

Mucormicose Rinocerebroorbitária e Diabetes Mellitus

- Relato de um caso clínico.



Claudia Matta Coelho¹, José Amorim², Sofia Daniela Carvalho³, Diana Silva⁴, Ana Margarida Monteiro¹, Selma B. Souto¹, Olinda Marques¹

¹Serviço de Endocrinologia; ²Serviço de Neurorradiologia; ³Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Serviço de ORL do Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A mucormicose rinocerebroorbitária é uma doença infecciosa rara de etiologia fúngica de características invasivas. A apresentação da doença é aguda, grave e rapidamente progressiva, comumente em doentes diabéticos, em particular nos idosos. A doença tem mau prognóstico e é rapidamente fatal se não diagnosticada e tratada de forma precoce.

CASO CLÍNICO

- Sexo masculino, 85 anos.
- Antecedentes de DM tipo 2 medicado com vildagliptina/metformina 50/850 mg com bom controlo glicémico.
- Outros antecedentes: HTA sem lesão de órgão alvo, glaucoma e insuficiência cardíaca estadio II.

- Admitido no serviço de Urgência por inflamação do olho direito, epistáxis e congestão nasal com 24 horas de evolução.
- Ao exame físico: exoftalmia e edema periorbitário direito. Sem outros achados de relevo.
- Analiticamente: glicémia plasmática de 480mg/dL, leucocitose e elevação de PCR.

O diagnóstico é obtido pela identificação de factores de risco, sinais clínicos e/ou radiológicos compatíveis com mucormicose e biópsia tecidual.

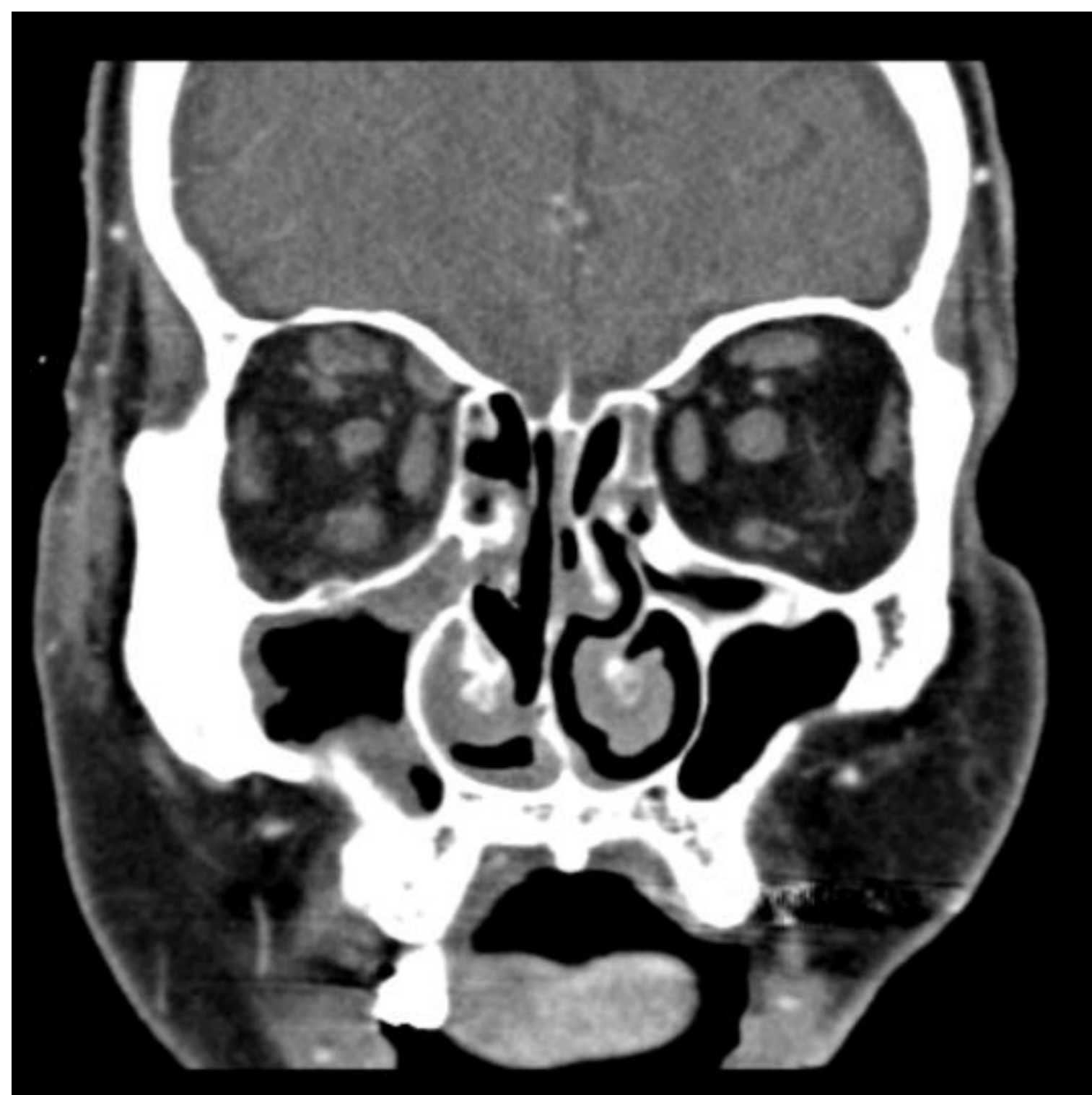


Imagem 1 – TAC dos seios perinasais (sem contraste). Infiltrado mucoso de natureza inflamatória a traduzir sinusite/processo sinusítico.



Imagem 2 – TAC dos seios perinasais (com contraste). Proptose ocular com sinais de celulite periorbitária direita. Conformação de lesão abcedada com abscesso palpebral (seta). Densificação da gordura retroorbitária.



Imagem 3 – TAC dos seios perinasais (com contraste). Rinossinusite etmoidal direita com extensão do processo infeccioso ao tecido periorbitário através do tecido celular subcutâneo por invasão directa (seta).

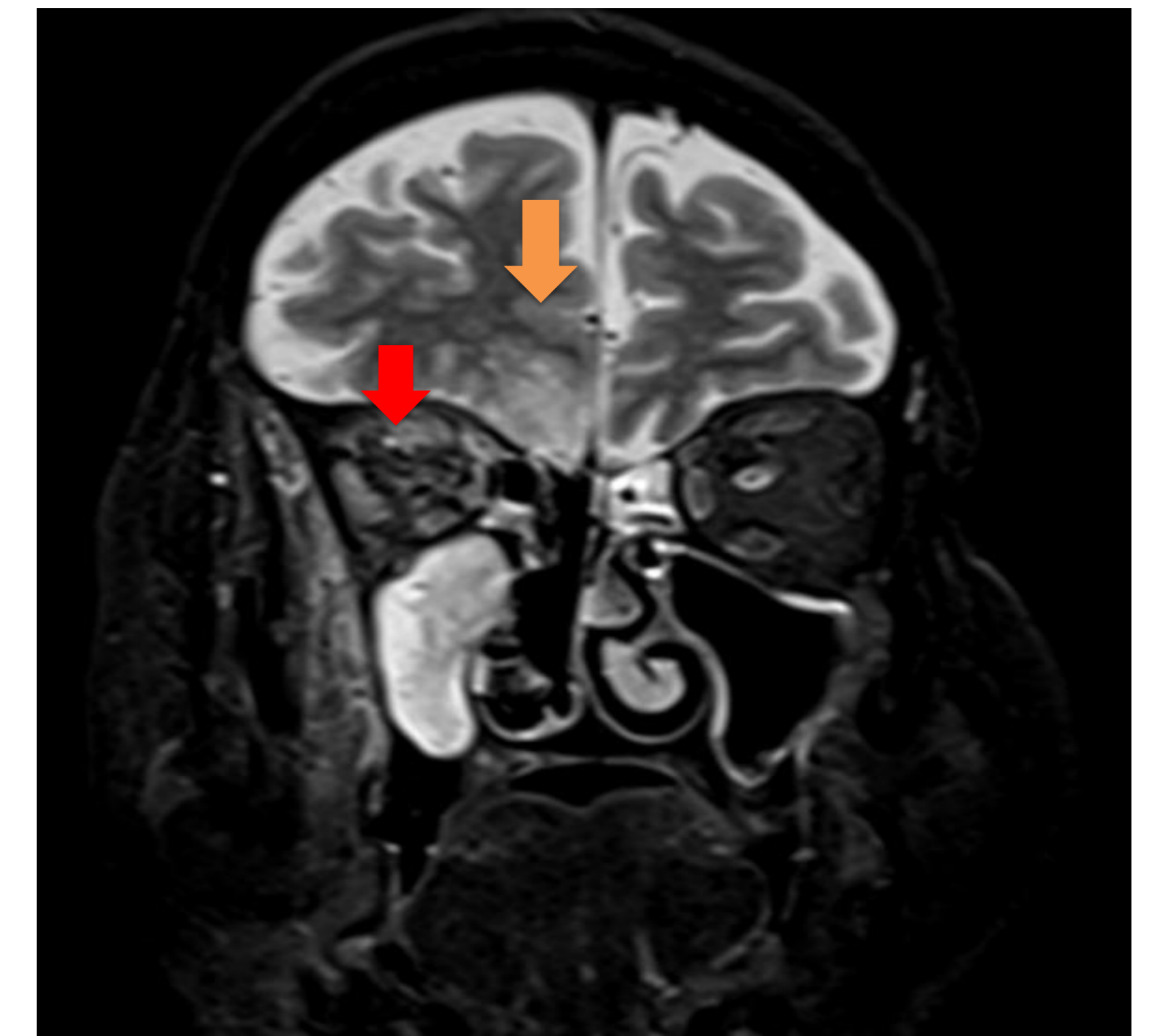
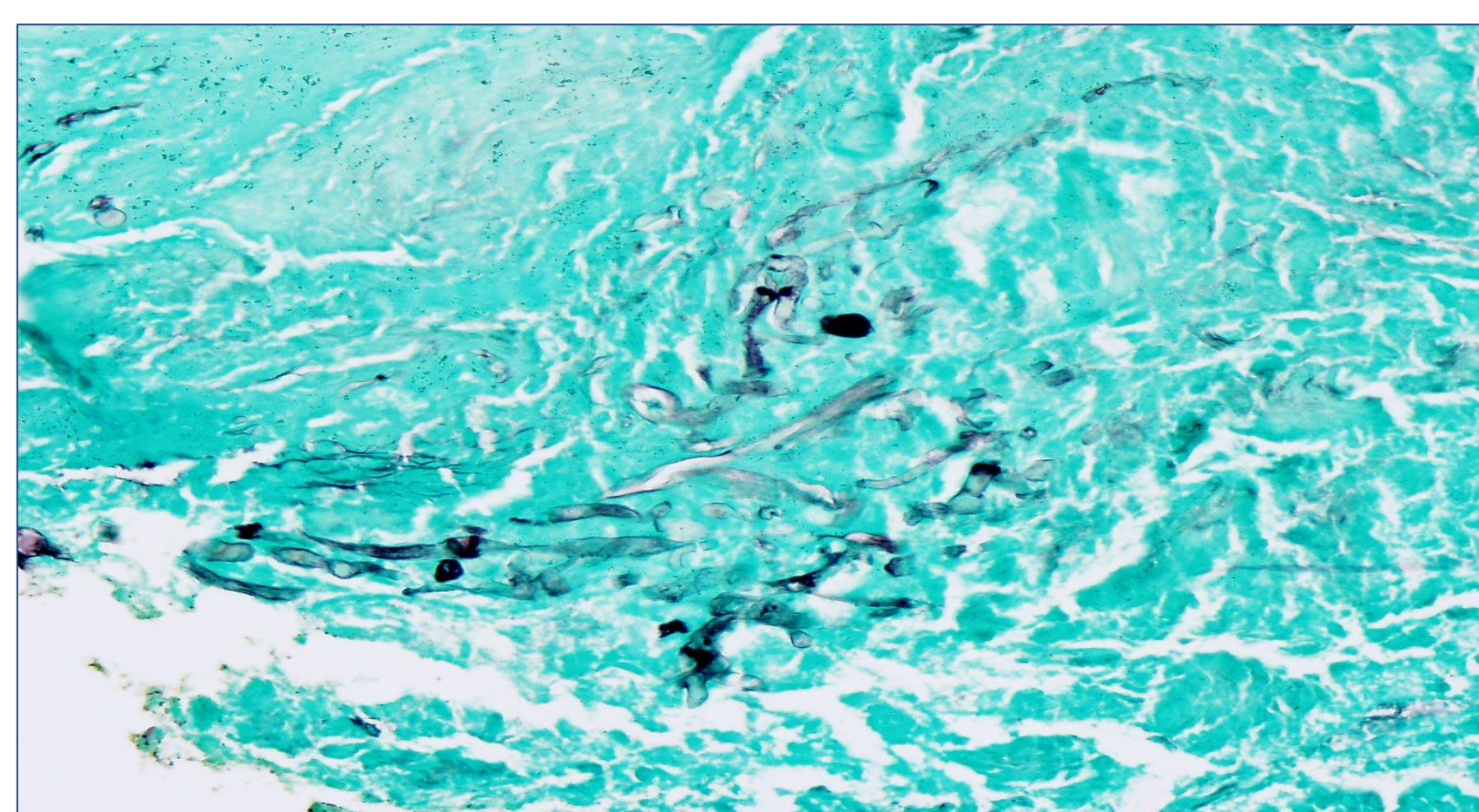
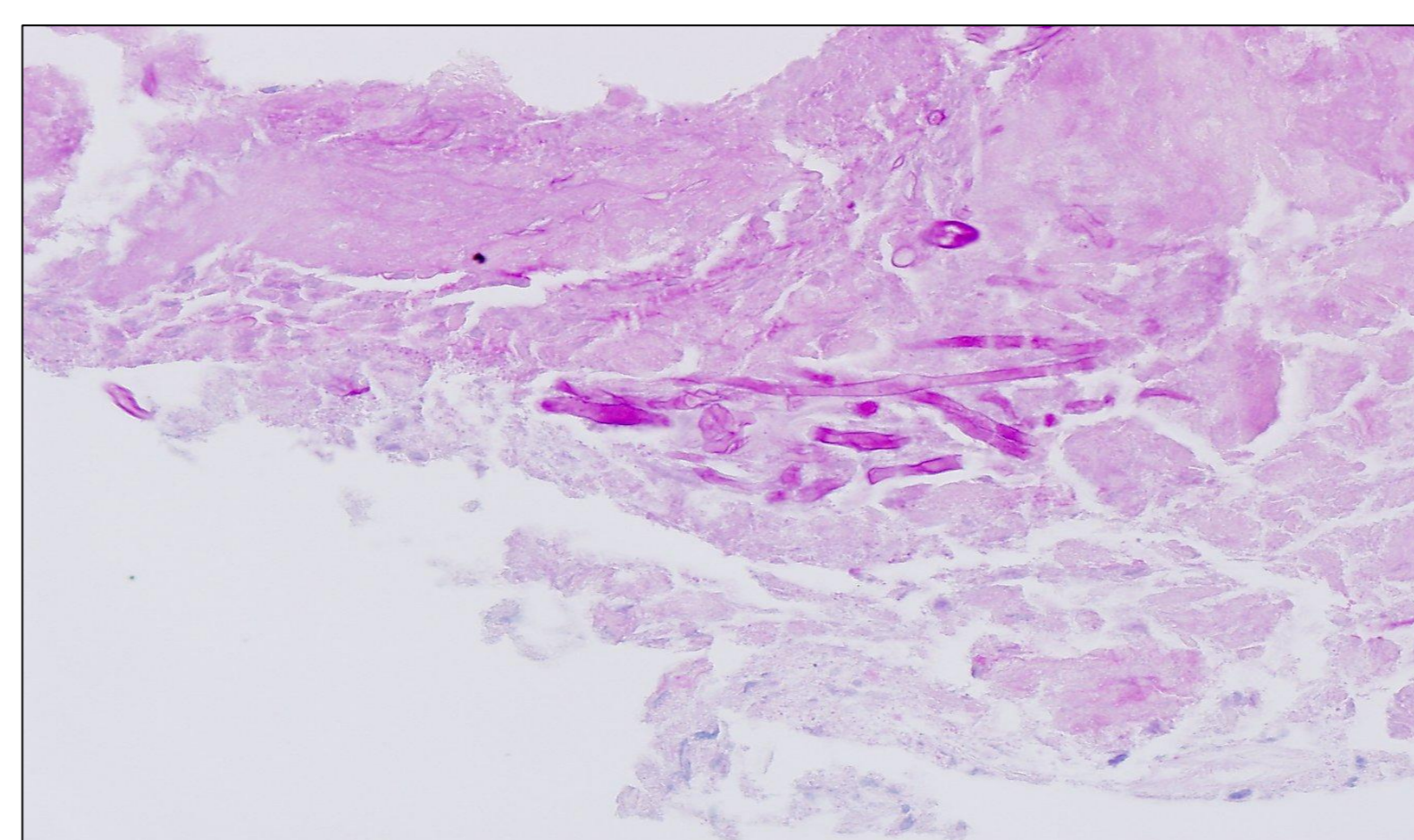


Imagem 4 – RM Cerebral (Coronal T2) - Sinais de turbinectomia e etmoidectomia. Inflamação e miosite do músculo recto superior (seta vermelha). Sinais de cerebrite fronto-basal direita (seta laranja).

Internado no serviço de Otorrinolaringologia tendo iniciado antibioterapia empírica com Ceftriaxone, Vancomicina e Metronidazol. Foi efetuada drenagem cirúrgica com colheita de amostras de tecido nasal. A histologia do epitélio nasal demonstrou a presença com doença fúngica por mucor tendo sido suspensa a antibioterapia e iniciada terapêutica antifúngica com Anfotericina B.



Estruturas fúngicas evidenciadas por coloração de Grocott numa ampliação de 100x.



Estruturas fúngicas evidenciadas por coloração de PAS-D numa ampliação de 100x.

- Observado por Endocrinologia com melhoria do controlo glicémico.
- Ao longo do internamento verificou-se deterioração clínica com progressão da infecção e iatrogenia do antifúngico.
- Posteriormente desenvolveu falência multiorgânica tendo falecido ao fim de 16 dias de internamento.

DISCUSSÃO

A relevância deste caso clínico reside na gravidade da patologia em contexto de descompensação glicémica e na pertinência da sua identificação célere de forma a melhorar o prognóstico. Assim, qualquer doente diabético com sinusite não bacteriana, independentemente do seu grau de controlo metabólico, deve instigar a suspeição clínica de mucormicose.