



XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: _____

Autor responsable: _____

Dirección: _____

e-mail: _____

Áreas de Interés

- 1-. CARDIOLOGIA
- 2-. DERMATOLOGIA
- 3-. DOLOR Y ANALGESIA
- 4-. EDUCACION MEDICA /
RESIDENCIAS MEDICAS
- 5-. ENDOCRINOLOGIA /
METABOLISMO / NUTRICION
- 6-. EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7-. FARMACOLOGIA /
TERAPEUTICA /
TOXICOLOGIA
- 8-. GASTROENTEROLOGIA
- 9-. GERONTOLOGIA
- 10-. HEMATOLOGIA
- 11-. HEPATOLOGIA
- 12-. HIPERTENSION ARTERIAL
- 13-. INFECTOLOGIA
- 14-. INFORMATICA MEDICA
- 15-. NEFROLOGIA
- 16-. NEUMONOLOGIA
- 17-. NEUROLOGIA
- 18-. ONCOLOGIA
- 19-. REUMATOLOGIA
- 20-. SISTEMAS DE
ATENCION MEDICA

ARTRITIS SÉPTICA POR MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Autores: Dra Campana M V, Dra Mazunik Y, Dra Corbelli D, Dr Schejtman A, Dr del Rio P. Servicio de Clínica Medica. Fundación Sanatorio Güemes. CABA

Introducción: La mucormicosis (MM) es una entidad de difícil diagnóstico, debido a su baja incidencia y a su presentación clínica insidiosa. Se manifiesta generalmente en pacientes inmunodeprimidos, con alto índice de morbilidad y mortalidad, presentando consecuencias devastadoras.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años ingresa derivado de Htal de Entre Ríos con diagnóstico de artritis séptica. Antecedentes: artroscopía por lesión de ligamento cruzado anterior de rodilla derecha 10/11/10. A los 7 días se realiza control postoperatorio, se evidencia signos de flogosis en sitio quirúrgico. Se realizan toilettes artroscópicas y artrotomía de rodilla en las cuales se toman múltiples muestras óseas para cultivo de gérmenes comunes y micológico, se comienza esquema antibiótico de amplio espectro vancomicina – imipenem. Solicitan derivación a centro de mayor complejidad. Al ingreso a nuestro servicio: lúcido, afebril, dolor a la movilización activa y pasiva del miembro afectado. Se palpa zona fluctuante en cara medial de tibia proximal, se decide punción de la colección, se toman muestras obteniendo en el examen directo: abundantes leucocitos, tinción de GRAM y Zhiel Neelsen negativa. Se aíslan hifas no tabicadas en la muestra antes mencionada. Inicia tratamiento con anfotericina B 1,5mg/kg/día y se suspende vancomicina - imipenem. Durante la internación intercorre con sepsis con descompensación hemodinámica y deterioro de la función renal secundario a absceso en región quirúrgica. Se realiza toilette de urgencia 12/2/11 evidenciando hueso necrótico en región tibial proximal, se obtienen muestras de material óseo de tibia y fémur, con cultivo positivo para hifas no tabicadas que se tipificaron como *Rizophus Microsporium* sensible a posaconazol, itraconazol y anfotericina B. Se agrega fluconazol al esquema instaurado. Debido al tratamiento prolongado con anfotericina B y el deterioro de la función renal se decide rotar a anfotericina B liposomal 5mg/kg/día. El 28/02/11 se programa cirugía de resección ósea de tibia proximal y cóndilos femorales más colocación de tutor externo. Completa 7 días con Anfo B liposomal, luego inicia posaconazol 200 mg cada 6h VO. Mejoría del cuadro clínico y de laboratorio. Egresó 17/03 y cumple 4 meses de tratamiento con posaconazol, con excelente respuesta terapéutica.

Comentario: La MM es una entidad poco frecuente. La presentación clínica se divide en diferentes formas, entre ellas el compromiso óseo, más frecuente en región rino-órbito-cerebral. La intervención a tiempo con antifúngicos y un debridamiento radical, son la clave para una evolución favorable. En nuestro caso se interpreta que la artroscopía es la probable puerta de entrada a la infección, dado que nuestro paciente no padecía inmunocompromiso.