

Aspergilosis invasiva con afectación del injerto renal

Silvia Coelho¹, Oriol Bestard², Edoardo Melilli², Josep M. Cruzado²

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Fernando Fonseca. Lisboa (Portugal)

² Servicio de Nefrología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona (España)

NefroPlus 2013;5(1):86

doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.May.11818

Presentamos el caso de un hombre de 39 años, con antecedentes de nefropatía por reflujo, que ingresó por fiebre, insuficiencia respiratoria y encefalopatía. Había recibido su tercer trasplante renal cuatro meses antes y dos meses más tarde había sido tratado por un rechazo agudo mediado por anticuerpos con pulsos de esteroides, plasmaféresis e inmunoglobulina intravenosa, sin recuperación de la función renal.

Los resultados de laboratorio mostraron hemoglobina de 88 g/l (8,8 g/dl), plaquetas 45 000 células/ μ l, leucocitos 7200 células/ μ l (linfocitos 240 células/ μ l), proteína C reactiva 254,7 mg/l (25,4 mg/dl) y antigenemia para citomegalovirus positivo. La radiografía de tórax mostró infiltrados pulmonares bilaterales (figura 1). Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y ganciclovir. Dos días después de su ingreso, la detección del antígeno galactomanano de *Aspergillus* en suero y el lavado broncoalveolar resultaron positivos y se añadió voriconazol y caspofungina. Sin embargo, el paciente evolucionó rápidamente hacia un shock séptico y murió en cinco días. La necropsia mostró aspergilosis diseminada en los pulmones, los ganglios mediastínicos, la tiroides y en el injerto (figura 2) asociada con infección por citomegalovirus pulmonar y esofágica.

La aspergilosis invasiva aguda es una enfermedad de progresión rápida, con frecuencia fatal. En los receptores de trasplantes de órganos sólidos, la aspergilosis invasiva de aparición tardía (que ocurre tres meses después del trasplante) se asocia con la intensidad de la inmunosupresión que se usa para tratar el rechazo de aloinjertos y retrasplante^{1,2}. Los pulmones y las estructuras mediastínicas se ven afectados con mayor frecuencia, aunque la diseminación hematogena puede afectar casi cualquier órgano¹. El diagnóstico sigue siendo un reto debido a la inespecificidad de los síntomas. Las pruebas histológicas o técnicas de cultivo son necesarias para un diagnóstico definitivo. La determinación de antígenos, junto con los factores del huésped y los criterios clínicos, harían posible un diagnóstico más rápido³.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

Correspondencia: Silvia Coelho

Servicio de Nefrología.

Hospital Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal.

silvia.coelho.nephro@gmail.com

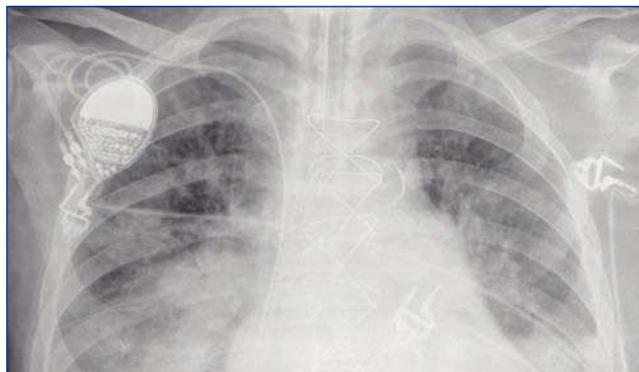


Figura 1. Radiografía de tórax que muestra infiltrados pulmonares bilaterales.

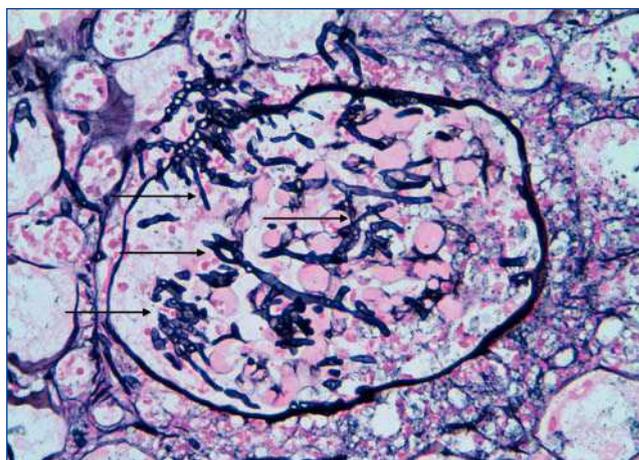


Figura 2. Examen pos-muerte del injerto renal que muestra aspergilosis invasiva. Las flechas apuntan a hifas en el glomérulo. Técnica de plata, x400.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segal BH. Aspergillosis. N Engl J Med 2009;360:1870-84.
2. Gavalda J, Len O, San Juan R, Aguado JM, Fortun J, Lumbreras C, et al. Risk factors for invasive aspergillosis in solid-organ transplant recipients: a case-control study. Clin Infect Dis 2005;41:52-9
3. Pauw BD, Walsh TJ, Donnelly JP, Stevens DA, Edwards JE, Calandra T, et al. Revised definitions of invasive fungal disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group (EORTC/MSG) Consensus Group. Clin Infect Dis 2008;46:1813-21.