

Bibliografía

1. Carretero P, Garcés M, García F, Marcos M, Alonso L, Pérez R. Inmunodeficiencia con timoma (síndrome de Good). A propósito de un caso. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin.* 1998;13:33-6.
2. Tarr PE, Sneller MC, Mechanic LJ, Economides A, Eger CM, Strober W. Infections in patients with immunodeficiency with thymoma (Good syndrome). Report of 5 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2001;80:123-33.
3. Kelesidis T, Yang O. Good's syndrome remains a mystery after 55 years: A systematic review of the scientific evidence. *Clin Immunol.* 2010;135:347-63.

Juan Marco Figueira Gonçalves*, Juan Manuel Palmero Tejera
y Luisa Eiroa González

Infección pulmonar crónica causada por *Trichosporon mycotoxinivorans* y mucoides en un paciente inmunocompetente con fibrosis quística



Chronic lung infection caused by *Trichosporon mycotoxinivorans* and *trichosporin mucoides* in an immunocompetent cystic fibrosis patient

Sr. Director:

En la literatura médica existe muy poca bibliografía sobre infecciones sistémicas causadas por *Trichosporon* spp en pacientes inmunocompetentes, y menos en fibrosis quística (FQ). Suelen asociarse con procesos agudos de mal pronóstico¹⁻⁴.

Presentamos el caso con revisión de la literatura de un paciente con FQ, con una infección bronquial crónica (IBC) por *Trichosporon mycotoxinivorans* (*T. mycotoxinivorans*) y *Trichosporon mucoides*, con buena evolución durante su seguimiento.

Varón de 37 años diagnosticado a los 4,5 meses de FQ, (F508del/G542X), que presentaba afectación pulmonar y digestiva leve, IBC por *S. aureus metilicilin sensible* (SAMS) e intermitente por *P. aeruginosa* erradicada en 2005, manteniendo tratamiento con broncodilatadores de acción rápida, fisioterapia, enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles.

Hacia 5 años, en una revisión estable se descubrió en la microbiología de esputo, *T. mucoides*. En las pruebas complementarias, la espirometría se mantuvo sin cambios (FEV1: 2,71 l/65%), con saturación de oxígeno (SO₂) basal del 96%. Ante este hallazgo, se le puso tratamiento con itraconazol 200 mg/24 h. En los cultivos de esputo sucesivos se aisló *T. mycotoxinivorans*, que se ha mantenido hasta la última revisión. No hubo empeoramiento radiológico: Bhalha: 16, ni funcional (FEV1: 3,25 l/95% y SO₂ basal: 97%). La media de exacerbaciones al año en los 5 años de seguimiento fue de 1,2 y todas leves, tratadas con antibioterapia oral según antibiograma, similar a los años anteriores.

El primer caso de infección humana en FQ por *T. mycotoxinivorans* fue una neumonía con desenlace fatal publicada en 2009. Los casos posteriores publicados, también tuvieron muy mal pronóstico^{1,2,4}. En la serie de Shah et al.², con un seguimiento hasta de 6 años, 4 pacientes presentaron IBC para *T. mycotoxinivorans*, y otro un aislamiento. No encontraron correlación entre esta infección y el número tan elevado de exacerbaciones posteriores, pero podría suponerse el papel que jugó *T. mycotoxinivorans*², tanto en la clínica como en el pronóstico.

Aunque no está claro, la exposición profesional, el trasplante y su tratamiento, la diabetes, los corticoides inhalados y sistémicos, la malnutrición, una función pulmonar grave, una resistencia intrínseca medicamentosa a micóticos, o el uso de antibioterapia inhalada o sistémica crónica, podrían ser factores de riesgo para

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com
(J.M. Figueira Gonçalves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.11.009>

padecer una infección por *T. mycotoxinivorans* en FQ¹⁻⁴. Nuestro paciente no padecía ninguno de estos factores de riesgo, ni se evidenció un empeoramiento clínico, radiológico o funcional en los 5 años desde la aparición de *Trichosporon* spp.

El cambio de especie en nuestro caso lo relacionamos con 2 acontecimientos. El primero fue que el género *Trichosporon* se reorganizó recientemente¹. El segundo ha sido el método de identificación usado, métodos fenotípicos (API®, VITEK®) y espectrometría de masas (MALDI-TOF)⁵.

Tras la exposición de nuestro caso, una IBC sin repercusión clínica, y la revisión realizada en la literatura, concluimos que *Trichosporon* spp y, especialmente, *T. mycotoxinivorans* se asocia a manifestaciones clínicas muy variables en la FQ, aunque hasta ahora la mayoría de los casos presentaron una evolución rápida, grave y fatal. Con circunstancias apropiadas^{1,3}, los pacientes podrían padecer infección crónica por este hongo.

Bibliografía

1. Hirschi S, Letscher-Bru V, Pottecher J, Lannes B, Young Jeung M, Degot T, et al. Disseminated *Trichosporon mycotoxinivorans*, *Aspergillus fumigatus*, and *Scedosporium apiospermum* coinfection after lung and liver transplantation in a cystic fibrosis patient. *J Clin Microbiol.* 2012;50:4168-70.
2. Shah AV, McColley SA, Weil D, Zhenga X. *Trichosporon mycotoxinivorans* infection in patients with cystic fibrosis. *J Clin Microbiol.* 2014;52:2242-4.
3. Hickey PW, Sutton DA, Fothergill AW, Rinaldi MG, Wickes BL, Schmidt HJ, et al. *Trichosporon mycotoxinivorans*, a novel respiratory pathogen in patients with cystic fibrosis. *J Clin Microbiol.* 2009;47:3091-7.
4. Kröner C, Kappler M, Grimmelt AC, Laniado G, Würstl B, Griesse M. The basidiomycetous yeast *Trichosporon* may cause severe lung exacerbation in cystic fibrosis patients-clinical analysis of *Trichosporon* positive patients in a Munich cohort. *BMC Pulm Med.* 2013;13:61-6.
5. Nagano Y, J Elborn JS, Millar BC, Goldsmith CE, Rendall J, Moore JE. Development of a novel PCR assay for the identification of the black yeast, *Exophiala (Wangiella) dermatitidis* from adult patients with cystic fibrosis (CF). *J Cyst Fibros.* 2008;7:576-80.

Francisco de Borja Martínez Muñoz^a,
María Martínez Redondo^a, Concepción Prados Sánchez^a
y Julio García Rodríguez^{b,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juliogarciarodriguez@gmail.com
(J. García Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.11.013>