



I-077 - MUCORMICOSIS CUTÁNEA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS

A. Alemán Alemán¹, L. Buzón Martín¹, M. Ortega Lafont², E. Iglesias Julián¹, L. Sánchez Gómez¹, S. López Garrido¹, M. del Álamo Martínez de Lagos¹ y M. Rodríguez González¹

¹Medicina Interna; ²Microbiología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos.

Resumen

Objetivos: Realizar una descripción de los casos de mucormicosis cutánea (MC) en el Hospital Universitario de Burgos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los casos con diagnóstico microbiológico de MC en el Hospital Universitario de Burgos, desde el año 2005 hasta el 2017. La identificación del hongo se hizo mediante amplificación molecular (Internal Transcribed Spacer (ITS)-PCR).

Resultados: Caso clínico 1: varón de 70 años sin antecedentes personales de interés que presenta quemadura facial, desarrollando una MC por *Mucor circinelloides*. Es tratado con anfotericina B liposomal (AB) durante 15 días y desbridamiento quirúrgico, sin producirse diseminación ni otras complicaciones. Caso clínico 2: varón de 26 años, politraumatismo por accidente de tráfico con herida a nivel axilar izquierdo con exposición de húmero, que desarrolla MC por *Mucor circinelloides*. Se realizó desbridamiento quirúrgico extenso de la herida y terapia con AB durante 24 días. Caso clínico 3: varón de 44 años con enfermedad renal crónica (ERC) estadio V secundaria a nefropatía diabética (rechazada la diálisis por el paciente), acidosis crónica en el seno de su ERC, cirrosis enólica, sobrecarga férrica (ferritina 2.775 ng/mL) y pancreatitis crónica con insuficiencia exocrina y endocrina. Ingresa por edema, eritema y exudado hematopurulento en antebrazo derecho a través de tres orificios fistulosos secundarios a lesiones por rascado. Se identificó *Rhizopus arrhizus*, realizándose dos desbridamientos quirúrgicos de las lesiones, además de tratamiento empírico con caspofungina (retirada tras aislamiento del hongo) y AB durante 42 días. El paciente rechazó la amputación del brazo, y posteriormente falleció, aunque no directamente por la mucormicosis sino por descompensación de su pluripatología y por toxicidad renal por AB. Caso clínico 4: varón de 69 años con diabetes mellitus tipo 2, neutropenia por síndrome mielodisplásico y datos de sobrecarga férrica (ferritina 820 ng/mL), que presenta lesión necrótica en punta de nariz por *Rhizopus arrhizus*. Se inició tratamiento con AB y desbridamiento del tejido necrótico, precisando dos intervenciones con buena evolución clínica posterior.

Discusión: A pesar del aumento de incidencia de la mucormicosis, ésta continúa siendo una infección poco frecuente en nuestro medio, encontrándola sobre todo asociada a factores de riesgo concretos. En este estudio, destacan la diabetes, las neoplasias, la acidosis, la sobrecarga férrica y la disrupción de la membrana mucocutánea como factores de riesgo fundamentales. *Rhizopus arrhizus*

y *Mucor circinelloides* fueron las especies aisladas. Ninguno de los pacientes experimentó diseminación secundaria, falleciendo tan solo uno de los cuatro. El abordaje quirúrgico se requirió en todos los casos, precisando en la mitad de ellos más de una intervención.

Conclusiones: La MC es un tipo de mucormicosis invasiva con rasgos diferenciales importantes. En primer lugar, la ruptura de membranas mucocutáneas con la consecuente inoculación directa del hongo en tejidos profundos es un factor suficiente para el desarrollo de MC en pacientes inmunocompetentes y, por supuesto, también en inmunodeprimidos. Si además, otros factores de riesgo para MC (acidosis, diabetes, sobrecarga férrica o neutropenia) están presentes pueden actuar de forma sinérgica facilitando el desarrollo de la misma. La secuenciación molecular de las regiones ITS es el gold standard para la identificación a nivel de especie. El abordaje quirúrgico constituye el elemento fundamental en la terapia, asociado a tratamiento antifúngico (polienos o azoles de nueva generación: posaconazol o isoconazol).