

UN CASO DE ZIGOMICOSIS EN LA PROVINCIA CIEGO DE AVILA (CUBA)

Miguel Suárez, H., * Adoración Duarte, V., **
Roberto Péláez, M. ** & José Rodríguez, F**

* Centro provincial de higiene y epidemiología, Ciego de Avila, Cuba.

** Hospital provincial "Antonio Luaces Iraola", Ciego de Avila, Cuba.

Palabras claves: Zigomicosis, diabetes mellitus.

Key words: Zygomycosis, diabetes mellitus.

RESUMEN

Se describe un caso clínico de un paciente de sexo femenino, diabética descompensada, que había recibido anteriormente diferentes tipos de antibióticos, desarrollando un cuadro neurológico que la condujo a la muerte. Se confirmó en la necropsia una Zigomicosis cerebral, siendo éste el primer reporte en la provincia de Ciego de Avila, Cuba.

La Zigomicosis, es producida principalmente por hongos de los géneros *Absidia*, *Mucor*, *Rhizopus*, *Rhizomucor* y *Cunninghamella*. Esta patología afecta a diferentes organismos tales como mamíferos domésticos, silvestres, aves, reptiles, anfibios, peces y el hombre. Es una enfermedad considerada dentro del grupo de las micosis oportunistas y su distribución es mundial (10).

En el hombre al igual que en otros animales ocurre en forma esporádica (1). En la actualidad su incidencia va en aumento, por la mayor supervivencia de los pacientes con diabetes mellitus y leucemia aguda, así como en personas que reciben trasplante de órganos. Es raro encontrar esta micosis en pacientes sanos (2 y 3).

La terminología clínica empleada en las enfermedades por hongos inferiores, es discordante en la literatura. El término zigomicosis es el más amplio y el más reconocido actualmente, ya que incluye todos los hongos que causan infecciones micóticas pertenecientes a la Clase *Zygomycetes*.

SUMMARY

[A clinical case of Zygomycosis in Ciego de Avila Province (Cuba)]

It describes a clinical case of an uncompensated diabetic that had previously received different kinds of antibiotics. The patient developed a neurological picture that led her to death. In the autopsy a brain Zygomycosis was confirmed, being the first report in Ciego de Avila Province, Cuba.

etes. Otros, prefieren el término de Mucormicosis, debido a que sus representantes patógenos para el hombre, se encuentran en el Orden *Mucorales*, mientras el antiguo término de Ficomicosis no se emplea en la actualidad.

El hombre adquiere la infección por inhalación, ingestión, inoculación y contaminación de la piel con los propágulos de dispersión de estos microorganismos, siendo la vía más común la inhalación de sus conidios o esporangioconidios (4).

El objetivo de este trabajo es: describir el primer caso de zigomicosis diagnosticado en el Hospital provincial "Antonio Luaces Iraola" de la Provincia Ciego de Avila en la República de Cuba.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente H.T.I. de 48 años de edad, de sexo femenino que ingresó al Hospital provincial "Antonio Luaces

Iraola", con historia clínica N°. 503421. Por presentar polidipsia, poliuria, sequedad bucal y decaimiento de 12 días de evolución. Se realizó un exámen de glicemia constatándose cifras de 30 mmol/l. La paciente tenía antecedentes de sepsis urinaria a repetición, por lo que había recibido tratamiento con diferentes antimicrobianos. Los exámenes complementarios arrojaron una leucocitosis con neutrofilia.

Un día después de su ingreso, presentó tos, expectoración verdosa y secreciones nasales, además ligeras alzas febriles, cefaleas en el hemicráneo izquierdo y hepatomegalia. Al cabo de 6 días continuó con la misma sintomatología, manteniéndose descompensada la glicemia. Se aplicó a la paciente insulina y a posteriormente penicilina sódica cristalina.

El día 10 se añadió a la sintomatología señalada, parestesias y pérdida de sensibilidad en hemicara izquierda, además de incrementarse las secreciones nasales y la expectoración. El día 11 comenzó con visión borrosa, constatándose además lesiones en el 3°, 4°, y 5° nervios craneales. De acuerdo a los antecedentes clínicos, se planteó la posibilidad de la existencia de un síndrome del seno cavernoso. La paciente falleció al cabo de 21 días en coma profundo.

Al examen macroscópico de la necropsia, llamó la atención la presencia de zonas de necrosis en la cara inferior de los lóbulos frontales en la zona anterior del quiasma óptico. Los senos cavernosos no presentaron alteraciones macroscópicas.

Al corte histológico del parénquima cerebral, teñido con PAS, se observa una invasión de hifas no septadas en los vasos sanguíneos de las áreas infartadas.

COMENTARIOS

La enfermedad se presenta principalmente en enfermos inmunocomprometidos (diabetes mellitus descompensada, con tratamientos inmunosupresores o que presentan patologías que disminuyan la respuesta inmune del paciente). También se señala que el tratamiento prolongado con antibióticos es un factor predisponente. (5, 6, 7).

Los cuadros clínicos que pueden presentar estos hongos se subdividen en: zigomicosis rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, diseminada y subcutánea. La forma rinocerebral ocurre principalmente en pacientes con diabetes mellitus, la pulmonar y diseminada se presenta sobre todo en aquellos con enfermedades hematológicas malignas o que reciben medicamentos inmunosupresores. La gastrointestinal se ha presentado en niños desnutridos y la forma cutánea y subcutánea, puede ocurrir a consecuencia de quemaduras profundas, inyecciones y aplicaciones de vendajes contaminados (8 y 9).

Las características del micelio analizado (Fig 1), se distingue de las que presenta el género *Aspergillus*, por la ausencia de septos, su mayor diámetro, su menor longitud y la ramificación de sus hifas en ángulo recto.

Los agentes etiológicos más comúnmente aislados en el hombre corresponden al género *Rhizopus*, en especial *R. oryzae* (9), mientras las especies de *Mucor* son raramente consideradas como agentes de Zigomicosis (10).

Por la sintomatología, antecedentes clínicos y su patomorfosis, nuestro caso correspondería a la forma clínica de una zigomicosis rinocerebral,

Agradecimientos. Se agradece la colaboración prestada a los Dres. Seidel Sanchez, D., Gladys Taño, P., Alfredo Estrada, O., Pedro Morell, M y al Licenciado Ernesto Salcedo.

REFERENCIAS

- 1.- Miller, R.I. & Campbell, R.S. (1982). Clinical observatios on equine phycomycosis. Aust. Vet. J. 58: 221-226.
- 2.- Benenson, A. (1987). El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Publicación científica N° 507, Editorial OPS, Washington.
- 3.- Beninisi, A.K., Parenti, D.M. & Stevens, R. (1985). Mucormicosis nasosinusal en un paciente inmunocompetente. Am. J. Otolaryngol Head Neck. Med. Surg. 6: 471-473.
- 4.- Brow, D.E., & Finn, R. (1984). Mucormicosis de mandíbula. J. oral. Maxillofac. Surg. 44: 132-136.
- 5.- Macnulty, J.S. (1982). Rhinocerebral mucormycosis. Predisposing factors. Laryngoscope. 92: 1140.
- 6.- Koopmann, C. F. & Coulthard, S. W. (1982). Facial infection and nasal cutaneous necrosis. Evaluation and diagnosis. Laryngoscope 92: 1135.

7.-Klabacha, M.E., Stankiewicz, J.A. & Clift, S.D.A. (1982). Severe soft tissue infection of the face and neck: A classification. *Laryngoscope* 92: 1130.

8.-Acha, P.& Szyfres, B. (1986). Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Segunda edición. Publicación científica 503. Editorial OPS, Washington.

9.- Kwon-Chung, K.J. & Bennet, J.E. (1992) *Medical mycology*. Lea & Febiger. Philadelphia

10.-Rinaldi, M.G. (1989) *Zygomycosis*. *Infect. Dis. Clin. N. Am.* 3:19-41

Figura 1. Necrosis del parenquima cerebral, con grandes hifas ramificadas, aseptadas, en cercanías de un vaso sanguíneo (PAS 10x20)

