Infección Fúngica Invasiva en Paciente Trasplantado Hepático: Desafíos Diagnósticos y Terapéuticos en UCI

Pía Contreras Rivera[1], Ivania Suárez Leiva[1], Ramses Palma Suárez[2]

1. Departamento de Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Departamento de Cirugía Maxilofacial, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN:

Un porcentaje importante de los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presenta trasplantes de órganos sólidos, requiriendo inmunosupresión para evitar el rechazo del injerto, esto predispone a infecciones oportunistas, como infecciones fúngicas invasoras, cuya mortalidad varía entre el 50% al 100%. La mucormicosis, una de las más graves, requiere un manejo integral con intervenciones quirúrgicas agresivas y terapia antifúngica.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 60 años con antecedentes de daño hepático crónico por hemocromatosis, ingresa a UCI con insuficiencia hepática aguda sobre crónica secundaria a sepsis cutánea. Desarrolla insuficiencia respiratoria y falla renal aguda, requiriendo ventilación mecánica y terapia de reemplazo renal. Al décimo día, se realiza trasplante hepático de donante cadáver. Recibe inmunosupresión intraoperatoria con metilprednisolona y basiliximab, sin iniciar tacrolimus por falla renal. Evoluciona con síndrome febril sin foco, persistente hasta sexto día postoperatorio, donde se observa lesión necrótica en paladar. Evaluado por otorrinolaringología (ORL) mediante nasofibroscopia revela ocupación nasal con hifas y necrosis de cornetes. Inicia tratamiento con anfotericina B a dosis altas, y aseo quirúrgico por ORL y cirugía maxilofacial, con resección extensa del paladar y cornetes, que conlleva a evidente alteración facial. Resonancia magnética descarta invasión intracraneal. A pesar de tratamiento óptimo, persiste aparición de hifas en controles, con cultivos positivos para mucorales. Dada la limitación en titulación de la inmunosupresión por el trasplante y tras evaluación multidisciplinaria se decide segundo aseo quirúrgico conservador, a petición de la familia, sin mejoría clínica, evolucionando a falla multiorgánica persistente, lo que lleva a adecuación del esfuerzo terapéutico.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca el desafío de manejo de una infección fúngica invasiva en paciente inmunosuprimido por trasplante hepático. La persistencia de síndrome febril sin foco, obligó a la búsqueda de infección fúngica, la cual a pesar de manejo óptimo precoz (antifúngico y aseo quirúrgico), evoluciona de manera estacionaria, requiriendo optimización de terapias y segundo acto quirúrgico. Factores de riesgo como hemocromatosis y mal control glicémico inicial podrían haber influido en la evolución a pesar del manejo óptimo. Además, por su rápida progresión, requieren cirugías radicales que pueden conllevar a mutilaciones faciales, dificultando la rehabilitación del paciente.

CONCLUSIÓN:

En pacientes inmunosuprimidos con síndrome febril sin foco, se debe descartar infecciones fúngicas. En este caso, se presenta mucormicosis, caracterizada por su agresividad y capacidad de invadir estructuras críticas como el cerebro. El diagnóstico precoz es crucial para mejorar el pronóstico. El tratamiento debe incluir: control de condiciones subyacentes, terapia antifúngica sistémica y desbridamiento quirúrgico precoz.