



Infectio

Print ISSN 0123-9392

Infect. vol.7 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2003



How to cite this article

Respuesta al diagnóstico por imágenes

Este paciente presentó varios de los factores descritos en la literatura como de riesgo para el desarrollo de la mucormicosis: huésped inmunocomprometido (leucemias, diabetes, quemaduras, traumas severos), neutropénico, uso prolongado de antibióticos de amplio espectro y de tapones nasales (1).

En este contexto la sospecha clínica es contundente, aunque la variedad más frecuentemente descrita en patologías hematológicas sea la pulmonar y no la rinocerebral. El tratamiento debe ser iniciado inmediatamente aún sin confirmarse el diagnóstico histopatológico como se hizo en el caso anterior (2).

La Mucormicosis es considerada una afección grave, de curso agudo y frecuentemente mortal; producida por hongos oportunistas del orden de los Mucorales antes llamada Ficomicosis (debido a clasificación taxonómica previa) o Zigomicosis que refleja el nombre de la clase de estos hongos (Zygomycetos) la cual comprende los mucorales que causan una entidad clínica similar y los entomophthorales que causan otro tipo de entidad clínica.

I. Zygomycotina	(b) R. arrhizus	6. Apophysomyceae
A: Zygomycetes	(c) R. rhizopodiformis	i. Apophysomyces
A. Mucorales	2. Cunninghamellaceae	(a) A. elegans
1. Mucoraceae	i. Cunninghamella	7. Thamnidiaceae
i. Absidia	(a) C. bertholletiae	i. Cokeromyces
(a) A. corymbifera	3. Morierellaceae	(a) C. recurvatus
(b) A. ramosa	i. Mortierella	B. Entomophthorales
ii Mucor	(a) M. wolfii	i. Conidiobolus
(a) M. circinelloides	4. Saksenaeaceae	(a) C. coronatus
iii. Rhizomucor	i. Saksenaea	(b) C. incongruus
(a) R. pusillus	(a) S. vasiformis	ii. Basidiobolus
iv. Rhizopus	5. Syncephalastraceae	(a) B. haptosporus
(a) R. oryzae	i. Syncephalastrum	

(Revista electrónica de SMIBA) (3)

Estos hongos (Mucorales) se caracterizan por una invasión rápida a los tejidos y estructuras vasculares lo cual conlleva a infartos y necrosis de los mismos; son de distribución mundial, crecimiento rápido (2 a 5 días) en forma de hifas anchas, no septadas. Su principal característica es la capacidad de asimilar carbohidratos y crecer aun a altas temperaturas.

A pesar de su amplia difusión, son de baja virulencia en el huésped inmunocompetente.

Se han descrito seis variedades:

- 1) Rinocerebral (más frecuente en Diabetes Mellitus)
- 2) Pulmonar (asociada a leucemias y linfomas)
- 3) Cutánea
- 4) Gastrointestinal (desnutrición)
- 5) SNC
- 6) Misceláneas

La forma rinocerebral que fue la que presentó este paciente, ha sido descrita especialmente en pacientes con diabetes mellitus descompensada, con menor frecuencia en pacientes con leucemia asociada a neutropenia y uso prolongado de antibióticos de amplio espectro.

Se ha descrito compromiso facial, cefalea, dolor, fiebre y celulitis orbitaria. Al progresar la invasión a la órbita hay proptosis y compromiso de movimientos extraoculares; posteriormente hay trombosis de arteria retinal, disfunción de pares craneanos (V- VII), absceso cerebral, trombosis del seno cavernoso y de la arteria carótida interna, con progresión a la muerte (4).

El pronóstico está dado por la patología de base del paciente, el diagnóstico precoz, desbridamiento quirúrgico amplio, suspender inmunosupresores y un cubrimiento antifúngico adecuado; en este último punto contamos en la actualidad con la Amfotericina B en dosis de 1.5 mg/Kg/día en infusión continua para disminuir toxicidad renal, pero aún así el éxito en este grupo de pacientes es bajo (5).

Existen hoy en día nuevos antifúngicos, que se han desarrollado con el objetivo de ser más eficaces sobre hongos filamentosos (*Aspergillus* spp, *Fusarium* spp, *Mucor* spp) de los cuales podemos destacar los derivados azólicos (voriconazol, posaconazol, ravuconazol) que tienen una acción inhibitoria de la síntesis de ergosterol y las candinas. El posaconazol es el que mayor utilidad *in vitro* ha demostrado en esta entidad (6).

Referencias

1. **Mandell, Douglas, and Bennett's**. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5^a Ed. Pp 2685-2691.
2. **St Germain G, Robert A, Ishak M, et al**. Infection due to *Rhizomucor pusilius* Report of four cases in patients with leukemia and review. Clin Infect Dis. 1993 ; 16:640-645.
3. **Dres. Serra A, Monteverde L, Romano D, et al**. Mucormicosis Rino-sinusal-orbitaria ; Revista electrónica de Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA).
4. **De Shazo et al**. Fungal Sinusitis. New England J. march.1997; 337:254-259.
5. **Ellis D, Marriot D, Hajjeh RA, Warnock D, Meyer W, Barton R**. Epidemiology: surveillance of fungal infections. Med Mycol 2000; 38 (supl 1): 173-182
6. AAC.Pfaller2002:46:1.043.

© 2011 Asociación Colombiana de Infectología.

Calle 118 No. 15-24 Oficina 503, Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono 215 3714 y 215 3517

 e-Mail
acin@etb.net.co