

La mucormucosis, también llamada mucormicosis, es una infección por hongos saprófitos de la cavidad nasal y senos paranasales de los géneros mucor, absidia y rhizopus. Habitualmente aparece en pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia (diabéticos, pacientes con SIDA o a tratamiento con fármacos inmunosupresores).

La forma más común es la rinocerebral, que puede empezar como una infección de los senos paranasales y progresar hasta involucrar los pares craneales y vasos intracraneales.

Clínica

Los síntomas de mucormicosis rinocerebral abarcan:

Hinchazón y protrusión ocular (proptosis)

Escara (costra) nasal oscura

Fiebre

Dolor de cabeza

Enrojecimiento de la piel que cubre los senos paranasales

Dolor o congestión sinusal

Diagnóstico

La RM sin y con gadolinio. presenta cambios inflamatorios en los senos paranasales y órbita.

En los casos de extensión de la infección al seno cavernoso, puede apreciarse trombosis del seno cavernoso y estrechamiento de la arteria carótida.

Los infartos en la distribución de la arteria coroidea anterior, sugiere invasión intracraneal (Yousem y col., 1989).

Para diagnosticar la mucormicosis de una manera definitiva, se debe obtener y analizar una muestra de tejido.

Tratamiento

Se utiliza la Anfotericina B como tratamiento de elección.

La cirugía se debe realizar inmediatamente para extraer todo tejido infectado y muerto. La intervención quirúrgica puede llevar a la desfiguración, debido a que puede involucrar la extirpación del paladar, partes de la nariz o partes del ojo. Sin embargo, las posibilidades de sobrevivir disminuyen enormemente sin dicha cirugía agresiva.

Pronóstico

La mucormicosis tiene una tasa de mortalidad extremadamente alta incluso con una intervención quirúrgica agresiva. Las tasas de mortalidad fluctúan entre el 25 y el 85%, dependiendo del área del cuerpo involucrada y la salud general.

Se han descrito, tres casos de infiltración de la arteria carótida interna secundarias.

Todos los casos desarrollaron un síndrome de ápex o vértice orbitario y su progresión agresiva hacia el seno cavernoso complicando potencialmente llevó a la invasión ICA causando potencialmente un infarto cerebral o hemorragia (Sugiyama y col., 2011).

Al-Otaibi publica otra en el 2012 (Al-Otaibi y col., 2012).

Se ha descrito la destrucción masiva y progresiva de la bóveda del cráneo, a pesar del tratamiento antifúngico. El paciente requirió resección quirúrgica agresiva para detener la progresión de la enfermedad y la reconstrucción compleja usando una craneoplastia de titanio (Honeybul y col., 2012).

Bibliografía

Al-Otaibi, Faisal, Monirah Albloushi, Hindi Alhindi, and Michael S Timms. 2012. "Carotid Artery Occlusion by Rhinoorbitocerebral Mucormycosis." *Case Reports in Surgery* 2012: 812420. doi:10.1155/2012/812420.

Honeybul, Stephen, and David Anthony Morrison. 2012. "Skull Vault Destruction After Rhinocerebral Mucormycosis." *World Neurosurgery* 78 (5) (November): 553.e1-4. doi:10.1016/j.wneu.2011.12.009.

Sugiyama, Taku, Satoshi Kuroda, Naoki Nakayama, and Kiyohiro Houkin. 2011. "[Invasive Paranasal Sinus Fungal Infection Developing Orbital Apex Syndrome and Causing Internal Carotid Artery Infiltration: Reports of 3 Cases]." *No Shinkei Geka. Neurological Surgery* 39 (2) (February): 155-161.

Yousem, D M, S L Galetta, D A Gusnard, and H I Goldberg. 1989. "MR Findings in Rhinocerebral Mucormycosis." *Journal of Computer Assisted Tomography* 13 (5) (October): 878-882.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=mucormycosis>

Last update: **2019/09/26 22:19**

