



Mucormocosis rinu-sinuorbitaria y osteomielitis polimicrobiana por gémenes multirresistentes en una paciente susceptible. Reporte de caso.

Martínez Larry Luber 1, Ariza Daniel Efrén 2.

Hospital La María, Medellín, Colombia, Equipo Latinoamericano de Investigación en Infectología y Salud Pública ELISAP.

1. Infectólogo Hospital La María Medellín - Colombia - director Equipo Latinoamericano de Investigación en Infectología y Salud Pública ELISAP.

2. Médico Internista investigador asociado ELISAP.

<https://medicinainterna.org.mx/article/infectologia-2/>

Introducción.

La mucormicosis es una enfermedad agresiva invasiva causada por hongos angiotrópicos del orden Mucorales, principalmente del género *Rhizopus*, asociada con alta mortalidad y más prevalencia en pacientes inmunosuprimidos, o con trauma penetrantes y quemados.

Palabras clave.

mucorales, betalactamasas de espectro extendido (BLEE), angiotrópico, resistencia microbiana.

Objetivo.

Ratificar la rápida emergencia de la resistencia bacteriana antimicrobiana y su impacto significativo en la salud pública mundial, al no ser infrecuentes sus complicaciones hospitalarias sobre patologías preexistentes.

Caso clínico.

Femenina 42 años de edad, DBT 2 fuera de metas, instrumentación odontológica reciente. Ingresó por cuadro de 3 semanas de dolor y edema en hemicara derecha. Estudios con HbA1c de 12.4%, leucocitosis, taquicardia, astenia y medio interno sin criterios de complicación diabética. Se orientó a celulitis preseptal derecha con ATB oral Metronidazol + Amoxicilina y al 5° día, por no mejoría se rotó a Ceftriaxona y derivaron a medicina interna con plan Clindamicina IV y TAC de cara con abscesos a nivel del músculo masetero derecho y periodontal en pieza 17. Se realizó drenaje y exodoncia con cultivo a *Klebsiella oxytoca* pansensible en secreción y egresó con Ciprofloxacina VO. Retornó 2 semanas después por dolor, ptosis palpebral, taquicardia; se consideró plan Clindamicina IV y Piperacilina/Tazobactam y TAC de senos paranasales con colección maxilar

derecha de aspecto infeccioso con presencia de aire. Presentó rash que motivó solicitud de concepto a Infectología con plan retiro de Clindamicina y continuar Piperacilina/Tazobactam más Metronidazol, curetaje y drenaje de colección en arco cigomático derecho con aislamiento de *Neisseria mucosa* en material de pieza 17, *Serratia marcescens* BLEE en tejido y hueso infratemporal derecho/dren de penrose y *Stenotrophomonas maltophilia* en cultivo de hueso cigomático derecho con plan Meropenem, Amikacina y Trimetoprim/Sulfametoxazol con respuesta torpe y TAC de macizo facial con panalización y extensión a techo orbitario derecho. Por perfil férrico de consumo se inició Anfotericina B Liposomal 7mg IV día, se obtuvo en KOH de biopsia de cara colonias de *Candida albicans*. Se solicitó seguimiento en el laboratorio de referencia reportando hifas hialina aseptadas y cultivo ulterior para micosis profundas que reportó mucoral tipo Rhizopus. Se hizo inducción con Anfotericina B liposomal, se rotó a Posaconazol y egresó con plan quirúrgico reconstructivo diferido por Cirugía Maxilofacial.

Conclusiones.

La mucormicosis es una infección fúngica grave que parte de una condición inmunitaria deficiente que afecte el metabolismo de nutrientes u otra condición asociada que altera la fagocitosis o favorece la invasión del germen.

La emergencia de cepas de resistencia mediante la producción de BLEE, es la resistencia microbiana más común y de importancia en salud pública, su producción por diversos patógenos de importancia clínica constituye un importante problema a los pacientes hospitalizados por sus implicaciones clínicas, terapéuticas y económicas.