

## Infectología

## Infectology

## I-1

**BACTERIEMIA POR ACINETOBACTER IWOFFII: INFECCIÓN ATÍPICA**

**VELASCO CASTRO JULIO CÉSAR, ROJAS FAURA ANA MARIA, GALAN LOZANO JUAN DAVID, GARCIA AGUDELO LORENA, SOTABAN PIRABAN LUZ NELBA**

*Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.*

**Introducción.** El género *Acinetobacter* forma parte de la familia *Moraxellaceae*, es un cocobacilo, aerobio, gramnegativo, no fermentador, con amplio espectro de multirresistencia a los antimicrobianos, comensal de la orofaringe, la piel y algunos productos alimenticios; Entre las 50 especies existentes, seis son patógenas (*A. baumannii*, *A. calcoaceticus*, *A. haemolyticus*, *A. schindleri*, *A. iwoffii* y *A. ursingii*), comúnmente responsables de infecciones en inmunosuprimidos y nosocomiales.

**Caso clínico.** Hombre de 45 años, previamente sano, consulta por fiebre, escalofrío y cefalea posterior a lesión por objeto corto punzante, mientras realizaba actividades de ganadería, se confirmó bacteriemia por *Acinetobacter iwoffii* como agente causal. Recibió manejo con betalactámico asociado a inhibidor de betalactamasas según el informe de sensibilidad, posteriormente egreso con cubrimiento antibiótico ambulatorio con respuesta clínica exitosa al tratamiento.

**Discusión.** El *Acinetobacter* ha tomado en las últimas décadas alta importancia debido a su capacidad de desarrollar patrones de multirresistencia a los antibióticos y sobrevivir ambientes altamente hostiles, convirtiéndolo, en una causa potencial de infecciones nosocomiales y brotes hospitalarios intermitentes. El mecanismo de virulencia principal está asociado al menor número y tamaño de porinas presentes en la membrana externa, favoreciendo una baja difusión de los antimicrobianos, es causante de mortalidad aproximada en un 50% y que hay un valor emergente agregado a las cepas menos comunes como *A. iwoffii* por el desarrollo de resistencias a los antibióticos disponibles.

**Conclusiones.** En este reporte de caso resaltamos la importancia de las prácticas seguras mediante el uso de elementos de bioseguridad durante las actividades de ganadería (castración) debido a los posibles mecanismos de transmisión de microorganismos altamente patógenos y resistentes a los antibióticos cuando existen eventos inesperados.



## I-2

**OSTEOMIELITIS DEL PIE DIABÉTICO POR PROTEUS HAUSERI.  
INFECCIÓN INFRECUENTE**

**VELASCO CASTRO JULIO CÉSAR, SOTABAN PIRABAN LUZ NELBA,  
GARCÍA AGUDELO LORENA, VARGAS RODRÍGUEZ LEDMAR  
JOVANNY, GALÁN LOZANO JUAN DAVID**

*Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.*

**Introducción.** El género *proteus spp.* de la familia *enterobacteriaceae*, bacilo gramnegativo facultativo, oportunista, comensal de las vías urinarias e intestino de mamíferos, puede encontrarse distribuida en el suelo y aguas contaminadas. Existen 8 especies *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *P. penneri*, *P. hauseri*, *P. myxofaciens* y las *genomoespecies* 4, 5 y 6, responsables de infecciones como pielonefritis, gastroenteritis, septicemias y raramente osteomielitis.

**Reporte de caso.** Se presenta, hombre de 44 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que consultó por cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en lesión ulcerada con secreción seropurulenta fétida en primer dedo del pie izquierdo, fiebre no cuantificada y vómito. Se realizaron estudios que confirmaron osteomielitis y celulitis abscedada de pie y pierna izquierda por *proteus hauseri* como agente causal, recibió manejo de acuerdo a antibiograma con piperacilina tazobactam 4,5 gr IV cada 6 horas y linezolid 600 mg IV cada 12 horas, sin mejoría por lo que requirió amputación supracondílea de fémur izquierdo, posteriormente con cifras de glucosa en metas, modulación del dolor, es dado de alta a los 20 días, con manejo ambulatorio y seguimiento por equipo multidisciplinario.

**Discusión.** Este microorganismo representa un riesgo para el sistema de salud, por su distribución en el agua contaminada, suelo o tierra funcionando como fuente de reservorio de esta bacteria, *Proteus hauseri*, es altamente infrecuente produciendo infecciones en los humanos, existe literatura relacionada a los géneros *proteus* diferentes a *P. hauseri*, siendo *P. mirabilis* la especie principal, se han descrito pocos reportes de casos de osteomielitis por *P. mirabilis* incluso por mecanismos de diseminación y anatómicos desconocidos.

**Conclusiones.** Existen limitaciones para conocer la patogenicidad que posee *P. hauseri* por la escasa literatura existente. Esta especie actúa como oportunista en pacientes con inmunocompromiso, no hay casos reportados en el mundo ni en nuestra institución.



## I-3

### MELIOIDOSIS ENFERMEDAD POCO CONOCIDA, PERO CON ALTAS TASAS DE LETALIDAD. REPORTE DE CASO EN COLOMBIA

**ESPINOSA GÓMEZ KATHERINNE ISABEL, CAÑAVERA GÓMEZ MASSIEL KARINA, BERNAL GARCÍA EDGAR AUGUSTO**

*Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). Floridablanca, Colombia.  
Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La Melioidosis es una enfermedad infecciosa causada por *Burkholderia pseudomallei*, bacteria gram negativa saprófita, el diagnóstico puede ser difícil debido a su variada presentación clínica, conocida por ser endémica en países del sudeste asiático y Australia, con reportes de casos en América.

**Material, métodos y resultados.** Se presenta caso clínico, mujer de 48 años con antecedente de diabetes tipo 2 e infección leve por COVID-19 1 mes previo al cuadro actual. Consulta a otra institución por dolor torácico izquierdo y fiebre, diagnóstico de neumonía lóbulo superior izquierdo, tratamiento intrahospitalario desconocido por 5 días. 2 días posterior al egreso consulta a nuestra institución por tos productiva purulenta, ocasionalmente hemoptoica, fiebre, dolor en miembro inferior izquierdo, desde hace 2 días sintomatología urinaria irritativa. Al examen físico puño percusión bilateral positiva, miembro inferior izquierdo en flexión con dolor proximal a la movilización. Elevación de reactantes de fase aguda, leucocituria y hematuria, Tomografía de tórax con caverna a nivel de LSI y línula, Resonancia de cadera con osteomielitis femoral izquierda, múltiples colecciones que compromete fascia, aductor, vasto, obturador externo. Urocultivo, hemocultivos y cultivo de colecciones con aislamiento de *Burkholderia Pseudomallei*. Recibió tratamiento con meropenem por 14 días y desbridamiento quirúrgico, con posterior mejoría clínica, paraclínica y egreso, seguido de terapia de erradicación con trimetoprim-sulfametoxazol por 6 meses.

**Conclusiones.** En nuestra región no es una enfermedad de interés en salud pública debido a la baja incidencia, pero debe ser sospechada en paciente con factores de riesgo (Diabetes, mayor 45 años) con clínica sugestiva de infección por *Burkholderia Pseudomallei*, principalmente en zonas de la costa caribe en donde se han reportado algunos casos, con inicio temprano de terapia antibiótica intensiva con B-Lactámicos debido a su alta tasa de letalidad, seguido de terapia de erradicación dado recurrencia hasta en el 25% de los casos.



## I-4

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BOGOTÁ EN FASE PANDÉMICA DEL AÑO 2020**

**RODRÍGUEZ-GUTIÉRREZ ANDRÉS, MORANTES JAIRO, APONTE WILMER, PUENTES GEAN, GARCÍA MANUEL, CASTAÑEDA JESUS, TAFUR ARANZA, PEREZ MARÍA, SERRANO GISSELLE**

*Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Las clínica de la COVID-19 se ha descrito en poblaciones asiática, europea y norteamericana. En latinoamérica y ciudades en altura aún hay vacíos en su caracterización. El presente estudio describe la COVID-19 en pacientes hospitalizados en una ciudad en altura de Colombia.

**Diseño y metodología.** Estudio de corte transversal retrospectivo de pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 con hipoxemia en un hospital de Bogotá. Se recolectaron hitos cronológicos y diferentes características clínicas y paraclínicas. Se realizó la estadística descriptiva para toda la muestra y según el desenlace primario de muerte o compuesto (ingreso a UCI, ventilación mecánica invasiva o muerte). Se realizó un análisis bivariable exploratorio.

**Resultados.** Se incluyeron 193 pacientes; 72.2% hombres, media de edad 57 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (35.6%) y diabetes mellitus (21.4%). Mediana de tiempo desde inicio de síntomas para consultar de 7 días y para ingreso a UCI de 9. Los síntomas más frecuentes fueron tos y disnea. Entre los fallecidos se observaron mayores niveles de la LDH, dímero D, PCR, ferritina y linfopenia. El tiempo de consulta, la fiebre intrahospitalaria y el gradiente alveoloarterial de oxígeno fueron mayores en los pacientes con peores desenlaces. El 43.7% de los pacientes ingresó a UCI. El 15.4% fallecieron.

**Discusión y conclusiones.** La historia natural de la COVID-19 grave y sus características clínicas en pacientes en una ciudad en altura latinoamericana es similar a otras latitudes, alturas y grupos étnicos. Se hipotetizan como marcadores de gravedad el tiempo entre inicio de síntomas y la consulta, la fiebre intrahospitalaria y el gradiente alveoloarterial de oxígeno, a plantearse en estudios a futuro.



## I-5

### CO-INFECCION POR CRIPTOCOCOSIS, SIFILIS Y COVID-19 EN PACIENTE CON VIH/SIDA: LOS CUATRO JINETES DEL APOCALIPSIS. REPORTE DE CASO

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, HERRERA CAVIEDES LEIDY VIVIANA, ORTIZ MARTÍNEZ YEIMER STIVEN

*Universidad Industrial de Santander UIS, Hospital Universitario de Santander HUS. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** A pesar de la terapia antirretroviral, la infección por VIH continúa siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en poblaciones de riesgo (migrantes, presidiarios, etc.). Es especialmente importante destacar el riesgo aumentado que tienen de coinfección con patógenos; esto ha cobrado especial importancia durante la pandemia COVID-19, donde la infección por SARS-Cov-2 ha impactado negativamente en la evolución de estos pacientes, dado el sinergismo con otros oportunistas. Hay que destacar que la vacunación contra SARS-Cov-2 ha sido especialmente importante en pacientes especiales, como lo es el paciente con infección por VIH/SIDA.

**Objetivo.** Exponer el caso de un paciente con VIH/SIDA que padece coinfección por dos oportunistas en sinergismo con COVID-19.

**Descripción del caso.** Paciente masculino de 28 años; en condición de migrante; antecedente de promiscuidad, y consumo de cigarrillo, cannabis y alcohol; inmunizado con dos dosis contra SARS-Cov-2; sin antecedentes patológicos, quien consulta por 7 días de cefalea con signos de bandeja roja; durante su observación inicial presenta síndrome convulsivo, sin focalización, pero con somnolencia y desorientación; TAC de cráneo simple evidenció isquemia aguda ganglio basal izquierda; punción lumbar con presión de apertura elevada y positividad para *Cryptococcus* y sífilis; VIH fue confirmado por ELISA de 4ª generación, y tamizaje con antígeno para SARS-Cov-2 (Covid-19) fue positivo. Hemocultivos fueron positivos para *C. neoformans*. En el transcurso de su hospitalización sin respuesta al manejo antibiótico y antifúngico, en estatus epiléptico, con deterioro neurológico progresivo, y requiriendo ventilación mecánica invasiva. Posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a maniobras de reanimación, por lo que finalmente fallece.

**Conclusiones.** La infección por VIH/SIDA conlleva una gran morbimortalidad especialmente por la coinfección en muchos de los casos por 2 o más oportunistas; condición que durante la pandemia COVID-19 se vio agravada por la coinfección con SARS-Cov-2.

**Palabras clave.** Criptococosis, sífilis, covid 19, VIH, SIDA.



## I-6

### TROMBOEMBOLISMO CORONARIO COMO DEBUT DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 (COVID-19). REPORTE DE CASO

**VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARIANA GIULIANA, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARÍA LUISA, AGUDELO VALENCIA MARCO RODRIGO, ROPERO GUTIÉRREZ URIEL, JAIMES HERNÁNDEZ LAURA XIMENA, SALCEDO PEDRAZA JUAN SEBASTIÁN**

*Fundación Cardiovascular de Colombia FCV. Floridablanca, Colombia.*

**Introducción.** La infección por COVID-19 produce un estado procoagulante debido a estimulación excesiva del sistema inmune desencadenando una cascada de citosinas que ocasionan daño en el sistema macrovascular por lo que se genera una actividad en el sistema de coagulación, siendo también descrito otros factores como la hipoxia que desencadena proteínas que contribuyen al mantenimiento de la homeostasis favoreciendo un estado procoagulante en pacientes con COVID-19.

**Objetivo.** Describir un caso clínico de tromboembolismo coronario asociado a infección por COVID-19.

**Descripción del caso.** Hombre de 71 años con antecedente de hipertensión arterial, consumo de cigarrillo, quien presenta dolor torácico típico, acompañado de tos, con electrocardiograma sin cambios dinámicos del segmento ST, pero con troponinas positivas; se llevó a arteriografía coronaria documentando evento tromboembólico coronario en descendente anterior distal; realizando tromboaspiración más angioplastia con balón. Durante su estancia en la unidad coronaria llamo la atención el hallazgo en arteriografía coronaria, por lo cual se iniciaron estudios procoagulantes, dentro de los cuales prueba molecular SARS-CoV-2 fue positiva, en presencia de vidrio esmerilado en radiografía de tórax y confirmado por TACAR de tórax. Se consideró estado de hipercoagulabilidad relacionado a infección por COVID-19, por lo cual se indicó manejo anticoagulante con warfarina. Tuvo buena evolución, sin complicaciones, con posterior egreso.

**Conclusiones.** La infección por COVID-19 promueve un estado procoagulante que puede llevar a la formación de trombos incluso en el sistema coronario y desencadenar así un infarto agudo de miocardio.



## I-7

**NEUMONÍA NECROSANTE POR *STREPTOCOCCUS ANGINOSUS* SECUNDARIA A BRONCOASPIRACIÓN COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE SLEEVE GÁSTRICO**

**ESCORCIA GARCÍA CLARA LUCÍA, GONZÁLEZ VELÁSQUEZ MIGUEL, GUTIÉRREZ BOLAÑOS JOHANN, MONTOYA ROLDÁN DANIEL**

*Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Antioquia.*

**Introducción:** la cirugía bariátrica se identificó como factor de riesgo para el desarrollo de neumonía necrosante, principalmente por reflujo gastroesofágico. El grupo *Streptococcus anginosus* (SGA) hace parte de la flora del tracto gastrointestinal y es una causa poco frecuente de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Reporte de caso:** mujer de 33 años con antecedente de sleeve gástrico. Consulta por 2 meses de tos seca y dolor en hombro derecho. Radiografía de tórax: opacidades basales bilaterales con derrame izquierdo. Diagnóstico de NAC, se inicia ceftriaxona 2 g/día IV. Evolución tórpida. TAC de tórax: neumonía necrosante en lóbulo inferior izquierdo. Se inició piperacilina/tazobactam 4.5 g/8 horas IV y vancomicina 1.2 g/12 horas IV. Decorticación pulmonar y pleurectomía parietal con lóculos fibrinopurulentos y absceso pulmonar roto. Cultivo de tejido pulmonar: *S. anginosus*. Se modificó terapia a ampicilina 2 g/4 horas. Sin mejoría. Segunda pleurectomía parietal con colecciones purulentas localizadas mediastinales y basales. Inician clindamicina 600 mg/8 horas IV con posterior defervescencia y desmonte de oxígeno. Patología de pulmón: exudado purulento y en medio de estos, restos de fibra de origen vegetal (broncoaspiración).

**Discusión:** las infecciones pulmonares por SGA se dan por aspiración de secreciones orales, por lo que patologías asociadas a broncoaspiración se han identificado como factor de riesgo. El hecho de que la infección se desarrolle tras un episodio de aspiración favorece el desarrollo de infecciones polimicrobianas, con bacterias anaerobias, factor determinante para el desarrollo de infecciones por SGA. La cirugía bariátrica favorece el desarrollo de reflujo gastroesofágico que, a su vez, puede favorecer el desarrollo de infecciones pulmonares por broncoaspiración, como es el caso de la paciente, quien no tenía otros factores de riesgo para desarrollar este tipo de infecciones.

**Conclusión:** es importante reconocer la cirugía bariátrica como factor de riesgo para el desarrollo de infecciones pulmonares necrosantes.



## I-8

**ABSCESO CEREBRAL POR *BACILLUS CEREUS* TRATADO CON ANTIBIÓTICOS EN PACIENTE CON NEUTROPENIA PROFUNDA**

**AMARILLO MICHAEL, SANCHEZ HERNAN STIBEN,  
MONTROYA PABLO**

*Universidad Cooperativa de Colombia. Clínica Sagrado Corazón. Medellín, Colombia.*

**Introducción.** *Bacillus cereus* pertenece al filo firmicutes, es una bacteria gram positiva frecuentemente asociada con gastroenteritis mediada por toxinas; en pacientes inmunosuprimidos ha emergido como responsable de serias infecciones oportunistas.

**Métodos.** Estudio descriptivo tipo reporte de caso.

**Resultados.** Hombre de 40 años con síndrome mielodisplásico riesgo intermedio IPSS 1 en manejo con azacitidina. Admitido a urgencias 9 días después de primer ciclo por 3 días de fiebre, cefalea y diaforesis, al examen físico sin hallazgos neurológicos anormales. Paraclínicos proteína C reactiva 14 mg/dL, Hemoglobina 8.2g/dL, plaquetas 5000, leucocitos 995 cels/u, neutrófilos 4 cels/u. Dos días después de su admisión presenta parálisis facial izquierda. Tomografía de cráneo simple sin hallazgos patológicos, se realizó resonancia magnética contrastada de cerebro que reporta absceso único en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo hacia línea media y región posterior de 0.7 cm con efecto de masa y edema vasogénico. 3/3 hemocultivos reportaron *Bacillus cereus*. Se ajustó manejo con ceftriaxona 2 gramos cada 12 horas más vancomina 1 gramo cada 12 horas y glucocorticoide por edema vasogénico. El paciente presentó mejoría clínica y los hemocultivos demostraron depuración de la bacteriemia. Se dio alta con medicina domiciliaria y antibiótico por 6 semanas, 1 mes después se realizó resonancia control que demostró resolución del absceso cerebral.

**Conclusión.** La infección por *B. cereus* en sistema nervioso central es infrecuente, los pacientes con neoplasias hematológicas son un grupo conocido de individuos susceptibles a la infección. Existen reportes de tratamiento solo con manejo antibiótico que han resultado en la curación de la infección, sin necesitar intervenciones quirúrgicas que pueden condicionar mayor morbi-mortalidad.





## I-9

### BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER DE HEMODIALISIS POR *CORYNEBACTERIUM ULCERANS*

**AMARILLO MICHAEL, SANCHEZ HERNAN STIBEN**

*Universidad Cooperativa de Colombia. Hospital General de Medellín, Colombia.*

**Introducción.** *Corynebacterium ulcerans* es un bacilo gram positivo del grupo *C. diphtheriae* que ha sido descrito como patógeno de animales domésticos. En los últimos años se ha reportado un aumento de casos de enfermedad en el ser humano con características clínicas similares a la difteria.

**Métodos.** Estudio descriptivo tipo reporte de caso.

**Resultados.** Mujer de 39 años con antecedente de enfermedad renal crónica en terapia de remplazo renal secundario a nefritis lúpica, manejo ambulatorio con prednisolona 5 mg al día y soporte dialítico por catéter femoral 3 veces a la semana. Desde hace 2 años con catéter permanente yugular interno derecho disfuncional, no retirado previamente por trombosis de la punta del catéter. Ingresa a la institución por cuadro de 20 días de evolución de fiebre y disfunción de acceso venoso femoral; sin evidencia de lesiones en piel, mucosas o tracto respiratorio. Se logró retiro de catéteres disfuncionales y colocación de nuevo acceso vascular para continuar soporte renal. Hemocultivos tomados al ingreso 3/3 positivos a las 36 horas para bacilos gram positivos, con MALDI-TOF positivo para *Corynebacterium ulcerans*. Se inició manejo con vancomicina 500mg intravenoso cada 24 horas. 72 horas después del inicio de antibiótico con persistencia de síndrome febril por lo que se realizó nuevo set de hemocultivos y MALDI-TOF que fueron nuevamente positivos para *C. ulcerans*. Se adicionó manejo con Imipenem 500mg cada 12 horas con lo cual la paciente presentó mejoría clínica, resolución del síndrome febril y depuración de bacteriemia. Se completó 6 semanas de tratamiento antibiótico intrahospitalario y se dio egreso a la paciente.

**Conclusión.** La infección por *C. ulcerans* es una infección poco frecuente, su aislamiento en hemocultivos ha sido pocas veces documentada. Los pacientes en estado de inmunosupresión son susceptibles a presentaciones atípicas y potencialmente mortales como la bacteriemia.



## I-10

### OSTEOMIELITIS POR PARACOCIDIODOMICOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

**BADILLO MOJICA SILVIA ALEJANDRA, LÓPEZ ALDANA JAIRO ENRIQUE, URIBE RODRÍGUEZ LUIS GUILLERMO**

*Los Comuneros Hospital Universitario, Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La osteomielitis, es una inflamación del tejido óseo causada por un agente infeccioso, entre los agentes más comúnmente asociados se encuentra el *Staphylococcus aureus* y el *Staphylococcus epidermidis*, en algunos casos, sobre todo cuando hay algún tipo de compromiso del sistema inmunitario, los agentes implicados pueden ser bacterias atípicas, micobacterias o agentes micóticos.

**Presentación de caso.** Se trata de un paciente masculino de 68 años, agricultor, proveniente de Sabana de Torres, con antecedente de hipertensión arterial, con cuadro clínico de 2 meses de dolor en dorso de pie izquierdo, asociado a edema, eritema, con posterior aparición de ulcera, resonancia magnética con áreas de aspecto lítico en relación con proceso inflamatorio infeccioso crónico tipo osteomielitis, es llevado a lavado quirúrgico + debridamiento + secuestrectomía, realizan toma de cultivos y biopsia de hueso e inician cubrimiento antibiótico empírico, cultivos intraoperatorios negativos, se inicia cubrimiento antibiótico con Vancomicina y Ampicilina Sulbactam. Biopsia de hueso reporta osteomielitis aguda y crónica granulomatosa de causa micótica, apariencia de timón de barco, se considera posible paracoccidioidomicosis, por lo que se solicita TAC de tórax con el fin de descartar micosis profunda asociada.

TAC de tórax con presencia de opacidades parenquimatosas parcheadas nodulares, vidrio deslustrado periférico, paciente con micosis profunda tipo paracoccidioidomicosis, se inicia cubrimiento con Trimetoprim sulfametoxazol. Se solicita valoración por neumología para realización de broncofibroscopia para lavado broncoalveolar.

**Discusión.** La osteomielitis por Paracoccidioidomicosis es una forma rara de presentación clínica de esta micosis. Las lesiones óseas generalmente ocurren por diseminación. Se puede diagnosticar este compromiso óseo mediante la detección microscópica directa de levaduras con gemación multipolar (“timón de barco”) y confirmarse con los hallazgos de la biopsia.



## I-11

**INSUFICIENCIA SUPRARRENAL ASOCIADA A COINFECCIÓN POR PARACOCCIDIOIDOMICOSIS Y TUBERCULOSIS**

**OSPINA GALEANO ANA MARÍA, RUEDA LORA CARLOS ALBERTO, JEREZ GALVIS YENNY LILI, BERBEO FLÓREZ MARIAN INDIRA, VELANDIA GALVIS JULIETTE NATALIA**

*Fundación para la Excelencia de la Medicina Clínica en Colombia (Fundación Clínica). Clínica Chicamocha S.A. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La paracoccidioidomycosis y la tuberculosis son enfermedades infecciosas sistémicas, crónicas, de tipo granulomatoso, endémicas en Colombia. La primera es producida por un hongo dimorfo denominado *Paracoccidioides brasiliensis* mientras que la segunda es producida por una bacteria aerobia estricta denominada *Mycobacterium tuberculosis*; afectan de forma predominante la vía aérea, pero también pueden generar compromiso multisistémico incluyendo infiltración de la glándula suprarrenal con la consecuente insuficiencia suprarrenal.

**Diseño.** Estudio de caso clínico.

**Métodos.** Se recolectaron datos de la historia clínica, previo consentimiento informado al paciente y aceptación por parte del comité de ética institucional.

**Resultados.** Se presenta el caso de un hombre adulto medio, conductor de transporte intermunicipal, inmunocompetente, que consultó por un cuadro crónico de astenia, adinamia, pérdida de peso no intencionada y tos crónica. Se realizó diagnóstico de insuficiencia suprarrenal asociada a paracoccidioidomycosis iniciándose manejo con itraconazol, posterior al cual presentó una mejoría transitoria de sus síntomas respiratorios, pero sin resolución los mismos; razón por la que se indicaron estudios de extensión adicionales confirmándose coinfección pulmonar por *M. tuberculosis*. Se brindó tratamiento con itraconazol por 6 meses y tratamiento antituberculoso de primera línea, con respuesta clínica exitosa y remisión clínica completa.

**Conclusiones.** La coinfección de paracoccidioidomycosis y tuberculosis pulmonar es poco frecuente en pacientes inmunocompetentes. Las infecciones granulomatosas crónicas son un reto diagnóstico en Latinoamérica y tienen diversas manifestaciones clínicas; dentro de las cuales se debe considerar la insuficiencia suprarrenal de origen infeccioso.



## I-12

### SÍNDROME FEBRIL AGUDO SECUNDARIO A COINFECCIÓN POR VIRUS DEL DENGUE Y LEPTOSPIROSIS

**OSPINA GALEANO ANA MARIA, PINTO SAAVEDRA OSCAR MARIANO, RIVERA FUENTES DANIEL AUGUSTO, LEAL QUINTERO CAROL LIZETH, ORTEGA HINESTROZA CARLOS ALBERTO**

*Fundación para la Excelencia de La Medicina Clínica en Colombia (Fundación Clínica). Clínica Chicamocha S.A. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** Dentro de las infecciones tropicales más comunes se encuentra la fiebre del dengue y la leptospirosis, dos entidades de presentación sintomática inicial similar, pero con cursos clínicos distintos. La leptospirosis es una zoonosis causada por leptospiras patógenas; mientras que el dengue es una enfermedad asociada a arbovirus transmitida por vectores. Si bien es cierto que las dos entidades son comunes en el entorno tropical, su coinfección es extremadamente rara, con una incidencia entre el 3.2-3.4% en países como India.

**Diseño.** Estudio de Caso Clínico

**Métodos.** Se recolectaron datos de la historia clínica, previo consentimiento informado al paciente y aceptación por parte del comité de ética institucional.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente adulto joven, de género masculino, residente en Tona/Santander, con historia de consumo de agua no potable y que consultó por cuadro febril agudo trombocitopénico con IgM para dengue positiva. Sin embargo, persistió febril, con adenopatías cervicales, leucocitosis, trombocitosis e hiperbilirrubinemia leve; con estudios de extensión (Prueba de VIH negativa y hemocultivos periféricos No. 2 que fueron negativos) y con resultado de IgM para Leptospira positiva. Se instauró manejo antibiótico con Ceftriaxona con evolución clínica satisfactoria.

**Conclusiones.** La etiología del síndrome febril agudo trombocitopénico en Colombia incluye diversos agentes patógenos. La coinfección entre dengue y leptospirosis es muy poco frecuente, pero debe considerarse cuando el curso clínico de la enfermedad producida por el virus del dengue no es el esperado, especialmente en población con factores de riesgo para infección por Leptospira.



## I-13

### FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (HOMIL), BOGOTÁ, COLOMBIA

PRIETO ANDRÉS, LARRARTE CAROLINA, VARGAS DIANA, ORREGO GUSTAVO, GÓMEZ VANESSA, RINCÓN PEDRO, NAVAS DIANA, MORERA HENRY

*Hospital Militar Central. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La COVID-19 es una enfermedad que puede ser severa, generando en algunos SDRA, disfunción multiorgánica y muerte. La edad, sexo masculino y comorbilidades han demostrado ser factores de riesgo para mortalidad. En este estudio se describen factores de riesgo asociados a mortalidad en adultos hospitalizados en HOMIL con COVID-19, durante julio/2020-enero/2021.

**Diseño.** Estudio descriptivo, retrospectivo, corte transversal, diseño correlacional.

**Métodos.** Base de datos en Excel/2019 exportada a SPSS-21. Análisis univariado, bivariado, determinación de fuerza de asociación con OR con respectiva significancia e IC95% y modelo de regresión logística binaria.

**Resultados.** 934 pacientes, 23% mortalidad. Los pacientes que fallecieron se diferenciaron significativamente de los que no en: edad (73<sup>±</sup>13 vs 58<sup>±</sup>16 años), sexo masculino (73% vs 67%), HTA (65% vs 39%), DM (25% vs 17%), enfermedad aterosclerótica (13% vs 6%), ERC (15% vs 4%), UCI (74% vs 18%), vasopresor (68% vs 7%), inotrópico (19% vs 0,8%), VMI (70% vs 8%), LRA (82,5% vs 31%), leucocitos >13.000/mm<sup>3</sup> (78.% vs 37%), linfocitos <1000/mm<sup>3</sup> (90% vs 64%), PCR >10 mg/dL (88% vs 61%), LDH >350 U/L (83% vs 52%), troponina (94% vs 42%) Ferritina >1000 ng/mL (80% vs 60%). Análisis multivariado ( $r^2$  0,65,  $p < 0,001$ ): VMI OR 79,3 (IC95% 8,05-782,1,  $p < 0,001$ ), LRA OR 12,5 (IC95% 2,1-74,5,  $p = 0,005$ ), ferritina >1000 ng/mL OR 7,09 (IC95% 1,3-37,1,  $p = 0,02$ ), edad >65 años OR 6,5 (IC95% 2,07-20,7,  $p = 0,001$ ), inotrópico OR 6,4 (IC95% 1,09-38,07,  $p = 0,03$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes que fallecieron eran mayores, más comórbidos, tenían más marcadores de inflamación, desarrollaron LRA y requirieron UCI, soporte ventilatorio y vasopresor con mayor frecuencia. En el análisis multivariado, la VMI y la LRA fueron los factores de riesgo que se relacionaron con más fuerza con mortalidad.



## I-14

### SINDROME INVASIVO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

**GONZÁLEZ MANRIQUE GUILLERMO, DURÁN LUIS FERNANDO,  
CLAROS ORTIZ KATHERINE, CORREA FLÓREZ STEPHANY,  
PERDOMO QUINTERO DANIELA**

*Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome invasivo por *Klebsiella pneumoniae* corresponde a un asunto de preocupación global. Los primeros reportes de casos se originaron en países de Asia con un aumento actual en países de occidente asociándose a infecciones adquiridas en la comunidad con gran capacidad de siembras sépticas y compromiso multiorgánico.

**Presentación del caso.** Femenina de 65 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico (HbA1c 12%), presenta síndrome febril con síntomas urinarios irritativos y posterior alteración del estado de conciencia con signos meníngeos aislando en hemocultivos, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo *Klebsiella pneumoniae* perfil usual. A pesar de terapia antimicrobiana acorde a aislamiento con cefalosporina de tercera generación presenta endoftalmitis y compromiso pulmonar con evidencia de embolismos sépticos y documentación final de absceso hepático que requirió drenaje percutáneo. Se amplió cubrimiento antimicrobiano con carbapenémico y quinolona presentando control de respuesta inflamatoria sin embargo con secuelas de alto impacto funcional secundarias a meningitis.

**Discusión.** El síndrome invasivo por *Klebsiella pneumoniae* asociado a absceso hepático se describe en infecciones por los serotipos K1 y K2 los cuales tienen características microbiológicas en su cápsula que les confieren un perfil hipermucoide con un alto grado de evasión inmune facilitando diseminación con siembras sépticas como vimos en el presente caso. En nuestro medio, su identificación está limitada a la alta sospecha clínica, ya que los métodos diagnósticos moleculares dirigidas a identificar el gen regular de fenotipo mucoide tipo A y la *Aerobactina* no están disponibles. Su pronóstico en pacientes con compromiso del sistema nervioso central es limitado ya que 84.2% de los pacientes desarrollaran discapacidad irreversible. Por lo anterior además del manejo antimicrobiano oportuno, una identificación temprana del absceso hepático con su posterior drenaje ha sido asociado a una disminución del riesgo de complicaciones metastásicas.



## I-15

### COINFECCIÓN DENGUE Y MALARIA: UN DIAGNÓSTICO INFECCIOSO A CONSIDERAR EN COLOMBIA

**OSPINA GALEANO ANA MARÍA, PINTO SAAVEDRA OSCAR MARIANO, RIVERA FUENTES DANIEL AUGUSTO, LEAL QUINTERO CAROL LISETH, CÁRCAMO GIL KATTY MARCELA**

*Fundación para la Excelencia de la Medicina Clínica en Colombia (Fundación Clínica), Clínica Chicamocha S.A. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** Colombia es un país tropical en el que se presentan diversas patologías infecciosas, dentro de las que se destacan la infección por el virus del dengue y la malaria. Sin embargo, la coinfección de estas dos patologías se considera un evento raro, siendo solo el 2.5% de los casos de dengue y el 7.5% de los casos de malaria; situación clínicamente relevante pues esta de presentación tiende a ser más severa que las infecciones únicas, presentando criterios de enfermedad grave.

**Diseño.** Estudio de caso clínico

**Métodos.** Se recolectaron datos de la historia clínica, previo consentimiento informado al paciente y aceptación por parte del comité de ética institucional.

**Resultados.** Se presenta el caso clínico de un paciente adulto joven, de género masculino, previamente sano, residente en Guainía, quien consultó por cuadro febril agudo trombocitopénico, con IgM para dengue positiva. Presentó evolución clínica tórpida dada por persistencia de picos febriles de 40 a 41°C, cefalea, mialgias, trombocitopenia severa, dolor abdominal, hepato-esplenomegalia, con posterior disnea y desaturación, requiriendo manejo en unidad de cuidados intensivos; razón por la que teniendo en cuenta su área de residencia, se sospechó posible coinfección con malaria, con gota gruesa que fue positiva para *Plasmodium Vivax*. Se indicó tratamiento con Cloroquina y Primaquina, con respuesta clínica exitosa y resolución del cuadro.

**Conclusiones.** A pesar de ser endémicas en Colombia, la coinfección por dengue y malaria son poco frecuentes, por lo que se debe tener en cuenta en pacientes con curso tórpido de la enfermedad.



## I-16

### PANSINUSITIS Y CELULITIS POSTSEPTAL POR ASPERGILLUS FLAVUS EN UNA PACIENTE DIABÉTICA: REPORTE DE CASO

LEAL JULIANA, REY LAURA MARCELA, ORTIZ YEIMER, VEGA AGUSTIN

*Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La sinusitis fúngica invasiva es una infección grave que puede ser causada por *Aspergillus*, con tasas de mortalidad de hasta el 80%. Aunque es típica de pacientes inmunocomprometidos, puede afectar a personas inmunocompetentes con factores de riesgo como vivir en climas cálidos y secos, extracción de dientes maxilares y el consumo de cocaína. El diagnóstico suele ser un reto clínico ya que los síntomas son inespecíficos y los cultivos negativos.

**Diseño.** Descriptivo.

**Métodos.** Presentamos el caso de una paciente diabética con pansinusitis complicada asociada a celulitis postseptal derecha, parálisis facial, oftalmoplejía y atrofia óptica ipsilateral por *Aspergillus flavus*, un caso inusual con evolución favorable. Analizamos las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento a través de una revisión de la literatura científica reciente.

**Resultados.** Mujer de 50 años hipertensa y diabética con mal control metabólico hospitalizada por pansinusitis complicada. Una biopsia por maxiloetmoidectomía abierta que reveló numerosas hifas septadas con necrosis focal. Cultivos positivos para *Aspergillus flavus*, por lo cual se indicó manejo con anfotericina B; sin embargo, por presencia de bicitopenia, se decidió cambiar esquema de manejo a voriconazol completando 28 días de manejo con evolución favorable. Al revisar la literatura, identificamos seis informes de casos previos de aspergilosis invasiva después de una extracción dental maxilar y dos con consumo previo de cocaína por vía inhalatoria. No encontramos otros casos con curso crónico y benévolo como el presentado aquí.

**Conclusiones:** La sinusitis fúngica invasiva por *Aspergillus* es una patología inusual en pacientes inmunocompetentes, sin embargo, debemos sospecharla al evaluar pacientes con sinusitis y factores de riesgo. Un diagnóstico correcto nos permitirá establecer un tratamiento temprano disminuyendo complicaciones y garantizando una evolución satisfactoria.





## I-17

### ENDOCARDITIS POR *STREPTOCOCCUS EQUIS*. A PROPOSITO DE UN CASO.

**RODRÍGUEZ-YÁNEZ TOMAS, DUEÑAS-CASTELL CARMELO, SALGADO-AMOR CARLOS, SALGADO-MONTIEL LUIS, ALMANZA-HURTADO AMILKAR, MARTÍNEZ-ÁVILA MARÍA CRISTINA, ACOSTA-PÉREZ TOMAS**

*Nuevo Hospital Bocagrande, Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.*

**Introducción.** La endocarditis infecciosa es el compromiso de una válvula protésica o nativa, superficie endocárdica o un dispositivo cardíaco. Los agentes infecciosos más frecuentes actualmente son los estafilococos y estreptococos, reportamos una endocarditis por germen Gram positivo infrecuente asociado a consumo de productos lácteos no procesados.

**Diseño.** Observacional, descriptivo. Reporte de caso.

**Métodos.** masculino con endocarditis en válvula mitral por *Streptococcus Equi spp zoepidemicu*, asociado a consumo de leche no pasteurizada.

**Descripción del caso.** masculino de 69 años, sin antecedentes relevantes, 1 semana con cuadro febril asociado a poliartralgia. Al examen físico, presión arterial de 132/72mmhg frecuencia cardíaca de 91 latidos/minuto, saturación de oxígeno de 98%, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, destacaba hemiparesia derecha y desviación de comisura labial. Los laboratorios de ingreso mostraron leucocitosis (15,2 x 10<sup>6</sup>/L) con dominancia de neutrófilos(87%) hemoglobina de 9.3g/dl, plaquetas 450.000/mm<sup>3</sup>, sin trastorno en electrolitos o función renal. Curso clínico hacia el declive neurológico, requiriendo soporte ventilatorio invasivo, se objetivaban signos infecciosos e inician cubrimiento antibiótico con piperacilina tazobactam. Tc cráneo simple se aprecia evento isquémico en territorio de ACM izquierdo de instauración reciente. Se identifica en hemocultivos cocos gram positivo en cadena, con posterior tipificación de *Streptococcus Equi spp zoepidemicus*, se reajusta cubrimiento antibiótico (Penicilina cristalina). Con este dato se reinterroga a familiares, lográndose identificar consumo previo de leche no pasteurizada. Con potencial embolo séptico a SNC, ecocardiograma con presencia de vegetación, con indicación quirúrgica, no obstante, condición clínica del paciente no lo favorece y fallece en el curso de una semana.

**Conclusión.** las infecciones por *Streptococcus equi subsp. Zoepidemicus* son raras normalmente asociadas a contacto con animales y productos pobremente procesados derivados de estos, sin embargo, poco frecuente con comportamiento agresivo en el caso particular letal, nos recuerda considerar este agente etiológico ante pacientes con factores de riesgo similares.



## I-18

### UN CASO POCO COMUN EN NUESTRO MEDIO: PARACODIOMICOSIS DISEMINADA

**GÓMEZ AYALA JAIME ALBERTO, PINTO SAAVEDRA OSCAR  
MARIANO, GÓMEZ ROJAS CARLOS DANIEL, GÓMEZ CONTRERAS  
MARÍA CAMILA, EDGAR JULIÁN NÚÑEZ HERNÁNDEZ**

*Fundación Clínica, Clínica Chicamocha S.A., UNAB. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La paracoccidioidomicosis es una infección fúngica sistémica causada por un hongo dimórfico del género *Paracoccidioides*. Diferentes factores se asocian; características personales y estilo de vida, incluyendo antecedentes genéticos, edad, sexo, etnia, tabaquismo, consumo de alcohol y eventual inmunosupresión celular. Es endémica en nueve departamentos ubicados en la Región Andina y en la Sierra Nevada de Santa Marta.

**Diseño:** Estudio de caso clínico.

**Métodos.** Se recolectaron datos de la historia clínica, previo consentimiento informado al paciente y aceptación por parte del comité de ética institucional.

**Resultados.** Paciente de 63 años, neumópata, exfumador; presentó trauma en hombro derecho en el 2017 y desde marzo del 2022 presentó dolor, lesión ulcerada en hombro derecho con signos de sobreinfección. Sin respuesta a antibiótico. Dermatología realiza biopsia ambulatoria que reporta proceso inflamatorio crónico activo severo, patrón granulomatoso con necrosis de licuefacción secundario a infección por levaduras con gemación múltiple compatible con *Paracoccidioidomicosis*. En mayo 2022 es hospitalizado e inician antibiótico, hallazgo incidental en TAC de tórax: múltiples imágenes nodulares intraparenquimatosas pulmonares y cavitación puntiforme central que sugieren infección micótica. Resonancia magnética: Osteomielitis de la cabeza humeral, lesión sugestiva de osteonecrosis de la cabeza humeral derecha, considerándose un caso de *Paracoccidioidomicosis* diseminada valorado por infectología indicó Anfotericina B.

**Conclusiones.** Se debe evaluar dentro de los diagnósticos diferenciales en áreas endémicas del país en pacientes con compromiso multisistémico y en Santander debido a su baja incidencia se hace necesario educar en su reconocimiento. La infección diseminada representa un desafío diagnóstico y el retraso en el diagnóstico implica un resultado adverso.



## I-19

### SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO SECUNDARIO A MORDEDURA DE GATO

**MARÍN LAURA, CORTÉS NATALIA, DÍAZ DANNY**

*Hospital Tunal, Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E. Bogotá D.C, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una condición clínica de dolor neuropático incapacitante y crónica, generalmente ocurre después de una lesión incitante, se caracteriza por una variedad de manifestaciones anormales motoras, sensitivas y vasomotoras, desproporcionadas en tiempo y grado. La mordedura de gato rara vez se ha descrito como etiología del SDRC.

**Caso clínico.** Mujer de 29 años, sin antecedentes de importancia ingresó por mordedura de gato en antebrazo derecho, al examen se observaron laceraciones en cara posterior del antebrazo y en muñeca, se dio egreso con cubrimiento antibiótico con cefalosporina de primera generación sin mejoría.

Un mes después reingresa por expansión de la lesión, edema, aumento de dolor que limitaban la funcionalidad de la muñeca además cianosis distal de primer, segundo y tercer dedo, recibió manejo con piperacilina tazobactam y clindamicina, ecografía que mostró celulitis, sinovitis y tendinitis tanto flexora como extensora, sin indicación de manejo quirúrgico.

Durante estancia hospitalaria requirió manejo multimodal para síndrome de dolor regional complejo tipo I, dado por dolor en región de muñeca derecha con excoriación, limitación del movimiento en 1, 2 y 3 dedo con hiperalgesia asociada, alodinia y disestesias con poiquiloterma. Requirió infusión de ketamina, posteriormente bloqueo simpático cervical y supraclavicular derecho con evolución clínica satisfactoria

**Discusión.** El SDRC es una condición multicausal, que puede progresar a discapacidad y recurrencia, por lo cual es de importancia reconocer las manifestaciones iniciales, así como implementar un tratamiento multidisciplinario; en nuestro caso se incluyó fisioterapia, infiltraciones en los puntos sensibles, bloqueo nervioso simpático regional y estimulación de nervios periféricos de la médula espinal.



## I-20

### ACTINOMYCES GINECOLÓGICA EN PACIENTE JOVEN

CASTILLO SEBASTIAN, MORALES CARLOS, SANABRIA FABIAN,  
ACOSTA MARTHA

*Hospital Meissen, Subred integrada de servicio de salud Sur E.S.E. Bogotá D.C., Colombia.*

**Introducción.** La actinomycosis es una infección producida por bacilos gram positivos anaerobios, que generan una enfermedad granulomatosa crónica, indolente y poco común, con incidencia y prevalencia desconocidas; más frecuente en hombres; presentándose a nivel orocervicofacial, torácico y abdominopélvico, esta última relacionada con procedimientos quirúrgicos abdominales o uso de dispositivos intrauterinos (DIU); suele ser confundida con procesos tumorales en la mayoría de los casos por lo que el diagnóstico es histológico. La resección quirúrgica y el inicio oportuno del antibiótico constituyen la terapia de mayor éxito hasta el momento.

**Caso clínico.** Paciente de 36 años en anticoncepción con DIU, cesárea hace 13 años, ingresó por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal tipo cólico predominio en hemiabdomen izquierdo, ausencia de deposiciones y flatos; con diagnóstico de obstrucción intestinal, manejada con laparotomía exploratoria y hallazgos intraoperatorios de tumor necrosado en pelvis que infiltra recto superior, sigmoides bajo, cuerpo del útero, anexos, ciego y apéndice cecal; reporte de patología describe actinomyces en anexos por lo que se inició manejo con penicilina cristalina por 14 días con posterior egreso con amoxicilina durante 6 meses y evolución clínica satisfactoria.

**Discusión.** La infección por actinomyces se presenta frecuentemente a nivel orocervicofacial, existen escasos reportes de presentación abdominal y pélvica en pacientes inmunocompetentes, el uso de DIU o antecedente de cirugía previa son factores de riesgo para desarrollar la infección, que suele ser confundida con procesos tumorales retrasando el inicio de antibiótico, siendo este primordial para la erradicación de la infección en conjunto con el manejo quirúrgico. Debe sospecharse este agente etiológico en presentaciones de masas abdominales o pelvianas de aspecto tumoral.



## I-21

### NEURORETINITIS UNILATERAL POR BARTONELLA HENSELAE. REPORTE DE CASO

**MOSQUERA CAROLINA, GÓMEZ EDGAR, OSORIO DANIEL**

*Clínica FOSCAL. Floridablanca, Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad por arañazo de gato es una infección causada por la bacteria *Bartonella henselae*, presentándose comúnmente con clínica de linfadenopatía dolorosa, fiebre de origen desconocido, y muy poco frecuente neurorretinitis unilateral.

**Reporte de caso.** Paciente femenina de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo y enfermedad de Hansen tratada, quien consulta por clínica de 8 días de evolución de pérdida súbita de la agudeza visual de ojo izquierdo asociado a aparición de linfadenopatía dolorosa en región submandibular derecha y fiebre subjetiva, se realizó ecografía ocular evidenciando inflamación de cabeza de nervio óptico, angiografía fluorescencia con hemorragia vítrea, disco de bordes borrados y sobreelevados, lesión hiperfluorescente supero temporal y estrella macular en formación en ojo izquierdo, TAC de cuello identifica lesión submandibular derecha que involucra la glándula con adenomegalias pudiendo corresponder a proceso inflamatorio, por lo que se consideró alta sospecha de neurorretinitis por enfermedad de arañazo de gato y se inició manejo antibiótico con azitromicina y rifampicina por 4 semanas, serologías para *Bartonella henselae* de ingreso negativas con seroconversión a las 2 semanas, se descartaron otras causas etológicas mediante serologías infecciosas e histopatología de biopsia ganglionar, con buena respuesta a manejo antibiótico establecido.

**Discusión:** La enfermedad por arañazo de gato es transmitida al hombre por gatos que son el reservorio natural de *B. Henselae*, la afectación ocular se produce aproximadamente en un 10% de los casos destacándose como hallazgo el papiledema y la estrella macular, el diagnóstico se basa en criterios clínicos y confirmación mediante pruebas serológicas.

**Conclusión.** Las patologías y hallazgos oftalmológicos en contexto clínico pueden estar asociados a diferentes causas sistémicas que nos pueden llevar a orientar o complementar un diagnóstico.

