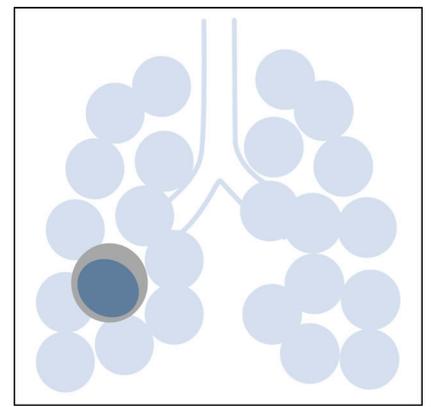


Escala EQUAL 2022 para Aspergilosis Pulmonar Crónica: una escala de la ECMM para medir la Calidad del manejo clínico de la Aspergilosis Pulmonar Crónica

Rosanne Sprute^{1,2,3}, Eva Van Braeckel^{4,5}, Holger Flick⁶,
Oliver A. Cornely^{1,2,3}, Danila Seidel^{1,2,3}, Alex Soriano⁷

¹ Institute for Translational Research, Cologne Excellence Cluster on Cellular Stress Responses in Aging Associated Diseases (CECAD), University of Cologne, Germany; ² Department I of Internal Medicine, Excellence Center for Medical Mycology (ECMM), University Hospital Cologne, Germany; ³ German Centre for Infection Research (DZIF), Partner Site Bonn-Cologne, Cologne, Germany; ⁴ Laboratory of Respiratory Infections, Department of Internal Medicine and Paediatrics, Belgium; ⁵ Department of Respiratory Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ⁶ Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria;

⁷ University of Barcelona, Clinic of Barcelona, Department of Infectious Diseases, Barcelona, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain.



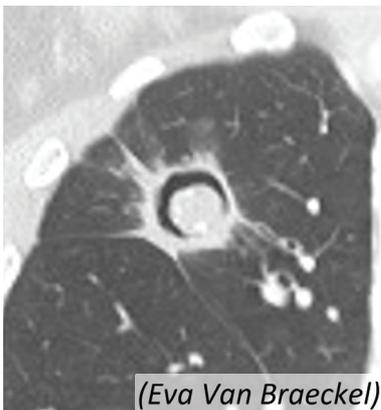
DOI: 10.4126/FRL01-006472894
Diciembre 2023

Fundamento

La escala EQUAL para Aspergilosis Pulmonar Crónica (APC) 2022 considera las recomendaciones de las guías más actuales para el manejo de la APC.[1][2] La escala puede ser útil para medir la adherencia a las guías y ajustar el manejo clínico.[3]

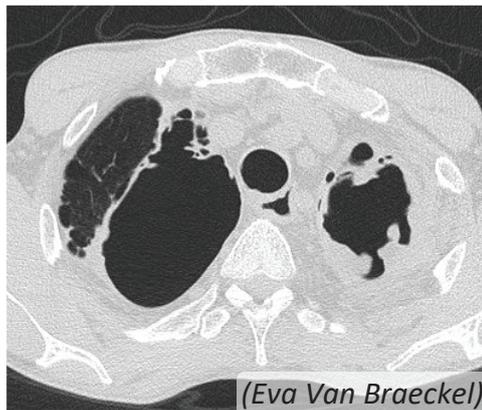
La APC es una infección fúngica crónica que afecta al parénquima pulmonar. Se presenta en individuos inmunocompetentes o levemente inmunodeprimidos con una lesión pulmonar subyacente. El diagnóstico es difícil, ya que el cuadro clínico es inespecífico y los hallazgos radiológicos son heterogéneos. Debe sospecharse en pacientes con lesiones pulmonares crónicas que presentan nuevos síntomas pulmonares o sistémicos. Entre las lesiones predisponentes destacan las debidas a tuberculosis o infección por micobacterias no tuberculosas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón o sarcoidosis. La infección puede dar lugar a la formación de nódulos pulmonares, cavidades, engrosamiento pleural y fibrosis. Se han definido cinco formas de APC por sus características clínicas y radiológicas:

Aspergiloma (post-tuberculosis)



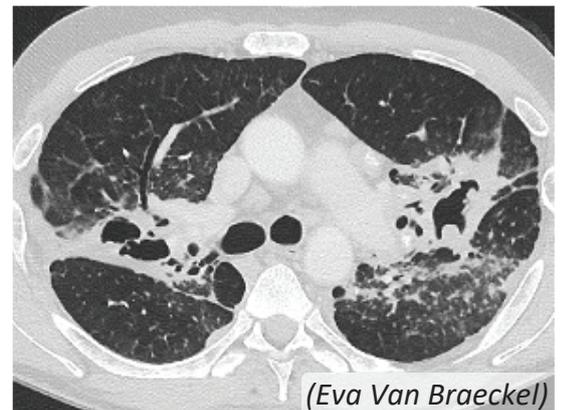
(Eva Van Braeckel)

Aspergilosis pulmonar crónica cavitada (APCC) (enfisema, post-tuberculosis)



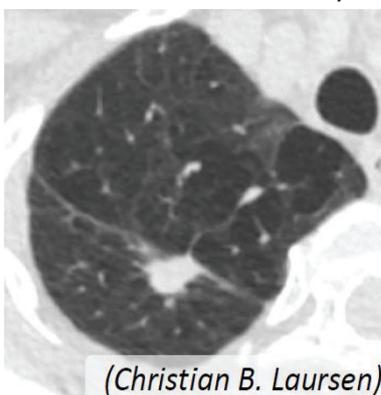
(Eva Van Braeckel)

Aspergilosis pulmonar crónica fibrosante (APCF) bilateral (sarcoidosis)



(Eva Van Braeckel)

Aspergilosis nodular (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)



(Christian B. Laursen)

Aspergilosis invasiva subaguda (AISA) (granulomatosis con poliangeítis)



(Eva Van Braeckel)

Bibliografía

- [1] Denning DW. *Eur Respir J.* 2016 Jan;47(1): 45-68. doi: 10.1183/13993003.00583-2015.
- [2] Alastruey-Izquierdo A. *Respiration.* 2018; 96(2):159-170. doi: 10.1159/000489474.
- [3] Sprute R. *J Antimicrob Chemother.* 2022 Nov 14;dkac378. doi: 10.1093/jac/dkac378.



UNIKLINIK
KÖLN



GHENT
UNIVERSITY



Med Uni
Graz



DZIF
Deutsches Zentrum
für Infektionsforschung



CPAnet
Chronic Pulmonary Aspergillosis
Network



European Confederation of Medical Mycology
ECMM
Center of Excellence in Clinical and
Laboratory Mycology and Clinical Studies



Variable		Puntuación		
Diagnóstico	Discusión del caso en un equipo multidisciplinar	3		
	Muestra respiratoria (LBA preferentemente)			
	Presencia de hifas al microscopio sobre muestra directa	3		
	Cultivo para hongos	3		
	Galactomanano en muestra respiratoria	2		
	PCR específica para Aspergillus	1		
	Biopsia			
	Histología	3		
	Cultivo para hongos	2		
	Estudio de sensibilidad			
	Estudio de sensibilidad del hongo (antifungigrama o PCR)	1		
	Serología			
	Anticuerpos IgG específicos frente Aspergillus o precipitinas	3		
	Anticuerpos IgE específicos frente Aspergillus	2		
Galactomanano en suero	1			
Anticuerpos IgM/IgA específicos frente Aspergillus (en ausencia de IgG)	-1			
Radiología				
TC de tórax	3			
Tratamiento No se recomienda el tratamiento combinado	Cirugía (en caso necesario)		3	0
	Surgical resection	3		
	1ª línea de tratamiento			
	Itraconazol 200 mg/12h o voriconazol 200-300 mg/12h	3		
	Posaconazol 300 mg/24h comprimidos de liberación retardada	2		
	Posaconazol 400 mg/24h (suspension oral)	1		
	MFT y evaluación regular de reacciones adversas	3		
	2ª línea (en caso de progresión, intolerancia o resistencia a los azoles)			
	Equinocandina p.e. caspofungina 50-70 mg/24h o micafungina 150 mg/24h	2		
	Anfotericina B liposomal 3 mg/kg/24h (o complejo lipídico)	2		
	Isavuconazol 200 mg/24h (cápsulas o IV)	2		
Anfotericina B desoxicolato 0.7-1.0 mg/kg/24h	-1			
Duración del tratamiento				
Al menos de 6 a 12 meses de tratamiento antifúngico	3			
Seguimiento	Seguimiento a los 3 o 6 meses de tratamiento o cambio de estado clínico	3		
	Evaluación de la respuesta radiológica (p.e. TC, FDG-PET/TC)	3		
	Evaluación de la respuesta a través del cultivo de muestras respiratorias	2		
	Evaluación de la respuesta serológica	2		
Total	Primera línea		49	46
	Segunda línea		51	48

Abrev: LBA, lavado broncoalveolar; TC, tomografía computerizada; FDG-PET, fluorodesoxiglucosa-tomografía por emisión de positrones; IV, intravenoso; MFT, monitorización terapéutica de la concentración sérica de fármacos.

 Cirugía indicada
 Cirugía no indicada