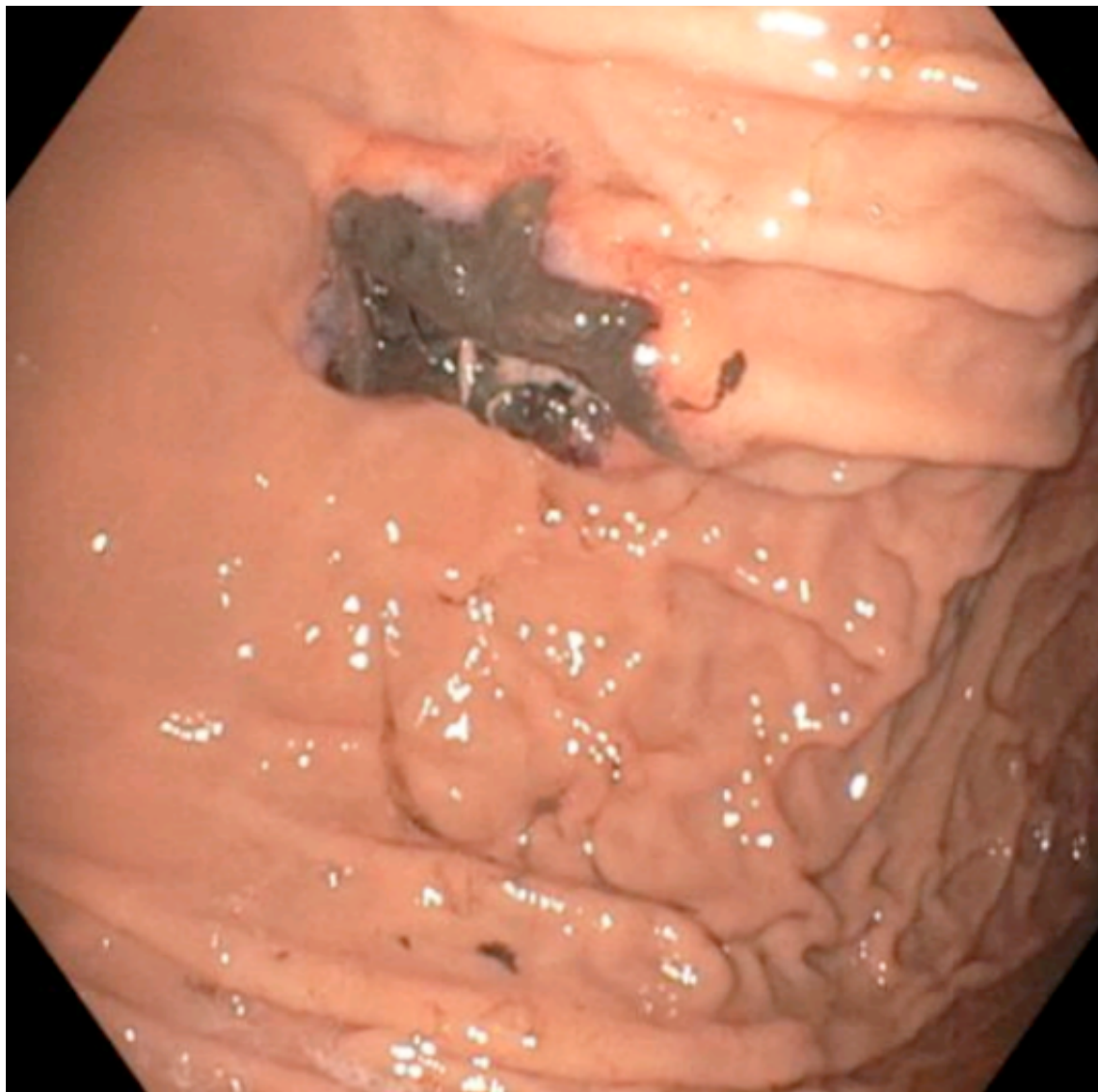
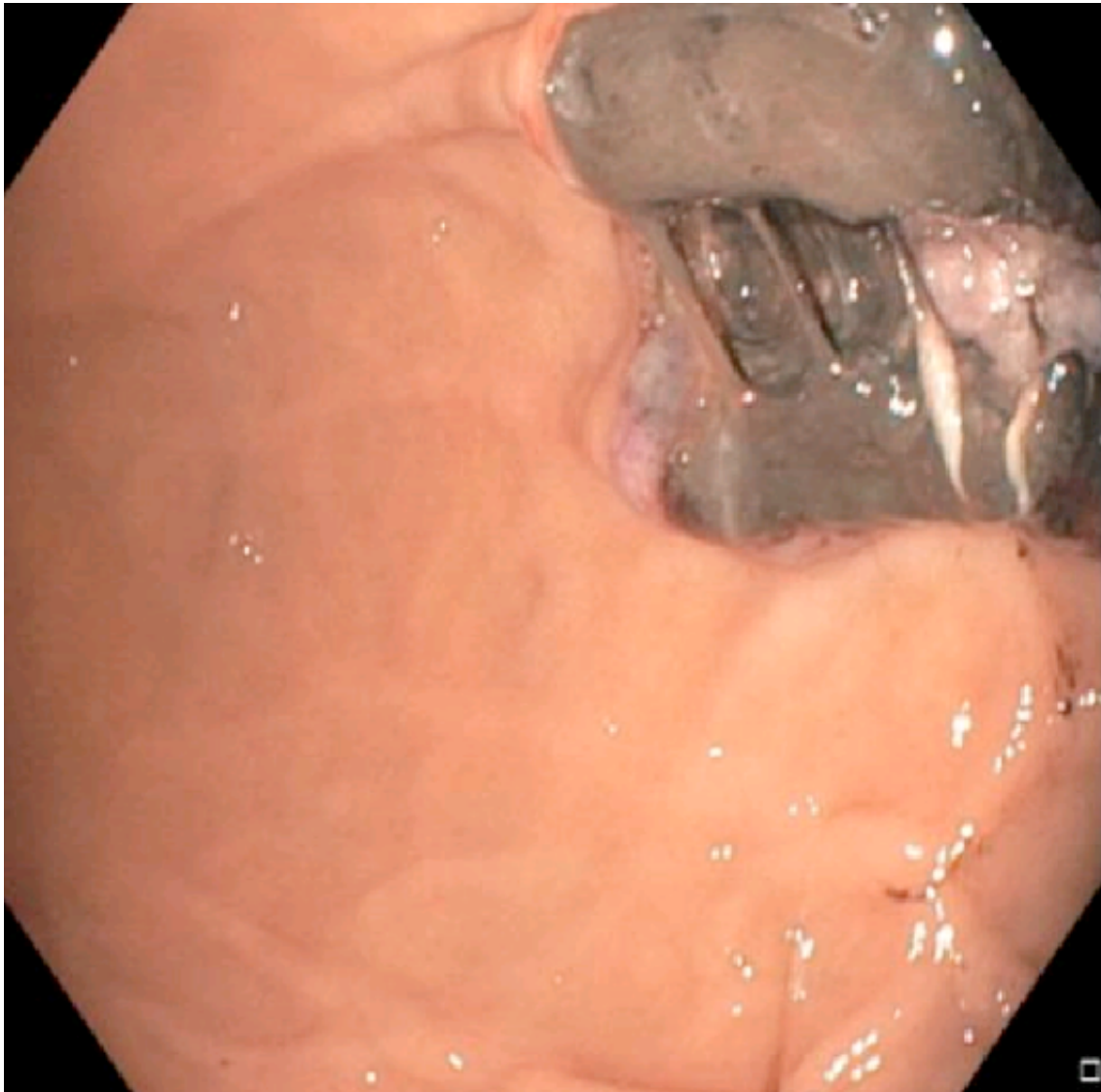
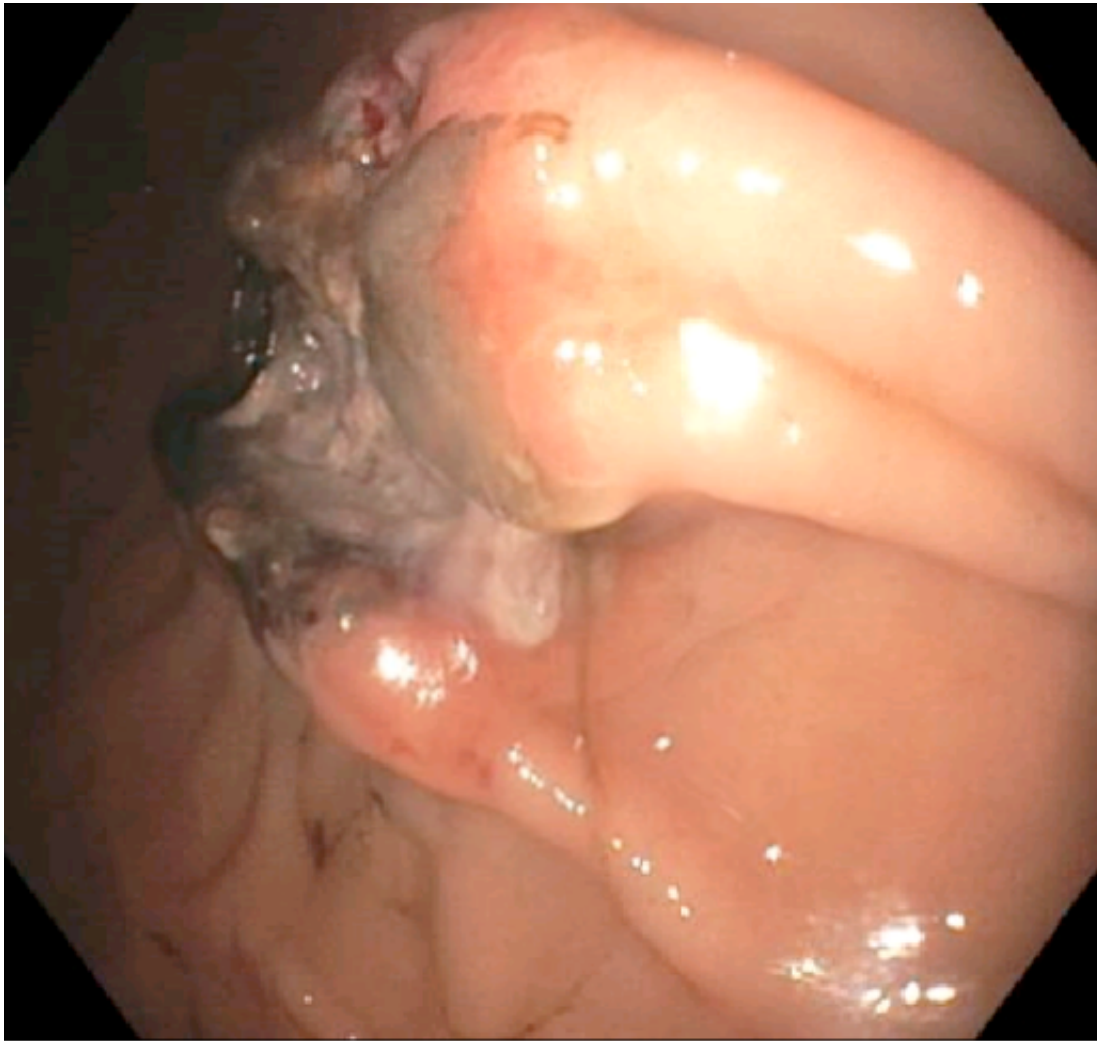


Paciente, masculino, 62 anos, sem comorbidades, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo (PAF) em membro superior direito e hemitórax, submetido a toracotomia direita e laparotomia com raias diafragmática e hepática, sem intercorrências. Evoluiu com episódios de vômitos com rajadas de sangue no pós operatório, sendo realizada endoscopia para investigação diagnóstica.

Identificadas a seguintes imagens:



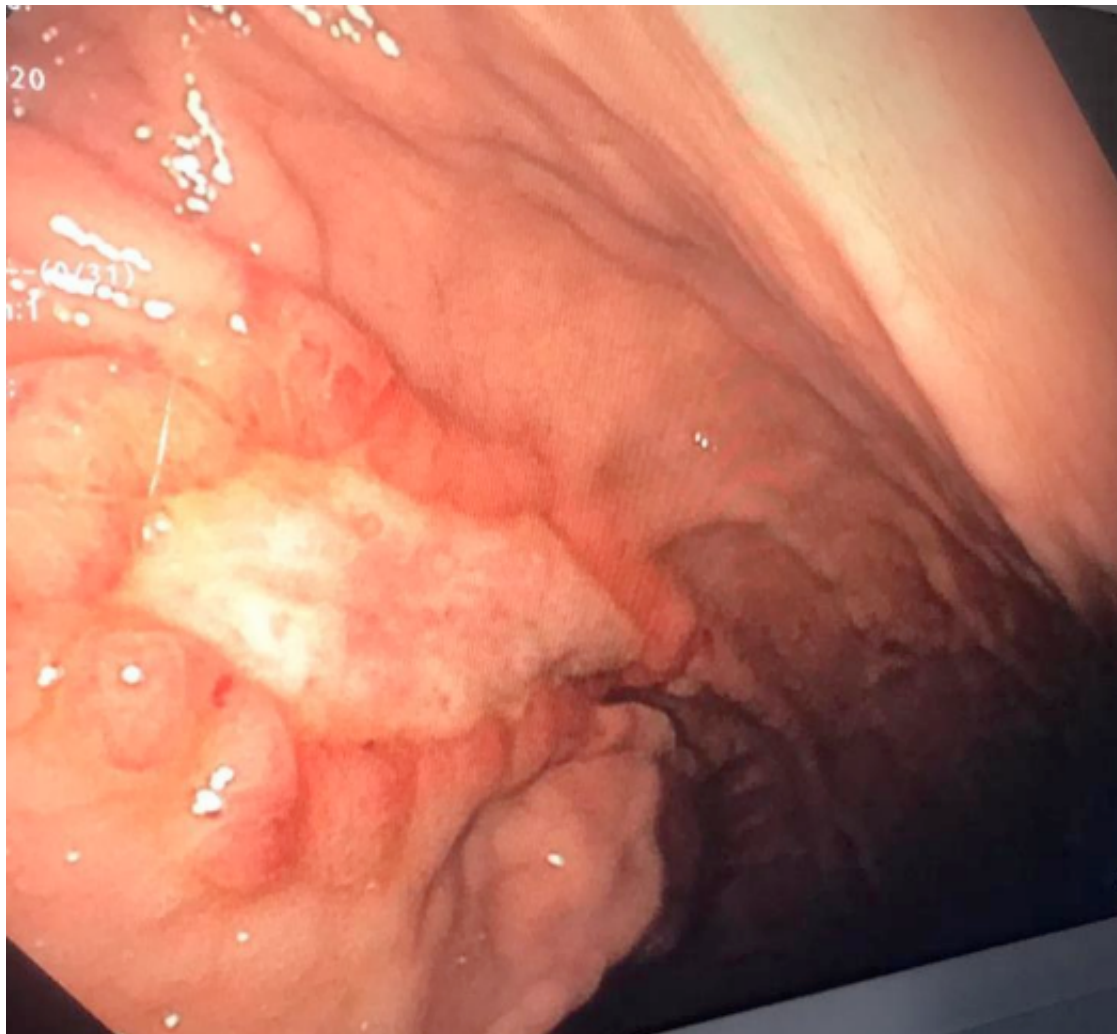






Realizadas biópsias, que evidenciaram numerosas hifas fúngicas sugestivas de Mucormicose.

Introduzido Anfotericina B lipossomal e, após seis dias, foi realizada cirurgia para ressecção em cunha da lesão. Foi feita uma endoscopia intra operatória, que revelou considerável melhora no aspecto da lesão.





Revisão

A mucormicose é uma infecção fúngica oportunista, potencialmente fatal, causada por fungos da ordem *Mucorales*. Ocorre mais comumente em pacientes imunocomprometidos, como em diabéticos descompensados (principal fator de risco), queimados, desnutridos, com neoplasias hematológicas, transplantados, em uso de corticoesteroides, com insuficiência renal, uso de antifúngicos, terapia com desferroxamina, antibioticoterapia de amplo espectro, consumo de drogas intravenosas e ruptura cutânea traumática, como na perfuração por arma de fogo. No entanto, nos últimos anos, a doença também tem sido cada vez mais descrita em pacientes imunocompetentes.

Sua apresentação clínica é heterogênea, variando de acordo com o sítio da infecção. As formas mais frequentes são: seios da face (39%), pulmonar (24%), cutâneo (19%), cerebral (9%), gastrointestinal (7%), disseminada (3%) e renal (2%).

A mucormicose gastrointestinal é rara, e as manifestações variam desde a colonização de úlceras pépticas à doença infiltrativa com invasão e disseminação vascular. No envolvimento gastrointestinal, o órgão mais frequentemente comprometido é o estômago (58%), seguido pelo cólon (32%), intestino delgado e esôfago. Acarreta uma taxa de mortalidade significativa, alcançando até 85%, isto devido ao atraso no

diagnóstico e a complicações como perfuração e sangramento maciço. À endoscopia, geralmente pode-se observar úlcera solitária ou múltiplas, recobertas por tecido necrótico. O diagnóstico é confirmado histopatologicamente com base na biópsia da área suspeita durante cirurgia ou endoscopia.

Ainda não está claro como os *Mucorales* colonizam e invadem o trato gastrointestinal, mas alguns autores sugerem a ingestão de alimentos como leite fermentado, produtos de panificação e mingaus fermentados, bebidas alcoólicas preparadas do milho, medicamentos fitoterápicos e homeopáticos contendo esporos desse patógeno.

O manejo bem-sucedido da mucormicose inclui suporte metabólico agressivo, terapia antifúngica com anfotericina B ou posaconazol e desbridamento cirúrgico de todos os tecidos envolvidos com necrose. A duração do tratamento é individualizada, mas geralmente é mantida por 4 a 6 semanas.

Como citar este artigo:

Medrado B. Caso Clínico – Mucormicose gástrica. Endoscopia Terapêutica; 2021. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/casosclinicos/caso-clinico-mucormicose-gastrica/>

Referências bibliográficas:

1. Abreu, BFBB et al. A rare case of gastric mucormycosis in an immunocompetent patient. Rev Soc Bras Med Trop 51(3):401-402, May-June, 2018.
2. Kaur, H, et al. Gastrointestinal mucormycosis in apparently immunocompetent hosts—A review. Mycoses. May 2018.
3. Spellberg, B, et al. Gastrointestinal Mucormycosis: An Evolving

Acesse o [Endoscopia Terapêutica](#) para tomar contato com mais [artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos](#)

[clínicos](#), [quizzes](#), [classificações](#) e mais!



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**