

Reunión Clínica 16 de Junio 2018 09:30 – 10:15

“MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Presenta: Dr. Javier Vega Vega

Residente 4° año especialidad Nutrición Clínica y Diabetología

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Caso Clínico 1

Paciente sexo masculino de 57 años. Antecedentes de DM tipo 2 desde el 2011, insulinizado hace 4 años. Sin complicaciones microvasculares o macroangiopatía documentadas. Antecedentes de TBC pulmonar tratada (2016), HTA, hipertrigliceridemia severa, adenoma suprarrenal no funcionante, consumo OH y tabaquismo. En tratamiento con glargina bedtime, metformina 1 gr, losartan 100 mgs, hidroclorotiazida 12.5 mgs, gemfibrozilo 900 mgs y omega 3. Irregular en sus cuidados y en adherencia a terapia farmacológica.

En octubre del año pasado consulta con discontinuación de insulinoterapia, en contexto de hiperglicemia sintomática, hipertrigliceridemia, HbA1c de 13% y aumento consumo de OH. Se indica esquema basal bolus con lo que retorna en Febrero del 2018 con HbA1c de 6.5%, sin necesidad de insulina prandial desde hace 2 semanas.

Su cuadro actual comienza 3 semanas antes de su hospitalización con infección molar complicada, por lo que recibe antibióticos orales indicados por su odontólogo. Una semana previa a consulta asiste a Servicio de Urgencia por hiperglicemia (400 mg/dl, sin cetoacidosis). Se corrige con insulina e hidratación y se deriva a diabetólogo tratante. Al control con el especialista destaca glicemia sobre 350 mgs, baja de peso de 7 kilos en 2 meses y exoftalmo con ptosis palpebral izquierda de 4 días de evolución.

Se hospitaliza en Intermedio Médico sospecha de infección de piso de órbita. Al ingreso sin acidosis, su HbA1c fue de 12%. Se realiza TAC que revela celulitis periorbitaria izquierda con signos de perineuritis intraconal y una nasofibroscopia que muestra costras abundantes en fosa nasal y petequias en paladar duro compatible con Rinosinusitis fúngica. RNM no mostró compromiso cerebral en un inicio.

Se confirma infección por Mucormicosis iniciándose Amfotericina B liposomal y se realiza amplia resección quirúrgica, que incluyó vaciamiento nasosinusal izquierdo y enucleación de globo ocular ipsilateral.

Una semana después de su ingreso, se realiza nueva RNM de cerebro de control que muestra infiltración dural y en lóbulo temporal izquierdo, por lo que se indica nuevo aseo quirúrgico y se ajustan dosis de antifúngico. Pese a estas medidas, un tercer control de imágenes revela progresión de compromiso cerebral, por lo que se deriva su manejo a Medicina Paliativa.

Se presenta caso, dada la importancia de su diagnóstico temprano y ya que uno de los principales grupos de riesgo corresponde a los pacientes con diabetes mellitus.

Referencias

1. Callejas CA, Douglas RG. Fungal rhinosinusitis: what every allergist should know. Clin Exp Allergy. 2013 Aug;43(8):835-49.
2. S Sarvestani A, Pishdad G, Bolandparvaz S. Predisposing Factors for Mucormycosis in Patients with Diabetes Mellitus; An Experience of 21 Years in Southern Iran. Bull Emerg Trauma. 2013 Oct;1(4):164-70.
3. Manjunath NM, Pinto PM. Management of Recurrent Rhinomaxillary Mucormycosis and Nasal Myiasis in an Uncontrolled Diabetic Patient: A Systematic Approach. Int J Appl Basic Med Res. 2018 Apr-Jun;8(2):122-125.