

Aspergilosis invasiva en el trasplante cardíaco: características clínicas, diagnóstico y manejo en una cohorte contemporánea

Melanie Fernández Caso(1), Claudia Bartalucci(2), María Álvarez Bello(1), Consuelo Fernández-Avilés Irache(1), Jorge Martínez Solano(1), Marina Machado Vílchez(2), Maricela Valerio Minero(2), Javier Castrodeza Calvo(1), Zorba Blázquez Bermejo(1), María Jesús Valero Masa(1), Miriam Juárez Fernández(1), Iago Sousa Casasnovas(1), Patricia Muñoz García(2), Carlos Ortiz Bautista(1) y Javier Bermejo Thomas(1) de (1)Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, y CIBERCV, Madrid - España y (2)Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España

Introducción: La aspergilosis invasiva (AI) es una complicación grave en el trasplante cardíaco (TxC), con alta mortalidad. El objetivo de este estudio fue caracterizar la incidencia, presentación clínica, el diagnóstico y el manejo de la AI.

Métodos: Estudio retrospectivo, monocéntrico, en un hospital terciario, de receptores de trasplante cardíaco con diagnóstico de IA entre octubre de 2014 y septiembre de 2025. Se recogieron datos clínicos, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y evolución. La AI se clasificó según los criterios EORTC/MSGERC 2020 para definir enfermedad probada o probable. Se consideró AI precoz la que aparece en los primeros 3 meses postrasplante y AI de brecha cuando ocurre durante tratamiento antifúngico.

Resultados: Durante el período de estudio, 210 pacientes se sometieron a TxC; la incidencia de AI fue del 7,1% (15/210). Las principales características clínicas de los pacientes con AI se presentan en la Tabla 1. La mediana de tiempo desde el trasplante hasta el inicio de la AI fue de 73 días (RIC 29,0-99,0), con predominio de formas precoces (11/15, 73,3%). La mayoría fueron AI probables (10/15; 66,6%), y casos AI probadas (3/15; 20,0%) según los criterios EORTC/MSGERC. Ocho pacientes recibieron profilaxis antifúngica, con 4 infecciones de brecha; en los demás, se había suspendido 6, 59 (en 2 casos de AI precoz) y 57 y 83 días (en 2 casos de AI tardía) antes del diagnóstico. La presentación fue principalmente pulmonar (80%), con 4 casos extrapulmonares. El diagnóstico fue sobre todo por cultivo, con predominio de Aspergillus fumigatus (60%). El tratamiento inicial más frecuente fue isavuconazol (8/15; 53,3%), seguido de anfotericina B liposomal (4/15; 26,6%) y voriconazol (3/15; 30%); 4 recibieron terapia combinada y 1 cirugía. La mortalidad global fue del 26,6% (4/15), y en 3/15 (20%) casos fue atribuible a la AI.

Conclusiones: La incidencia de AI (7,1%) es comparable a nuestra cohorte histórica de AI en trasplante cardíaco (6,5%). Predomina el inicio precoz y la afectación pulmonar, con infecciones de brecha a pesar de profilaxis. El isavuconazol es el tratamiento más usado en la actuallidad, y la mortalidad sigue siendo relevante, lo que sugiere que la AI sigue representando una complicación infecciosa significativa en el TxC.

Características demográficas y clínicas de los receptores de trasplante cardíaco con aspergilosis invasiva

Variable[a]	**N. de pacientes (N=15)**	**%**
Edad, años, mediana (RIC)	63 (55,5-66,0)	-
Sexo masculino	12	80
Uso concomitante de fármacos inmunosupresores	14	93.3
Infección breakthrough durante profilaxis	4	26.6
Tiempo mediano desde el trasplante hasta el diagnóstico de AI, días (RIC)	73,0 (29,0-99,0)	**-**
Infecciones concomitantes[a]	12	80
Presentación pulmonar	12	80
Presentación extrapulmonar[b]	4	26,6
Necesidad de ventilación mecánica	5	33,3
Shock séptico	2	13,3
Cultivo positivo para *Aspergillus* spp.[c]	14	93,3
GM sérico ≥1,0 ODI	6	40,0
GM en BAL ≥1,0 ODI	9	60,0
PCR positiva en muestras respiratorias	3	20,0
Tratamiento antifúngico combinado	4	26,6
Tratamiento quirúrgico	1	6,6
Mortalidad global	4	26,6
Mortalidad atribuible	3	20
Tiempo mediano desde el diagnóstico hasta la muerte, días (RIC)	24,5 (19,0-46,0)	-

a Infecciones concomitantes (no excluyentes): infecciones virales (n=5; n=3 CMV, n=2 otras); infecciones bacterianas (n=10); infecciones fúngicas (n=1). b Presentación extrapulmonar: 1 caso de miocarditis y mediastinitis, 1 caso de otitis externa, 1 caso de osteomielitis y 1 caso de neumonía y miocarditis. c Especies de Aspergillus: A. fumigatus (n=9), A. flavus (n=3), A. niger (n=2), A. versicolor (n=1), coinfección A. fumigatus y A. terreus (n=1). Abreviaturas: AI: aspergilosis invasiva; RIC: rango intercuartílico; GM: galactomanano; ODI: índice de densidad óptica; BAL: lavado broncoalveolar; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; CMV: citomegalovirus.