

En este control se remitió una cepa de un hongo procedente de un paciente de 22 años, con leucemia mieloide aguda, que comenzó de forma brusca con un cuadro de fiebre elevada, mialgias, confusión y lesiones cutáneas máculo-papulares eritematosas, con el centro más pálido, que evolucionaron hacia la necrosis y la ulceración. El paciente presentaba al ingreso 10^5 leucocitos/ml, con un 95% de formas blásticas. Había sido sometido a quimioterapia y en el momento de la aparición de este cuadro agudo presentaba una mejoría de su leucemia, aunque seguía con la quimioterapia. La radiografía de tórax era normal. Se tomaron tres muestras de sangre para cultivo, así como biopsia de una de las lesiones cutáneas, que fue enviada al laboratorio de Microbiología para cultivo y al de Anatomía Patológica, donde observaron una invasión vascular por hifas y lesiones de infarto y necrosis. Se retiró un catéter que llevaba el paciente, pensando que podía ser el origen del cuadro infeccioso y se envió la punta al laboratorio para cultivo. Se aisló, de todas las muestras y en cultivo puro, el hongo que se envió en este control. Se solicitaba la **identificación** del hongo implicado en este cuadro clínico, así como formular los **comentarios** que se considerasen oportunos.

Se enviaron 190 cuestionarios y se recibió respuesta de 166 laboratorios, lo que supone un 87,4% de los participantes. Sólo dos centros no realizan la identificación fúngica. El hongo original aislado era *Fusarium solani*, identificado como tal por el laboratorio de referencia para el presente control. En la siguiente tabla se resumen las identificaciones más frecuentes.

Tabla 1. Distribución de los resultados de identificación.

Identificación	Número	%
Género <i>Fusarium</i>	119	71,7
Género <i>Acremonium</i>	14	8,4
<i>Fusarium solani</i>	8	4,8
<i>Fusarium oxysporum</i>	8	4,8
<i>Fusarium moniliforme</i>	3	1,8
Género <i>Phaecilomyces</i>	2	1,2
<i>Sporothrix schenkii</i>	2	1,2
Hialohifomiceto	2	1,2
No informa identificación	2	1,2
<i>Acremonium strictum</i>	1	0,6
<i>Aspergillus flavus</i>	1	0,6
<i>Fusarium verticilloides</i>	1	0,6
<i>Candida krusei</i>	1	0,6
<i>Trichosporon beigelli</i>	1	0,6
Género <i>Trichosporon</i>	1	0,6
Total	166	100,0

Se han considerado identificaciones aceptables todas aquéllas que identificaron al género *Fusarium*, ya sea como género o identificando otras especies distintas a la realizada por el laboratorio de referencia que suministró la cepa. Como se desprende del análisis de los datos de identificación el índice de participación es razonable, siendo muy significativo el elevado índice de aciertos. Los métodos utilizados se resumen en la tabla siguiente.

Tabla 2. Métodos utilizados para la identificación.

Método utilizado	Número	%
Estudio microscópico	66	39,8
Estudio macro/microscópico	70	42,1
Estudio macro/microscópico+ cultivo	6	3,6

Estudio macroscópico	3	1,8
Microcultivo	3	1,8
Pruebas bioquímicas	1	0,6
Sin especificar	17	10,2
Total	166	100,0

La morfología macroscópica describe un hongo filamentoso con ligera pigmentación amarillo-rosácea. La observación microscópica la realizan la mayoría de los participantes con azul de lactofenol. Sólo 16 centros (9,6%) informan de la observación de macroconidias fusiformes, elemento característico de género *Fusarium*. Un participante comenta la presencia de clamidosporas y otro de fialoconidias. Sólo cinco centros hacen mención a la ausencia de crecimiento en medio Sabouraud-actidiona-cloranfenicol. Tres laboratorios especifican la realización de laminocultivo o microcultivo a partir de la muestra enviada.

Ningún centro manifestó utilizar un laboratorio de referencia para identificar la especie fúngica enviada en este control, signo de la suficiencia de los participantes. Sin embargo llama la atención algunas de las identificaciones informadas, como es el caso de género *Trichosporon*, *Sporothrix*, *Paecilomyces*, *Candida krusei* y *Aspergillus flavus*.

No son muchos los comentarios recibidos. En la mayor parte se hace mención a que se trata de una infección oportunista de difícil tratamiento, debido a la elevada resistencia de este hongo a los antifúngicos, comentando que el tratamiento de elección es la anfotericina B con o sin fluocitosina, con control de la neutropenia.