

Mucormicosi Rinocerebral

Maria Companys, Alba Marí, Violant Pujol, Ana Vena, Oriol Yuguero

Servei d'Urgències. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Nom autor: Maria Companys

Lloc de treball: Hospital Arnau de Vilanova

Data recepció: 09.10.2016

Data acceptació: 07.11.2016

mail: maria.companys@gmail.com

Forma de citació: Companys M, Marí A, Pujol V, Vena A, Yuguero O. *Mucormicosi rinocerebral*.

ReMUE.c@t 2017;4(2):12-14

MOTIU DE CONSULTA: Dolor i parestèsies a hemicara dreta i febre.

ANTECEDENTS PERSONALS. No al·lèrgies medicaments conegudes; no hàbits tòxics; Hipertensió arterial; TBC pulmonar 2007 tractada, curada; Diabetis Mellitus, retinopatia diabètica, nefropatia diabètica estadi 3, polineuropatia perifèrica sensitiva-motora, vasculopatia perifèrica; cardiopatia isquèmica crònica (2007 amb IAM i ICP primari col·locant 2 by-pas; IQ: fauquetomia bilateral 2008, túnel carpià bilateral. Implant dental maxil·lar superior dret agost 2013.

MALALTIA ACTUAL.

Quadre de 7 dies de dolor, inflamació i parestèsies a hemicara dreta i febre els últims 3 dies, ptosis palpebral dreta les últimes 48 h. No rinorrea ni congestió nasal ni tos ni hipoosmia. Tractat amb amoxicilina-àcid clavulànic 875/125 mg / 8 h, 7 dies

EXPLORACIÓ FÍSICA

FC 70 X¹, TA: 120/70, T^a axil·lar: 37,5°, Sat O₂: 95%. Conscient i orientat. NH, NC, bona perfusió tissular. AC: T. Rítmics sense bufs AR: M. V conservat. Abd: Tou i depresible, no dolorós, no masses ni VCM. No edemes mal·leolars. E ORL: Edema periorbitari i malar dret amb eritema i dolor a la palpació. Endoscòpia nasal: abundants crostes a fosa nasal dreta, adherides, mucosa normal, no rinorrea. Orofaringe: no congestiva, no exsudats, no rinorrea posterior. Ortoscòpia bilateral: sense alteracions. E. Oftalmològica: Motilitat ocular intrínseca: Pupil·les isocòriques i reactives. Moviments oculars extrínsecs: restricció de la supraversion de la mirada (no diplòpia), resta de musculatura i moviments oculars conservats.

Tonometria manual bilateral: normal. FU bilateral (UD i UE): Pal·lidesa papil·lar simètrica bilateral, retinopatia panfotocoagulada estable, resta sense alteracions objectivables. E. Neurològica: Conscient, orientat, llenguatge correcte; parells cranials: ptosi palpebral dreta. Pupil·les IC/NR. Camps visuals per confrontació normals, resta de parells cranials normals; força, sensibilitat, proba dit-nas correcta, no s'explora la marxa.

PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES

As: Hemograma: Leucos: 11,690, Hb: 11,2 Plaq:305.000. Gasometria venosa: pH: 7,24, HCO₃: 16,7, EB: -10. Lactat 1,5; Bioquímica: Glucosa. 207, Urea: 102, creat: 1,82, Na. 137, K: 3,6, Cl: 108, PCR:31; 5 INR: 105, PTTA: 0,96, fibrinogen 6,6. Rx de torax normal. TAC facial/sins amb contrast: Sinupatia etmoido-maxilar dreta. TAC cranial: Exploració dins dels límits de la normalitat

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES

a) sinusitis agudes piògena per microorganismes resistents a amoxicilina-àcid clavulànic, com pneumococ amb alta resistència a la penicil·lin o anaerobis.

b) infeccions per fongs es donen en pacients immunodeprimits, curs invasiu amb complicacions freqüents.

c) processos que cursen amb obstrucció nasal: Sinusitis-rinitis al·lèrgica: predominen els símptomes nasals, i no acostumen a tenir un quadre infecció pòlips nasals, cossos estranys intranasals, malformacions estructurals, tumors que aquests donarien símptomes crònics unilaterals.

En un primer moment s'orienta de sinusitis

piògena i es canvia el tractament antibiòtic a) cefotaxima i metronidazol ingressant a planta de ORL.

EVOLUCIÓ CLÍNICA I PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES FORA D'URGÈNCIES:

A les poques hores d'ingrés, el pacient presenta oftalmoplegia completa de l'ull dret amb midriasi. Davant la ràpida evolució de les complicacions en menys de 48 h, tot havent canviat el tractament antibiòtic ev i el resultat de la RNM cap i coll amb contrast: Compatibles amb sinusitis fúngica-mucormicosi a sinus maxil·lar i cel·les etmoidals dretes, amb mínima extensió orbitària i abscess a l'espai masticatori dret. Signes de cerebritis a la base del lòbul frontal dret. S'orienta de sinupatia etmoidomaxilar dreta ràpidament progressiva, complicada amb oftalmoplegia total UD amb midriasi, síndrome apex orbitari, i cerebritis, sospita de mucormicosi i valorat conjuntament per ORL, Oftalmologia i Cir Maxilofacial es realitza drenatge quirúrgic: maxiloetmoidectomia medial externa reglada amb exèresi del teixit necròtic a etmoides anterior i posterior, drenatge de l'abscess a fosa pterigomaxilar dreta, descompressió de l'òrbita dreta, extracció de l'implant dental objectivant afectació orbitària i cerebral. En el postoperatori es manté la VM i ingressa a UCI on s'amplia el tractament antibiòtic a piperacilina-tazobactam+ vancomicina + anfotericina B liposomal. A la setmana d'ingrés a UCI es pot extubar i arriba la confirmació histològica de Mucormicosis. En aquell moment es fa davallada terapèutica deixant només Anfotericina B. Posteriorment desenvolupa una pneumònia intrahospitalària que cura amb cefepime. L'afectació cerebral que presentava va evolucionar bé amb el tractament mèdic i clínicament no va presentar focalitat. El pacient va sortir de l'UCI al cap de 12 dies recuperant la funcionalitat a planta de medicina Interna. El tractament amb Anfotericina B es va fer durant 1 més. El pacient es va donar d'alta amb la seqüela: ceguesa de l'ull dret.

DIAGNÒSTIC FINAL

Mucormicosi etmoido-maxilar complicada amb cel·lulitis orbitària i cerebritis frontal.

DISCUSSIÓ

Aquest cas il·lustra la Mucormicosi sinusal

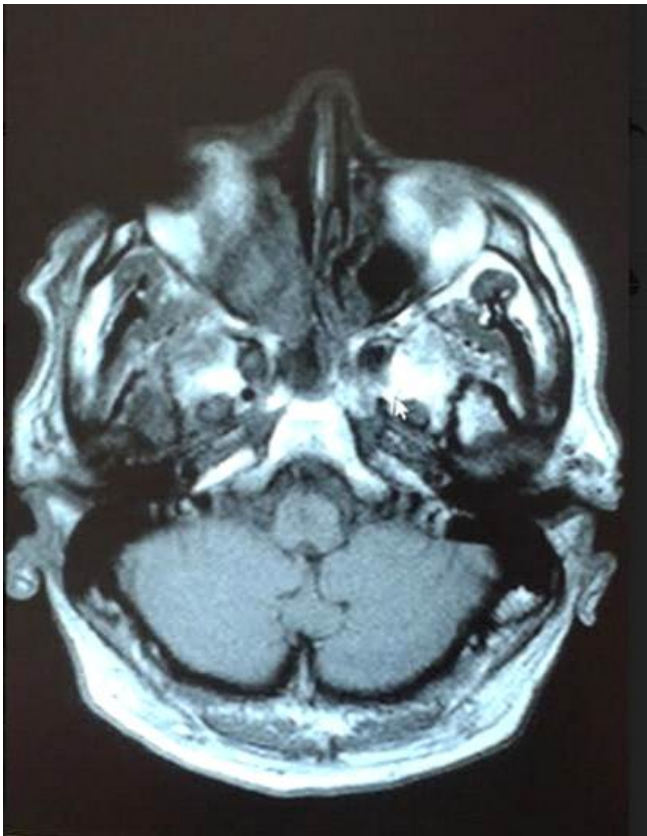
invasiva en un pacient diabètic. Senyalar que no es va pensar en aquest diagnòstic d'entrada. Recordar que la rinosinusitis fúngica invasiva cursa amb afectació ràpida i agressiva, podent ser mortal; en el nostre cas pèrdua de visió d'un ull. I el factor predisposant més important és la immunosupressió (malalties hematològiques malignes, trasplantats de moll d'os, neutropènia post quimioteràpia, trasplantats d'òrgans sòlids, infecció HIV avançada, diabetis mellitus i tractament amb corticoides). Per tant és bo de tenir un alt grau de sospita, si es tracta d'un malalt immunodeprimit i començar el tractament amb anfotericina B de forma empírica.

El diagnòstic es basa amb la demostració histopatològica de la biòpsia. Els cultius de les biòpsies són generalment positius. I és necessari distingir el tipus de fong per fer el tractament correcte, ja que varia si es tracta d'Aspergilosi o Mucormicosi.

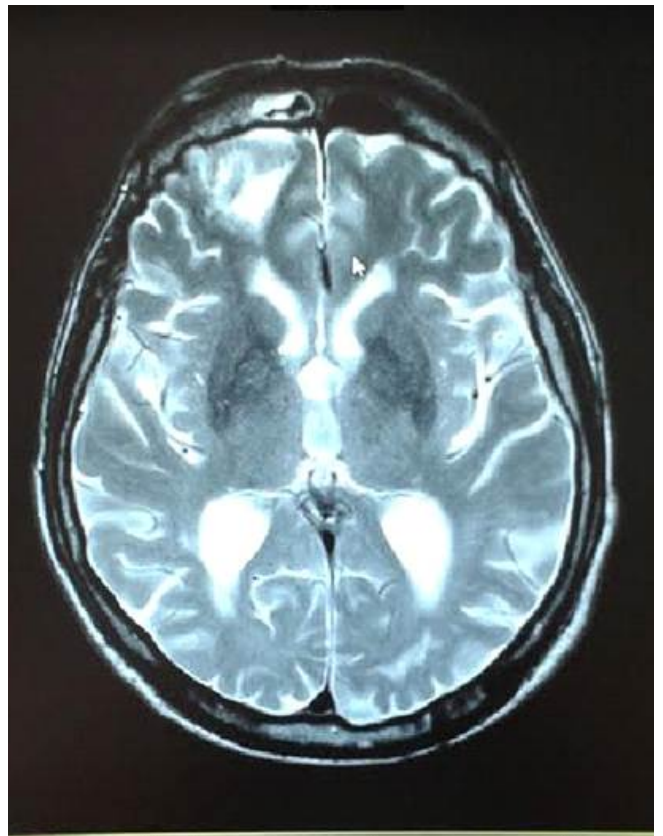
El tractament realitzat en el nostre cas (Anfotericina B forma lipídica 5 mg/Kg /dia i el desbridament quirúrgic), ha sigut adequat tot i que s'hauria pogut fer més ràpidament.

BIBLIOGRAFIA

1. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Martínez Campos L, Albañil Ballesteros R, de la Flor Bru J, Piñero Pérez R, Cervera J, Baquero Artigao F y cols. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Rev Pediatr Aten Primaria.2013;15:203-18.
2. Clin inf Dis 2012; 54 e72-e112. PMID 22438350. Chow AW, Benninger MS, i col.
3. Gillespie MB, O'Malley BW. An algorithmic approach to the diagnosis and management of invasive fungal rhinosinusitis in the immunocompromised patient. Otolaryngol Clin North Am 2000;
4. CRESEMBA (savuconazonium sulfate): Highlights of prescribing information. <http://www.accessdata.fda.gov/drugsattdocs/label/2015/207500Orig1s000bl.pdf> (Accessed on March 09, 2015).



RNM: MUCORMICOSI abans de la intervenció, el segon dia d'ingrés.



RNM: MUCORMICOSI RINOSINUSAL amb cerebritis frontal dreta.



RNM: Segon dia de l'ingrés abans de la intervenció.



RNM: Cinc dies després de la intervenció.