



COMUNICACIÓN BREVE

Mucormicosis rinoorbitocerebral, un estudio retrospectivo de 7 casos

Pablo Santos Gorjón*, Pedro Blanco Pérez, Ángel Batuecas Caletrió, Ángel M. Muñoz Herrera, Fernando Sánchez González y Rebeca de la Fuente Cañibano

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 8 de junio de 2009; aceptado el 27 de julio de 2009

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Inmunodeprimidos;
Diabetes mellitus;
Sinusitis fúngica;
Mucormicosis
rinocerebral;
Zigomicetos;
Rhizopus oryzae

KEYWORDS

Immunocompromised;
Diabetes mellitus;
Fungal sinusitis;
Rhinocerebral
mucormycosis;
Zygomycetes;
Rhizopus oryzae

Resumen

La mucormicosis es una infección oportunista, producida por los hongos del orden mucorales. Tiene una baja incidencia. Es potencialmente letal y afecta a pacientes inmunocomprometidos. Presentamos 7 casos de mucormicosis rinocerebral en un estudio retrospectivo de 8 años (2000–2008) en pacientes hematológicos.

Es preciso realizar un diagnóstico precoz, para lo cual se ha de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes con factores predisponentes. El diagnóstico de certeza requiere la realización de cultivos o biopsias de las zonas afectadas que demuestren la invasión de los tejidos por las hifas características. La clave del tratamiento es el desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo, junto con altas dosis de amfotericina B intravenosa. A pesar de este tratamiento, el pronóstico es desfavorable y la mortalidad es de un 70–80%.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rhino-orbito-cerebral mucormycosis, a retrospective study of 7 cases

Abstract

Mucormycosis is an opportunistic fungal infection caused by fungi of the Mucorales order. It has a low incidence and is a potentially lethal infection which generally affects patients who are immunocompromised due to systemic disease. We report 7 cases of rhinocerebral mucormycosis in a retrospective study of 8 years (2000–2008) in hematologic patients. An early diagnosis is essential, and therefore there must be a high level of clinical suspicion in patients with predisposing factors. Certainty diagnosis requires fungal cultures or biopsies of the affected areas which prove an invasion of the tissues by the characteristic hyphae.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pabmaransantos@hotmail.com (P. Santos Gorjón).

The key to treatment is early and aggressive surgical treatment, together with high intravenous doses of B amphotericin. Despite this, prognosis is poor and mortality is about 70–80%.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La mucormicosis rinoorbitocerebral (MROC) es una enfermedad de baja incidencia y potencialmente mortal. Hemos realizado este estudio retrospectivo para confirmar que en los últimos años se ha producido un aumento progresivo de la enfermedad, y describir las causas de este repunte en la incidencia. Por otro lado, interesa conocer la enfermedad y tenerla presente de cara a un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

La MROC es una infección micológica oportunista, producida por hongos del grupo mucorales, de los cuales la familia más importante es la *Mucoraceae* y, de ellos, los géneros más frecuentemente implicados son *Rhizopus*, *Absidia*, *Mucor* y *Rhizomucor*^{1,2}. La puerta de entrada es la vía aerodigestiva superior. Incluso con tratamiento médico-quirúrgico, según las series, la mortalidad ronda el 70–80%³.

Los factores predisponentes serían diabetes mellitus descompensada, grandes quemados, leucemias y linfomas y otras enfermedades hematológicas, trasplantes, insuficiencias renales, graves deshidrataciones, sepsis y corticoterapia o tratamientos antitumorales continuados^{4,5}. En nuestra serie, todos los pacientes eran pacientes inmunodeprimidos con patologías hematológicas y muchos sometidos a aplasia medular.

Hay varios tipos descritos de mucormicosis: pulmonar, gastrointestinal, mucocutánea, diseminada y rinocerebral. Esta última es la más frecuente⁶.

Comienza habitualmente en la fosa nasal, los senos paranasales o el paladar (fig. 1) desde donde puede extenderse hacia la órbita y el cerebro, y las manifestaciones clínicas precoces más frecuentes son el dolor facial, la proptosis y la oftalmoplejía⁷. El curso rápido y fatal de la enfermedad se explica porque a nivel tisular las hifas invaden los vasos sanguíneos y provocan trombosis y necrosis masivas y alcanzan rápidamente el sistema nervioso central. A veces, tienen un curso fulminante que en menos de 24 h es capaz de terminar con la vida del paciente^{8,9}.

Material y métodos

Se realizó estudio retrospectivo, desde el año 2000 hasta 2008 en nuestro hospital. Encontramos 7 pacientes con diagnóstico clínico de MROC. Todos eran pacientes con enfermedades hemáticas, y 3 de ellos diabéticos (tabla 1).

Se descartó un paciente por falso positivo intraoperatorio. El paciente estaba diagnosticado de leucemia aguda de alto grado de malignidad y presentó en el postrasplante inmediato una obstrucción nasal unilateral y una rinitis costrosa negruzca. Fue intervenido de urgencia y se tomaron biopsias rápidas. En un primer momento las biopsias no pudieron descartar mucormicosis ni presencia de hifas. Se decidió realizar una microdesbridación y resección del

tejido inflamatorio y con aspecto necrótico, que se correspondía con los cornetes y parte del tabique. Tras el cultivo y el análisis microbiológico correspondiente se descartó la enfermedad.

Para el cultivo fúngico se utilizan medios de Agar-Sabouraud a 30 °C. Se examinan las muestras histológicas con luz fluorescente blanca (calcoflúor, según técnica de Becton-Dickinson, y Le Pont de Claix, Francia) añadiendo el 20% de hidróxido de potasio. Se incuban a 37, 45 y 56 °C y se someten a estudio tanto macroscópico como microscópico con tinción hematoxilina-eosina y con tinción plata-metanamida. Las estructuras fúngicas típicas son alargadas, ramificadas en ángulos variables y con diámetro irregular.

Ante la sospecha de MROC se instaura siempre tratamiento con amfotericina B liposomal intravenosa (2 mg/kg/día). Se realiza una endoscopia rígida transnasal en búsqueda de placas negruzcas necróticas. Una vez realizada biopsia rápida, cultivo microbiológico de urgencia (búsqueda de hifas no tabicadas y esporas), se realizó una tomografía computarizada (TC) de senos paranasales y macizo facial urgente que buscó, con esto, signos destructivos o desestructuración de partes blandas u ocupación por tejido de partes blandas en senos. Sólo en un caso se realizó resonancia magnética craneal, puesto que ni la endoscopia mostró evidencia de necrosis, y surgieron dudas con la TC.

El tratamiento quirúrgico recibido fue desde microdesbridación y antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y posterior y esfenoidectomía mediante cirugía endoscópica nasosinusal a maxilectomía, maxiloetmoidectomía, exanterioración orbitaria y resección

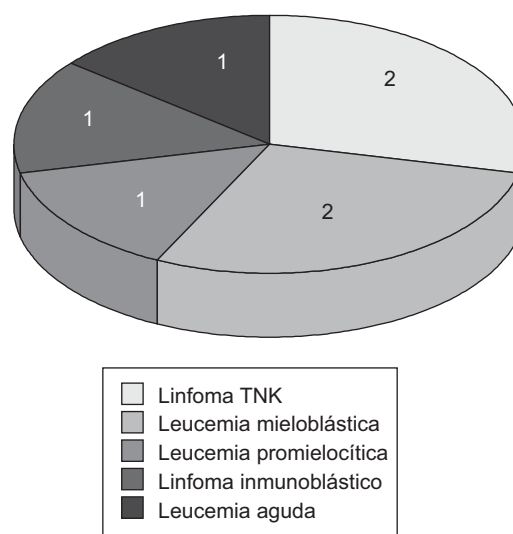


Figura 1 Distribución de pacientes hematológicos en nuestra muestra: 2 pacientes con linfoma TNK, 2 con leucemia mieloblástica, 1 con leucemia promielocítica, 1 con linfoma inmunoblástico y 1 con leucemia aguda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4102372>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4102372>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)