

Caso	(078) Cuando el azúcar te mata: mucormicosis rinosinusal en paciente diabético
Autores	Ana María Ferrera Jiménez, Susana Rico Gala, Amaya Fernández-argüelles García
Centro	Hospital Universitario Virgen De Valme

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 74 años, diabético con afectación macro y microvascular, traído a Urgencias por fiebre, epistaxis, deterioro del estado general y tendencia al sueño de 72 horas de evolución. En la analítica a su llegada destaca cetoacidosis diabética y aumento de reactantes de fase aguda, solicitándose TC craneal que resulta ser normal.

Tras 24 horas en las que el paciente no mejora y apareciendo cambios inflamatorios periorbitarios derechos, se efectúa TC facial con contraste intravenoso. En éste se aprecian cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo periorbitario derecho, junto a engrosamiento del músculo cigomático mayor y menor ipsilaterales, en relación a celulitis preseptal derecha.

Se acompañan de ocupación del seno maxilar del mismo lado por material de densidad de partes blandas, heterogéneo y con focos de mayor densidad que sugieren hemorragia, así como de erosión del suelo orbitario y rarefacción de la grasa intraconal. No se observan calcificaciones. Estos datos sugieren reagudización de un proceso sinusal crónico VS proceso agudo inflamatorio y agresivo. Posteriormente se realiza nasofibroscopia en la que se visualizan placas necróticas sugestivas de rinosinitis por *Mucor*, tomándose muestras de exudado nasal hemático e identificando hifas mediante tinción de Calcoflúor en Microbiología.

DISCUSIÓN

El paciente fue diagnosticado de mucormicosis rinosinusal extensa con celulitis preseptal asociada y afectación del sistema nervioso central, desestimándose tratamiento quirúrgico consensuando la decisión con la familia y falleciendo a las 72 horas.

La infección por *Mucor* tiene mayor prevalencia en pacientes inmunodeprimidos y con factores predisponentes como la diabetes mal controlada, ocasionando un cuadro rápidamente progresivo, muy agresivo y con una elevada mortalidad.

Se origina en los senos paranasales y puede expandirse hacia la región orbitaria y cerebral, aunque si se diagnostica a tiempo puede quedar relegada a la cavidad nasal y a los senos paranasales. A lo anterior se añade que el diagnóstico precoz es difícil por la inespecificidad de la clínica y de los hallazgos radiológicos, por lo que una alta sospecha clínica es fundamental.

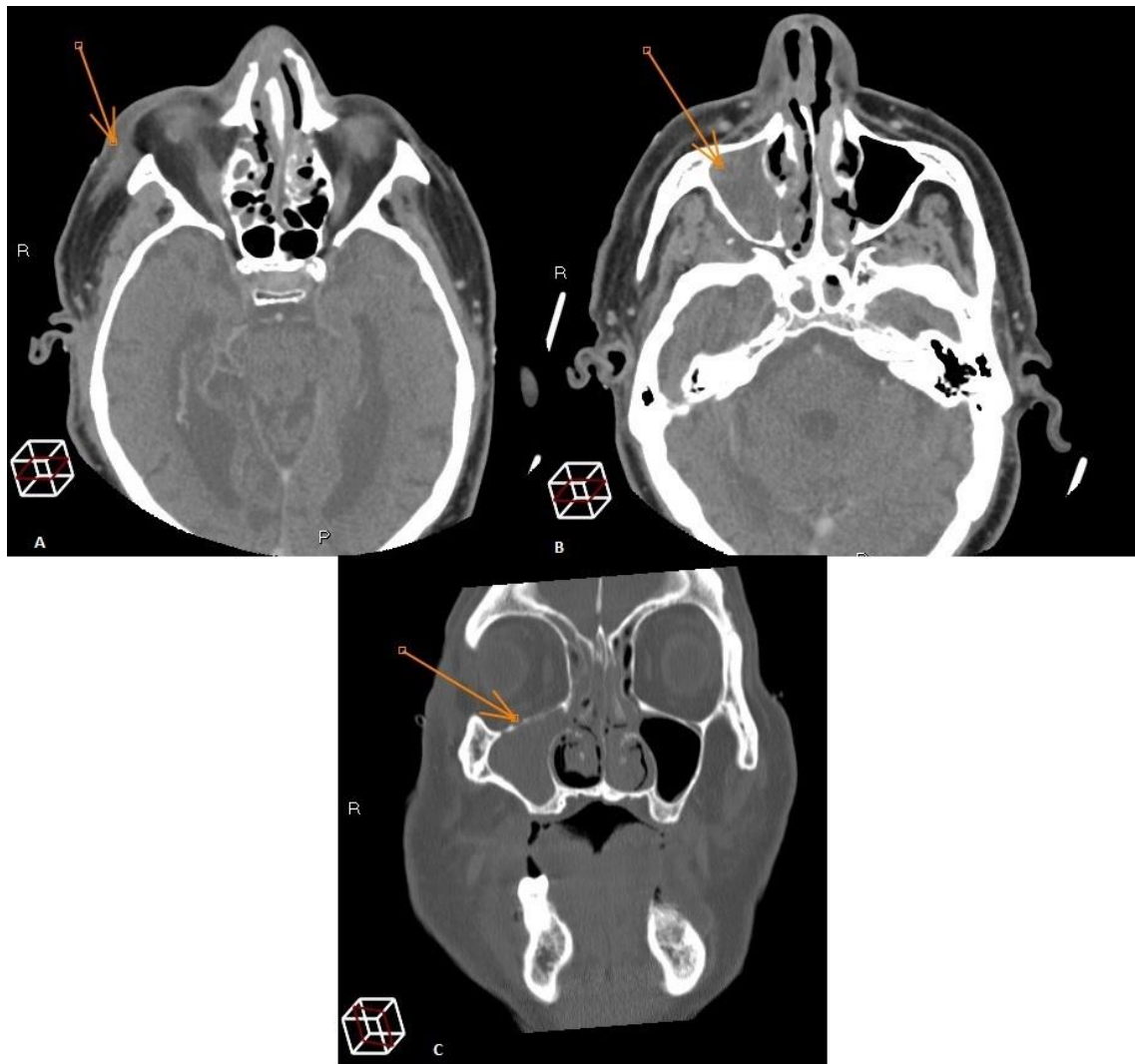
El mejor método de estudio por imagen es la TC de senos paranasales con contraste intravenoso, con reconstrucciones MPR y cortes finos, valorando en los tres planos

y con ventana ósea y de partes blandas. Esta patología puede mostrar hallazgos precoces o tardíos. En el primer caso observaremos engrosamiento mucoso, opacificación del seno afecto y niveles hidroaéreos, generalmente de forma unilateral. Ya en situaciones más avanzadas podremos identificar erosión o destrucción ósea (hallazgo muy específico), necrosis, engrosamiento de partes blandas faciales y/u orbitarias, afectación de la musculatura extraocular, e incluso complicaciones intracraneales como trombosis del seno cavernoso, afectación carotídea, infartos o abscesos.

El tratamiento con antifúngicos de esta entidad debe ser lo más precoz posible para prevenir complicaciones, cirugías extensas e incluso el fallecimiento del paciente.

CONCLUSIÓN

La mucormicosis rinosinusal, aunque infrecuente, es una patología potencialmente mortal en la que el diagnóstico temprano es fundamental. Se debe tener una alta sospecha clínica y apoyarse en las pruebas complementarias para confirmar su existencia, por lo que como radiólogos podemos aportar información de gran valor.



Cortes axiales y coronal de TC con contraste IV con ventana de partes blandas. A: aumento de partes blandas periorbitario derecho. B: ocupación del seno maxilar derecho por material heterogéneo. C: erosión del suelo orbitario derecho.

BIBLIOGRAFÍA

Alija JF, Fernández JA, Zuazo A, García S, Fernández S, Rodríguez S. Mucormicosis: hallazgos radiológicos en TC y RM. 30 Congreso Nacional SERAM. ID e-Póster: 1640.

Torres S, Gómez P, Saura J, García JM, Ortiz CM, Martín B. Protocolo de actuación de urgencias ante sospecha de sinusitis fúngica invasiva fulminante aguda. 30 Congreso Nacional SERAM. ID e-Póster: 1251.

Goel A, Weerakkody Y. Sinonasal mucormycosis. Radiopaedia. rID 42058.

Thomas S, Singh VD, Vaithilingam Y, Thayil SC, Kothari R. Rhinocerebral mucormycosis - a case report. Oral Maxillofac Surg. 2012 Jun;16(2):233-6. doi: 10.1007/s10006-011-0292-7