

Imagen clínica

Diagnóstico y tratamiento con guía ecográfica de una recidiva mediastínica de mucormicosis

Diagnosis and Treatment With Ultrasound-Guidance of a Relapsed Mediastinal Mucormycosis

Marta Porta-Vilaró, Igor Radalov e Ivan Vollmer*

Servicio de Radiodiagnóstico (CDIC), Hospital Clínic, Barcelona, España



La mucormicosis pulmonar es una infección oportunista causada por hongos Mucorales. Se adquiere por inhalación de spora y se caracteriza por invasión de estructuras vecinas y por una elevada mortalidad¹. Debe iniciarse el tratamiento precozmente, el cual consiste en la administración de anfotericina B liposomal y un desbridamiento quirúrgico amplio². Presentamos el caso de un paciente de 50 años inmunodeprimido que como complicaciones había presentado una neumonía necrosante por mucormicosis pleural y pericárdica, requiriendo lobectomía superior izquierda y pericardiectomía con epiploplastia. En una tomografía computarizada de control se le detectó una colección líquida con realce periférico en la grasa interpuesta en el mediastino en relación con la epiploplastia (fig. 1A). Se amplió el estudio con una ecografía torácica que evidenció una colección anecoica (fig. 1B) que se puncionó (fig. 1C), obteniéndose un material blanquecino que se remitió para estudio. La citología evidenció estructuras micóticas irregulares compatibles con mucormicosis (fig. 1D). Se realizó, asimismo, punción torácica para instilación de anfotericina B intracavitaria (fig. 1E) dado el mal estado del paciente, que no podía someterse a una intervención quirúrgica. Se administró también anfotericina B intravenosa y, dada la buena evolución clínica, el paciente pudo someterse a la resección quirúrgica del epiplón, siendo la resección quirúrgica del tejido afecto el tratamiento de elección. La pieza quirúrgica evidenció fragmentos micóticos desvitalizados (fig. 1F).

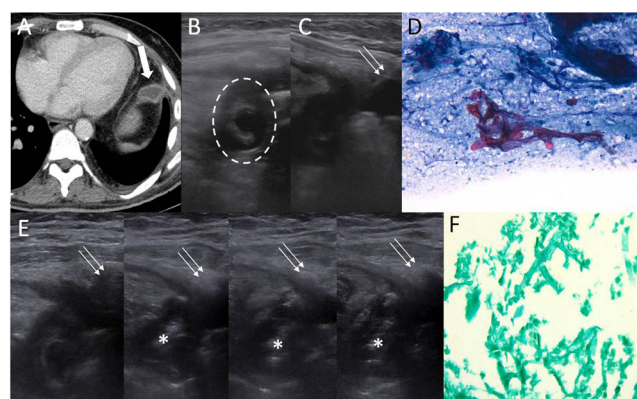


Figura 1. A) TC torácica axial en ventana de partes blandas que muestra una colección líquida con realce de sus paredes en mediastino, a nivel supradiaphragmático (flecha gruesa), donde se había interpuesto la grasa proveniente del epiplón (epiploplastia) a raíz de la pericardiectomía previa. B) Ecografía torácica que muestra colección anecoica en grasa mediastínica con imagen circunferencial ecogénica en su interior (círculo discontinuo). C) Punción percutánea de la colección mediante aguja 20 G (flechas finas). D) Muestra citológica que evidencia fondo necrótico con celularidad inflamatoria constituida por leucocitos polimorfonucleares, así como estructuras micóticas irregulares compatibles con mucormicosis. E) Ecografía torácica que muestra punción torácica (flechas finas), con instilación progresiva de anfotericina B intracavitaria (asterisco). F) Pieza quirúrgica que evidencia nódulo pleural necrótico con infección micótica morfológicamente compatible con mucormicosis.

Bibliografía

1. Agrawal R, Yeldandi A, Savas H, Parekh ND, Lombardi PJ, Hart EM. Pulmonary mucormycosis: Risk factors, radiologic findings, and pathologic correlation. *Radiographics*. 2020;40:656–66.
2. Ruiz Camps I, Salavert Lletí M. The treatment of mucormycosis (zygomycosis) in the 21st century. *Rev Iberoam Micol*. 2018;35:217–21.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vollmer@clinic.cat (I. Vollmer).