11 determinaciones de AGA en LBA, 173 determinaciones de bmGT en suero y 27 resultados de TC torácica. Se han estudiado 22 muestras con bmGT en suero positiva y AGA en suero negativo, de las cuales 15 (68,2%) han correspondido a pacientes con diagnóstico de IFI probable mediante técnicas de imagen. La relación de IFI probable con AGA en suero positivo, bmGT en suero positiva y TC torácica patológico ha sido estadísticamente significativa con $p < 0,01$. Se ha analizado la exactitud diagnóstica de las variables con significación estadística, que se recoge en la Tabla 1.

Conclusiones: Los marcadores diagnósticos microbiológicos presentan baja sensibilidad pero alta especificidad para el screening de IFI por *Aspergillus*, especialmente en los pacientes que han recibido profilaxis o tratamiento antifúngico. Sin embargo, el marcador radiológico presenta mayor sensibilidad y menor especificidad en el diagnóstico. Con los re-

sultados obtenidos, queremos destacar la importancia del uso combinado de estos marcadores, que permitiría incrementar la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico precoz de IFI por *Aspergillus* y, por tanto, llevar a cabo una instauración más temprana del tratamiento antifúngico en el paciente hematológico.

PO-268

INFECCIONES FÚNGICAS DE BRECHA POR FUSARIEUM EN PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA

Martin Téllez S¹, Diaz Aizpun C¹, Doblas Marquez A¹, Muñoz Lopez D¹, Barrios M¹

¹Hospital Regional de Málaga

Introducción: *Fusarium* es un hongo de distribución universal, que causa infecciones locales en inmunocompetentes. No obstante, puede producir infección invasiva en inmunocomprometidos. Se produce por inhalación de conidias o contacto con materiales contaminados. En la forma diseminada, la infección primaria ocurre a nivel cutáneo o pulmonar. Una presentación común es la presencia de fiebre que no responde a antibióticos en paciente con neutropenia asociada a lesiones cutáneas, pudiendo ser éstas uno de los primeros signos de infección. El diagnóstico se basa en cultivo de sangre o estudio histológico de los tejidos afectados. En el tratamiento, es fundamental control local de la infección e instauración de tratamiento antifúngico, dada alta tasa de mortalidad (60-75%), siendo la anfotericina B el fármaco más efectivo. Se han descrito series con mejor respuesta en biterapia con voriconazol y terbinafina.



Figura 1.

Objetivo: presentar dos pacientes con leucemia aguda en tratamiento y con profilaxis antifúngica que presentan infección de brecha por *Fusarium Solani* en 2019.

Paciente, materiales y Métodos: Caso 1: Varón 57 años, diagnosticado de Leucemia Aguda Linfoblástica B que inicia tratamiento de inducción según protocolo PETHEMA-LAL. Tras tratamiento de inducción y bloques de consolidación alcanza RC, comenzando mantenimiento con reinducciones, donde se objetiva recaída. Inicia quimioterapia de rescate según protocolo PETHEMA-LAL refractaria o en recaída. Profilaxis con posaconazol. Día +3 del ciclo se observa pico febril, con estabilidad hemodinámica y sin foco aparente. Se extraen hemocultivos y se inicia tratamiento con meropenem y vancomicina, persistiendo febrícula y con aparición de panadizo en el primer dedo del pie derecho, que requirió drenaje, en día + 8. Dos días después desarrolla lesiones dérmicas, dolorosas, con centro necrótico y halo eritematoso, en tórax. Se tomaron biopsias de lesiones cutáneas, nuevos hemocultivos y se inició tratamiento con anfotericina B a dosis de 5 mg/kg/día. Se aisló *Fusarium Solani*, en lesiones cutáneas y vía central, que fue retirada. Se asoció al tratamiento isavuconazol. Pese a tratamiento, evolucionó desfavorablemente: alteraciones visuales e insuficiencia respiratoria, falleciendo dos días después. Consideramos el panadizo como la puerta de entrada, con diseminación posterior debido a la neutropenia severa, pese a pro-