

# Reporte de un Caso Clínico

## Mucormicosis Pulmonar

CORTÉZ-HERNÁNDEZ JA<sup>1</sup>, CABRERA-LÓPEZ M<sup>2</sup>, SÁNCHEZ-DE LA VEGA A<sup>3</sup>, ROJAS-MARTÍNEZ CE<sup>4</sup>

### INTRODUCCIÓN

La mucormicosis es un padecimiento de diagnóstico poco común en nuestro medio, es un proceso infeccioso agudo, principalmente oportunista dado por la presencia de hongos de la clase Zygomycetes, por lo que a esta enfermedad es llamada zygomycosis, pertenece a la familia de los Mucorales, los géneros principalmente aislados son *Rhizopus*, *Mucor* y *Absidia*.<sup>1</sup> Estos organismos viven en el ambiente y penetran en el organismo por inhalación de esporas a través de la vía aérea, a través de piel por heridas abiertas, catéteres, o por vía gastrointestinal.

El cuadro clínico más frecuente corresponde al compromiso rinocerebral y posteriormente el compromiso pulmonar. El caso a comentar presentó datos clínicos que desviaron la atención, con diagnósticos diferenciales de as-

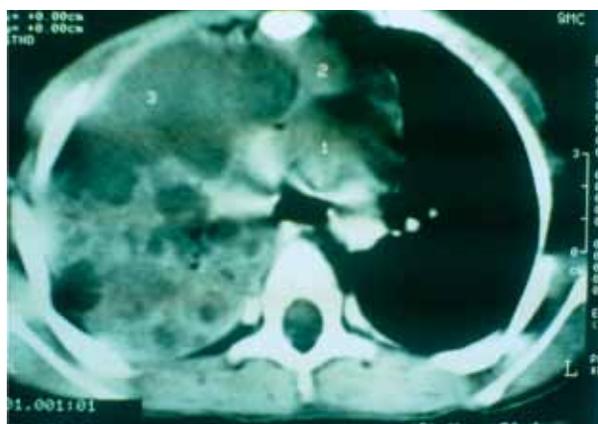
pecto tumoral, que afortunadamente se retomaron para su tratamiento exitoso, ya que reportes estudiados existe hasta un 95% de resultado fatal.<sup>2</sup>

### RESUMEN CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 5 años de edad, escolaridad preescolar, hijo de madre de 29 años de segunda gesta, de embarazo normo-evolutivo y parto eutócico vaginal. Originario y residente de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, con antecedentes de cuadros gripales repetitivos y faringoamigdalitis, una hospitalización previa hace dos años por fractura de hueso de la pierna. El padecimiento lo inicia 15 días previos a su hospitalización con dolor abdominal, por lo que acude a facultativo con diagnóstico de faringitis y probable hepatitis, persiste dolor y se agrega cuadro fe-



**Figura 1.** Placa de tórax con borramiento de hemitórax derecho.



**Figura 2.** Tomografía axial computarizada con lesión que afecta pulmón derecho y zona de mediastino, presenta diversidad en sus densidades.

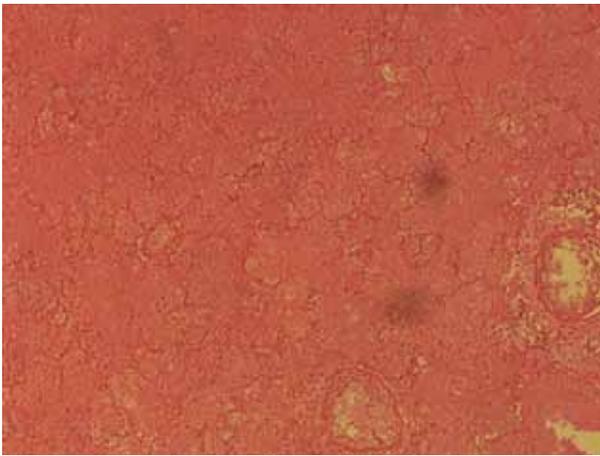
<sup>1,2</sup>Médico anatomopatólogo, adscrito al Servicio de Patología del Hospital General de Culiacán, <sup>3</sup>Médico cirujano de Tórax, adscrito al Hospital General de Culiacán, <sup>4</sup>Médico pediatra adscrito al Hospital General de Culiacán.

**Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias** al Dr. Jesús Alberto Cortéz Hernández, al Departamento de Patología del Hospital General de Culiacán, en Aldama y Nayarit s/n Col. Rosales, C.P. 80230, Culiacán, Sin., tel. 7169800 extensión 112. correo electrónico: albert\_o49hotmail.com.

Artículo recibido el 14 de octubre de 2010.

Artículo aceptado para publicación el 02 de diciembre de 2010.

**Este artículo puede ser consultado en Imbiomed, Latindex y [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com)**



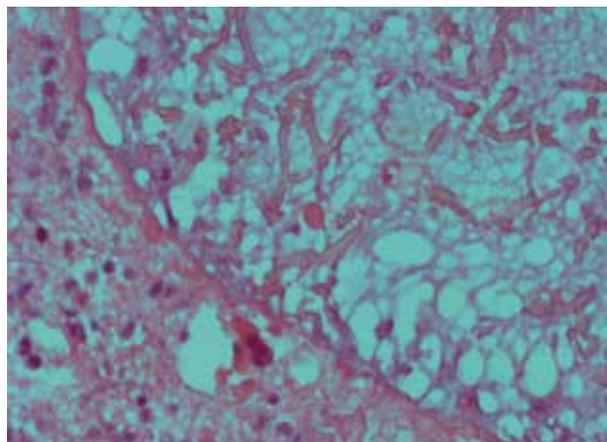
**Figura 3 y 4.** Fragmentos de biopsia pulmonar con amplia zona necrosis con presencia de trombos.

bril de 6 días de evolución, de hasta 39.5 °C., acude a un medio hospitalario donde recibe tratamiento sintomático y es egresado. La sintomatología continúa y acude a nuestro hospital, donde se recibe tranquilo, conciente, con leve palidez de piel y tegumentos, hidratado, con peso de 17 Kg., talla de 106 cm., con febrícula, faringe hiperemia, hemotórax derecho con hipomovilidad, hipoventilación, matidez a la percusión estertores bronquiales, abdomen depresible, sin visceromegalias, los laboratoriales con leucocitosis a expensas de neutrófilos, con la placa de tórax se diagnóstica proceso neumónico derecho por lo que se pasa a unidad de terapia intensiva y recibe antibioticoterapia. **(Figura 1)**

Se realiza tomografía axial computarizada de tórax, **(Figura 2)** con tumoración heterogénea que comprime campos pulmonares derechos, de diferentes densidades, y datos de derrame pleural, por lo que se realiza toracocentesis, con envío a estudio a patología de 100 CC de líquido citrino, con diagnóstico proceso inflamatorio agudo, no específico y necrosis. Posteriormente se realiza toma biopsia a cielo abierto y colocación de sonda pleural; hallazgo de múltiples abscesos pulmonares de hasta 6 cm. de diámetro mayor, aparente necrótico.

El estudio transoperatorio refiere; material necrótico sin datos de malignidad, y en el estudio histopatológico definitivo se observa material necrótico-hemorrágico, con gran infiltrado inflamatorio principalmente dado por leucocitos polimorfonucleares, dentro de la necrosis se observa espacios alveolares y luces vasculares, en estas última con presencia de trombos **(Figura 3y 4)**, al realizar tinción de PAS se observan múltiples hifas. **(Figura 5)**

Morfológicamente se sugiere el diagnóstico de mucormicosis pulmonar, por lo que se realiza cultivo el cual se reporta tiempo después con presencia de zigomicetos, por lo que recibe tratamiento a base de anfotericina B.<sup>3</sup> La evolución es a la mejoría por lo que es egresado 28 días después de su ingreso con tratamiento ambulatorio. Su



**Figura 5.** Microfotografía de hifas hialinas, gruesas, no septadas con ramificaciones dicotómicas en ángulos de 90°.



**Figura 6.** Placa de control en su seguimiento al año de la hospitalización.

seguimiento clínico y radiológico hasta su alta al año de su ingreso a urgencias.

### CONCLUSIONES

El caso comentado presentaba datos clínicos, que al inicio, se actuó de acuerdo a su historial con antecedentes de infecciones de vías respiratorias altas, pero la presencia de otra sintomatología como dolor abdominal, así como exacerbación de sintomatología respiratorio, peso y talla bajo, llevó a pensar hasta en un proceso tumoral, ya que la

afección pulmonar se extendía según las imágenes hasta el mediastino, a pesar de los valores de marcadores tumorales negativos. Es importante señalar que la comunicación pediatra-cirujano-patólogo fue muy estrecha, lo que hizo al final llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno para nuestro paciente, a pesar de lo poco frecuente en nuestra comunidad de este padecimiento y el mal pronóstico que se refiere en la literatura, en este paciente se tiene seguimiento clínico y radiológico por el médico cirujano hasta cinco años después de su tratamiento. **(Figura 6)**

### Referencias

1. Silva G Pamela, Avilés L Carmen L. Mucormicosis pulmonar. Rev chil infectol. 2004; 21(1): 61-64.
2. González Núñez Ida, Dosal Caruso Lucía, Díaz Jidy Manuel, Torres Gómez de Cadiz Silva Alma, Martínez Machín Gerardo. Infección por mucormicosis pulmonar en un niño con SIDA. Rev Cubana Med Trop . 1997; 49(3): 218-221.
3. Tedder M, Spratt JA, Anstadt MP, Hedge SS, Tedder SD, Lowe JE. Pulmonary mucormycosis: Results of medical and surgical therapy. Ann Thorac Surg 1994;57:1044-50.