

EFFECTIVIDAD DEL SCREENING DEL ANTIGENO DE GALACTOMANANO EN PACIENTES DE ALTO Y BAJO RIESGO DE INFECCIÓN FÚNGICA EN EL POST ALO-TPH

F. A. Ruiz Gómez, V. García Gutiérrez, I. Page Herráez, G. A. Pinto Solano, A. Sanz Rupérez, J. López Jiménez

Hospital Ramón y Cajal de Madrid

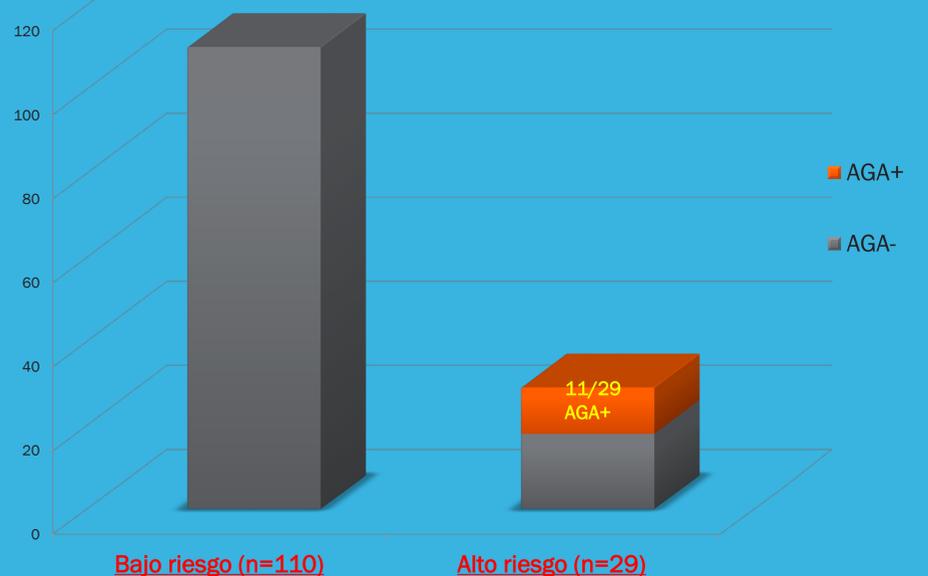
Objetivos: El antígeno galactomamano (AGA) se emplea como técnica habitual de screening para el diagnóstico precoz de infección por *Aspergillus* en pacientes de alto riesgo de infección fúngica invasora (IFI). Si bien existe evidencia para recomendar esta estrategia en pacientes en ciclos de inducción con leucemias agudas o durante peri-trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, no existe evidencia sobre la necesidad de monitorización con AGA durante el periodo post-trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH). El objetivo de este trabajo es determinar la utilidad clínica de la seriación antigénica periódica de galactomanano en el periodo de post alo-TPH.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente un total de 139 pacientes consecutivos sometidos a alo-TPH (59% de donante emparentado y 41% de donante no emparentado) en nuestro Centro durante los años 2010 a febrero de 2015 con una media de edad de 46 años. Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. Desde el alta hasta la suspensión de la inmunosupresión se realizó monitorización semanal con AGA y profilaxis antifúngica con fluconazol. Para el objetivo de este estudio, valoramos aquellos pacientes de bajo riesgo para IFI frente a los de alto riesgo (aquellos pacientes con IFI previa probable o probada o que habían desarrollado EICH y que por tanto recibían profilaxis secundaria con antifúngicos). Aquellos pacientes que en el seguimiento posterior sufrieron Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) fueron tenidos en cuenta hasta el momento del diagnóstico de la EICH. Todos los pacientes fueron seguidos prospectivamente hasta la fecha de última consulta o éxitus.

Resultados: La supervivencia global de la serie fue del 55.39 % y la probabilidad global de EICH grado III/IV que precisara ingreso del 49.5%. Durante el seguimiento de todos los pacientes, se observó positivización de AGA en 31/139 (22%). La tasa global de falsos positivos y falsos negativos fue de 31% y 6% respectivamente.

110 de 139 (79%) pacientes cumplieron criterios de inclusión en el grupo de bajo riesgo. En dicho grupo, se objetivó positivización de AGA en 2/110 pacientes (1.81%), que se comprobaron como falsos positivos, al tratarse de IFI probada por *Candida* spp. en muestras respiratorias. En el grupo de alto riesgo, la positivización de AGA se observó en 14/29 (48%). De éstos 14, 3 pacientes (21.4%) fueron falsos positivos y en el resto, 11 pacientes (78.6%), el AGA precedió a la IFI. El riesgo relativo de positivización de AGA en pacientes de alto riesgo frente a no alto riesgo fue de 7.

	N (%)
Edad (años)	Media 46.18 Mediana 48.01
Sexo (varón vs mujer)	91 vs 48 (65 vs 35%)
Patología de base	
Leucemia mieloide aguda	79 (56.8%)
Leucemia linfoblástica aguda	18 (12.9%)
Mieloma Múltiple	9 (6.5%)
Leucemia Mieloide Crónica	3 (2.2%)
Linfoma No Hodgkin	13 (9.4%)
Enfermedad de Hodgkin	9 (6.5%)
Otras	8 (5.6%)
IFI previa al trasplante	17 (12.2%)
Intensidad de acondicionamiento	
Mieloablativo	95 (68.3%)
Intensidad reducida	44 (31.7%)
Fuente de progenitores	
Sangre periférica	132 (95.0%)
Médula ósea	7 (5.0%)
Tipo de donante	
Emparentado	82 (59.0%)
No emparentado	57 (41.0%)
Tiempo hasta injerto (días)	
Neutrófilos (>500 en dos determinaciones consecutivas)	15.52
Plaquetas (>30.000 dos determinaciones consecutivas)	17.75
Viremia CMV post-trasplante (nº pacientes con >600 copias/mL en el post-trasplante)	48 (34.5%)



Conclusiones: no existe suficiente evidencia para la realización seriada de AGAS en pacientes de bajo riesgo para IFI en periodo post alo-TPH.