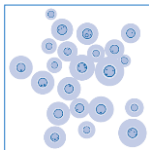


Sistema de puntuación **EQUAL** criptococosis 2018 de la Confederación Europea de Micología Clínica (ECMM) derivado de las guías clínicas actuales para medir la calidad del manejo clínico de la criptococosis



Andrej Spec^{1*}, Carlos Mejía-Chew¹, William G Powderly², Philipp Koehler², Oliver A Cornely², Jesús Guinea³

¹ División de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, St. Louis, MO, Estados Unidos de América. ² Universidad de Colonia, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Grupo de Excelencia de Colonia sobre Respuesta Celular al Estrés en Enfermedad Asociada al Envejecimiento (CECAD); Centro de Ensayos Clínicos de Colonia (ZKS Köln), Colonia, Alemania. ³ Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España. DOI: 10.4126/FRL01-006415031

Introducción

El sistema de puntuación EQUAL criptococosis pondera e integra variables buscando un manejo ideal de la criptococosis. Es un reflejo de las recomendaciones actuales con evidencia más sólida en las guías clínicas, siendo las Tarjetas de Puntuación una referencia fácilmente accesible para medir la adherencia a guías y apoyar programas de uso racional de antifúngicos.

		Enfermedad Leve -moderada, localizada o sin afectación del SNC			Enfermedad moderadamente grave - grave, diseminada o con afectación del SNC		
		Máxima puntuación	Diagnóstico	Terapia	Máxima puntuación	Diagnóstico	Terapia
Diagnóstico		6			13	-4	-9
Manejo	Antifúngicos	3	-3	-2	9		-5
	Inmuno-modulación			-5			
	Consulta a infectólogo	2					-7
	Seguimiento			-1	2		-5
Total		11	8	0	24	20	0

Comentarios

1. Cribado de detección sérica de Ag criptocócico (AgCr) en individuos infectados por el VIH con CD4 ≤ 100 células/ μ L antes del inicio o reinicio de terapia antirretroviral, independientemente de las manifestaciones clínicas, que vivan en áreas de alta prevalencia de AgCr positivo en sangre (p.e. >3%).
2. Todo paciente con enfermedad diseminada o inmunosupresión de base, AgCr sérico positivo, y/o aislamiento de criptococo en cultivos de biopsia o hemocultivos debe ser sometido a punción lumbar aunque esté asintomático.
3. Se acepta el tratamiento con AmB convencional + 5-FC durante una semana en ausencia de otra alternativa.
4. Los pacientes sin trasplante, VIH negativos, y mujeres embarazadas, pueden requerir al menos 4 semanas de terapia de inducción.
5. Se deben cumplir 6 semanas de terapia de inducción en presencia de criptococoma, complicaciones neurológicas (deterioro clínico, coma persistente), inmunosupresión profunda sin corregir, o aislamiento en LCR tras 2 semanas de terapia.
6. En presencia de hipertensión intracraneal ≥ 25 cm H₂O, disminuir a ≤ 20 cm H₂O o reducir la presión de apertura un 50%. El drenaje lumbar terapéutico se debe repetir diariamente si hay síntomas y presión persistentemente elevada (≥ 25 cm²) en LCR, hasta su estabilización durante >2 días. No hay datos sobre el máximo volumen de LCR que se puede drenar durante la punción.

Referencias

1. Spec A, Mejía-Chew C, Powderly WG, Cornely OA. EQUAL Cryptococcus Score 2018: A European Confederation of Medical Mycology Score Derived From Current Guidelines to Measure QUALity of Clinical Cryptococcosis Management. *Open Forum Infect Dis.* 2018; 5(11): ofy299.

EQUAL Criptococosis 2018

Diagnóstico

Hemocultivo	3
Antígeno criptocócico sérico	3
Otras localizaciones exploradas en base a la presentación clínica	
- Tejido/líquidos para cultivo de hongos no obtenidos por biopsia	-1
- Histología con tinciones fúngicas no realizadas sobre biopsias	-1
Inmunosupresión o síntomas sugerentes de afectación del SNC	
- Punción lumbar + presión de apertura	3
- Cultivo para hongos en LCR	2
- Titulación de antígeno en LCR	2
- Tinción de tinta china en LCR, en ausencia de antígeno en LCR	1
- CT craneal o RMN no realizada antes de la punción lumbar en caso de focalidad neurológica o inmunosupresión	-1

Tratamiento

Leve-moderada, localizada o no-SNC	
Síntomas pulmonares	
- Si broncoscopia realizada, no se envió BAL/biopsia para cultivo fúngico	-1
- 1ª línea: Fluconazol 6-12 meses	3
- 2ª línea: Otro azol 6-12 meses	2
- Cualquier azol <6 meses	1

Tratamiento

Moderadamente grave-grave, SNC o diseminación	
<u>1. Inducción</u>	
- LFAmB + 5-FC ≥2 semanas O	3
- AmBD + 5-FC ≥2 semanas O	2
- LFAmB 4-6 semanas O	2
- LFAmB + fluconazol 2 semanas O	2
- Fluconazol +/- 5-FC 6 semanas	1
<u>2. Consolidación</u>	
- Fluconazol ≥8 semanas O	3
- Otro azol 10-12 semanas	1
<u>3. Mantenimiento</u>	
- Fluconazol ≥12 meses O	3
- Itraconazol ≥12 meses O	1
- AmBD 1mg/kg IV por semana	1
- No TDM si se usa itraconazol	-1
ICH manejo (enfermedad SNC)	
- No descompresión tras punción O no drenaje lumbar o no ventriculostomía, o shunt ventriculoperitoneal para mantener la presión del LCR <20 cm H ₂ O	-3
- Corticoides sin edema del parénquima	-2
- Acetazolamida	-1
- Manitol	-1

Tratamiento

Consulta a infectólogo	2
Inmunomodulación	
<u>Inmunocompetente</u>	
- Test de VIH no realizado	-2
- Historia/fármacos inmunosupresores no revisados	-1
<u>Receptor de trasplante</u>	
- No disminución de la inmunosupresión neta	-1
<u>Paciente CIH positivo</u>	
- Terapia AR iniciada en las últimas 2 semanas o no iniciada 4 meses después del diagnóstico	-3
Parada de antifúngicos si SRI	-2

Seguimiento

- Repetir AgCr sérico para monitorizar respuesta	-1
- Si enfermedad SNC: No repetir cultivo de LCR hasta día 14	-1
- Si enfermedad del SNC: Repetir AgCr en LCR para monitorizar respuesta	-2
- Si VIH positivo, no parar fluconazol hasta un año de tratamiento en pacientes en TAR con ≥100 CD4/μL	-1