



Un inaspettato caso di Mucormicosi rino-orbitale-cerebrale in un paziente immunocompetente.

Pinchera B.¹, Ametrano L.¹, Buonomo A.R.¹, Zappulo E.¹, Viceconte G.¹, Lanzardo A.¹, Sardanelli A.¹, Strianese D.², Romano A.³, Costagliola C.², Gentile I.¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Divisione di Malattie Infettive, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

² Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Divisione di Oftalmologia, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

³ Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

INTRODUZIONE

La Mucormicosi rappresenta una patologia poco frequente ma con un'elevata morbilità e mortalità, nonché una letalità compresa tra il 40% e l'80%. Essa si presenta in genere in pazienti affetti da uno stato di immunocompromissione, in particolare, in pazienti con diabete. Presentiamo un inaspettato caso clinico di Mucormicosi rino-orbitale-cerebrale in soggetto immunocompetente senza fattori di rischio per tale condizione [1]

CASO CLINICO

Un soggetto maschio di anni 44 nel giugno 2021 veniva trasferito presso l'AOU Federico II di Napoli per cellulite periorbitaria in progressivo peggioramento clinico-laboratoristico, nonostante terapia antibiotica con Piperacillina/Tazobactam 4.5 g ogni 8 ore e Linezolid 600 mg ogni 12 ore, già in atto da 4 giorni ed impostata presso il nosocomio di provenienza. Due settimane prima, a seguito di intervento di estrazione dentaria, compariva edema dell'emivolto sinistro ed abbondante epifora in occhio omolaterale, accompagnati da dolore gravativo. Alla RMN encefalo-massiccio-facciale con mezzo di contrasto (mdc) si evidenziavano secrezioni flogistiche in orbita sinistra e nei seni mascellari bilateralmente (Figura 1, A).

Per perdita improvvisa del visus si procedeva a intervento di Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) sinistra con toilette del seno mascellare sinistro, rimozione di neoformazioni polipose e decompressione. Dato il peggioramento clinico-laboratoristico, all'ingresso si stabiliva di sostituire Piperacillina/Tazobactam con Meropenem 2 g ogni 8 ore, di proseguire Linezolid e iniziare terapia con Amfotericina B liposomiale a 5 mg/kg/die. La risposta è rapida con miglioramento dei sintomi, progressivo calo degli indici di flogosi e risposta strumentale. Si programmavano periodici interventi di drenaggio chirurgico periorbitario e dei seni mascellari, con avvio di indagini microbiologiche e istologiche per ricerca batteri e miceti.

La RMN a 3 settimane dalla precedente e a 7 giorni dal primo intervento evidenziava miglioramento della componente flogistica retroorbitaria, riduzione dell'esoftalmo e della compressione del nervo ottico interessato; persisteva ispessimento delle mucose e quota flogistica a carico del seno frontale sinistro. A circa 24 giorni dall'inizio della terapia antifungina l'esame istologico confermava la diagnosi di Mucormicosi: veniva sospesa l'antibiototerapia ed escluse le più comuni cause di immunodeficienza. Al 42° giorno di terapia compariva di nuovo febbre con rialzo degli indici di flogosi per cui si aumentava il dosaggio di Amfotericina B liposomiale a 7.5 mg/kg/die e si aggiungeva Isavuconazolo orale.

Con l'associazione si osservava una nuova risposta clinico-laboratoristica, defervescenza e miglioramento dei sintomi.

A 67 giorni dall'inizio della terapia antifungina compariva ipokaliemia scarsamente responsiva a terapia correttiva, nausea e vomito, per cui si stabiliva di sospendere l'Amfotericina B liposomiale e proseguire con Isavuconazolo orale, con stabilizzazione del quadro clinico-laboratoristico. Ad 84 giorni dall'inizio della terapia si dimetteva il paziente a domicilio con prosecuzione di isavuconazolo e follow-up ambulatoriali settimanali. A circa 105 giorni dall'inizio della terapia antifungina e a 21 giorni dalla dimissione ospedaliera, la RMN encefalo-massiccio-facciale con mdc evidenziava un'ulteriore riduzione del processo flogistico a carico dell'area orbitaria (Figura 1, B), indici di flogosi stabili e miglioramento della clinica. Il paziente proseguiva terapia con solo Isavuconazolo per os, rimanendo sotto stretto follow-up ambulatoriale.

CONCLUSIONI

Questo caso mostra la possibilità di una mucormicosi rino-orbitale-cerebrale in un soggetto giovane e immunocompetente, con quadro clinico comunque severo e rapidamente evolutivo. È fondamentale, quindi, porre il sospetto clinico di mucormicosi nella diagnostica differenziale dei processi flogistici a carico della regione periorbitaria anche in soggetti senza franchi fattori di rischio in modo da poter intervenire tempestivamente con terapia appropriata, data la rapida e progressiva azione distruttiva di Mucor.

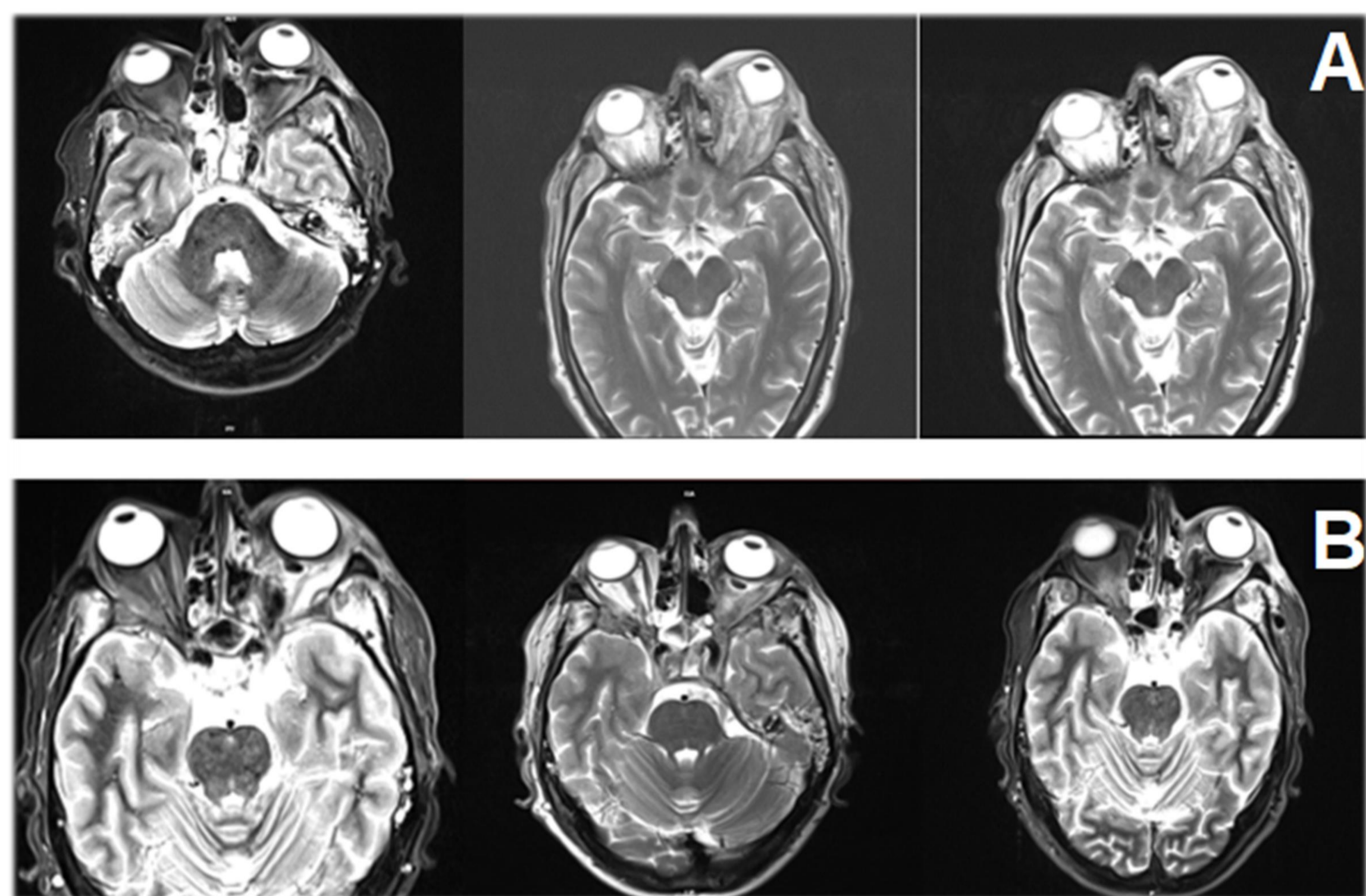


Figura 1. A) RMN encefalo-massiccio-facciale con mezzo di contrasto pre trattamento; B) RMN encefalo-massiccio-facciale con mezzo di contrasto post trattamento.

[1] Cornely OA, Alastruey-Izquierdo A, Arenz D, Chen SCA, Dannaoui E, Hochhegger B, Hoenigl M, Jensen HE, Lagrou K, Lewis RE, Mellings SC, Mer M, Pana ZD, Seidel D, Sheppard DC, Wahba R, Akova M, Alanio A, Al-Hatmi AMS, Arikan-Akdagli S, Badali H, Ben-Ami R, Bonifaz A, Bretagne S, Castagnola E, Chayakulkeeree M, Colombo AL, Corzo-León DE, Drgona L, Groll AH, Guinea J, Heussel CP, Ibrahim AS, Kanj SS, Klimko N, Lackner M, Lamoth F, Lanternier F, Lass-Floerl C, Lee DG, Lehrnbecher T, Lmimouni BE, Mares M, Maschmeyer G, Meis JF, Meletiadis J, Morrissey CO, Nucci M, Oladele R, Pagano L, Pasqualotto A, Patel A, Racil Z, Richardson M, Roilides E, Ruhnke M, Seyedmousavi S, Sidharthan N, Singh N, Sinko J, Skiada A, Slavin M, Soman R, Spellberg B, Steinbach W, Tan BH, Ullmann AJ, Vehreschild JJ, Vehreschild MJGT, Walsh TJ, White PL, Wiederhold NP, Zaoutis T, Chakrabarti A; Mucormycosis ECMM MSG Global Guideline Writing Group. Global guideline for the diagnosis and management of mucormycosis: an initiative of the European Confederation of Medical Mycology in cooperation with the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Lancet Infect Dis.* 2019 Dec;19(12):e405-e421. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30312-3. Epub 2019 Nov 5. PMID: 31699664; PMCID: PMC8559573.