



P-264 - MUCORMICOSIS CUTÁNEA

D.T. Enjuto Martínez, A. Ramos Bonilla, E. Olivo Valverde, S. Sánchez-Molero Pérez, N. Marcelin, J. Martín Ramiro y N. Herrera Merino

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Introducción: La mucormicosis cutánea primaria es una manifestación infrecuente de la infección causada por un hongo zigomiceto del orden mucorales. Presentamos el caso de un varón de 58 años que precisó tratamiento antibiótico + exéresis quirúrgica y terapia VAC.

Caso clínico: El paciente ingresa inicialmente por fiebre y deterioro general en el contexto de una leucemia mieloblastica aguda con neutropenia mantenida y en tratamiento. Precisó inicialmente ingreso durante 48h en UVI por sepsis e inestabilidad hemodinámica, siendo necesario canalizar una vía periférica en dorso de brazo derecho para administración de meropenem + vancomicina iv. En planta de hospitalización se cambia el régimen antibiótico por persistencia de fiebre y se observa pequeña úlcera alrededor de vía periférica, que se retira, y se toma cultivo de la misma que es estéril. Con la recuperación progresiva de la neutropenia la úlcera presenta un rápido crecimiento y aspecto necrótico con edema perilesional. Se toma biopsia del fondo de la lesión aislando hongo micelial Rizopus oryzae. Se inicia anfotericina B + caspofungina y se realiza desbridamiento quirúrgico amplio hasta fascia superficial que se observa íntegra. Desde ese momento presenta buena evolución, no siendo necesarios nuevos desbridamientos y con cultivos sucesivos negativos para hongos. Se instaura terapia VAC ambulatoria a los 10 días y se logra la epitelización completa y cura de la lesión a los 23 días del tratamiento quirúrgico. El organismo causante de la mucormicosis es el hongo Mucor, del orden de los mucorales (Phylum zygomycota). Los géneros más comunes en los humanos son Rhizopus, Mucor y Rhizomucor. Son hongos ampliamente distribuidos en la naturaleza y de crecimiento rápido. La mucormicosis se manifiesta mediante diferentes síndromes en los humanos, siendo los más comunes el órbito-rino-cerebral y el pulmonar, y caracterizándose por infarto y necrosis de los tejidos como resultado de la infiltración de los vasos por las hifas del hongo. Afectan fundamentalmente a pacientes diabéticos o inmunodeprimidos (enfermedades malignas hematológicas, transplantados, malnutrición, SIDA...); aunque existen casos en inmunocompetentes.

Discusión: En la mucormicosis cutánea, la infección de piel y tejidos blandos es resultado de inoculación de esporas en la dermis, así, está casi siempre asociada con traumatismos y heridas, en algunos casos aparentemente inocuas, como la localización de entrada de una vía intravenosa, picaduras de insectos...etc. Normalmente se inicia como una única área indurada y dolorosa de celulitis que evoluciona a una lesión similar al ectima y sigue rápidamente el desarrollo de necrosis tisular por infartos isquémicos. El diagnóstico se basa en la identificación del microorganismo en los tejidos mediante el análisis histopatológico y la confirmación mediante cultivo. El clínico debe sospechar esta entidad en el contexto adecuado para poder establecer el diagnóstico lo más rápido posible e instaurar el tratamiento, siendo de elección la anfotericina B, asociado a un desbridamiento quirúrgico agresivo eliminando todo el tejido necrótico. Un diagnóstico rápido

seguido de un tratamiento médico-quirúrgico agresivo es primordial en el manejo de esta patología. En este contexto, la terapia VAC aporta grandes ventajas acortando significativamente el tiempo de epitelización de la herida quirúrgica en pacientes habitualmente inmunocomprometidos.