LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay.
ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Paciente de 32 años de edad con ictericia, hemoptisis y fiebre. A propósito de un caso

A 32-year-old patient with jaundice, hemoptysis, and fever. A case report

Yulissa Michelle Chocho Gutiérrez
yulissa.chocho.79@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-5377-6713
Clínica Sanus
Ecuador

Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez
joel.asdrubal.rodriguez@gmail.com
https://orcid.org/0009-0008-3107-675x
Universidad Yaan México
México

Jorky Gustavo Maza Quizhpe
jorkygmaza@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-3550-7717
Hospital Téofilo Davila
Ecuador

Cristian Alfonso Galarza Sánchez
cristiangalarzasanchez@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-7410-6313
Universidad Yaan México
Ecuador

Karin Jeanette Espinoza Jumbo
Karito-3000@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0006-2513-7283
Clínica Sanus. Instituto de Ciencias Médicas Mediteach. Competencias Laborales Estética Integral
Ecuador

AGRADECIMIENTOS
El agradecimiento al Dr. Cristian Galarza (Médico Internista) y al Dr. Andy Díaz (Médico Intensivista), por la aportación del conocimiento y equipo de trabajo para la resolución del caso clínico, el cual se pudo concluir con éxito, por orientarnos y permitir la revisión detallada del caso clínico.

DOI: https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4440

Artículo recibido: 27 de mayo de 2025
Aceptado para pub licación: 29 de agosto de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Redilat
Red de Investigadores Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4440

Paciente de 32 años de edad con ictericia, hemoptisis y fiebre. A propósito de un caso

A 32-year-old patient with jaundice, hemoptysis, and fever. A case report

Yulissa Michelle Chocho Gutiérrez
yulissa.chocho.79@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-5377-6713
Clínica Sanus
Ecuador

Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez
joel.asdrubal.rodriguez@gmail.com
https://orcid.org/0009-0008-3107-675x
Universidad Yaan México
México

Jorky Gustavo Maza Quizhpe
jorkygmaza@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-3550-7717
Hospital Téofilo Davila
Ecuador

Cristian Alfonso Galarza Sánchez
cristiangalarzasanchez@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-7410-6313
Universidad Yaan México
Ecuador

Karin Jeanette Espinoza Jumbo
Karito-3000@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0006-2513-7283
Clínica Sanus. Instituto de Ciencias Médicas Mediteach. Competencias Laborales Estética Integral
Ecuador

Artículo recibido: 27 de mayo de 2025. Aceptado para publicación: 29 de agosto de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una infección oportunista grave, principalmente en pacientes inmunocomprometidos, aunque también puede ocurrir en sujetos sin factores de riesgo convencionales, como en nuestro caso, un joven de 32 años sin factores de riesgo como edad avanzada o comorbilidades crónicas. La presentación de API con hemoptisis e ictericia es poco común y debe alertar sobre posible diseminación sistémica, con compromiso hepático y shock séptico. Por otro lado, la piomiositis primaria por *Staphylococcus aureus* ocurre por vía hematógena, con formación de abscesos musculares y fiebre; en el 57 % de los casos el diagnóstico se confirma mediante cultivo y hallazgos en imágenes como la ecografia de partes blandas y la tomografía computarizada, usada en algunos casos. Presentamos un caso clínico infrecuente de coinfección por *Aspergillus* spp. y *Staphylococcus aureus*, manifestándose con hemoptisis, ictericia y mialgias, que evolucionó a shock séptico, destacando la importancia de un diagnóstico oportuno y manejo multidisciplinario. En la metodologia se realizó una revisión retrospectiva del caso de un paciente masculino de 32 años, ingresado con hemoptisis, ictericia y fiebre. Se documentaron hallazgos clínicos, analíticos, microbiológicos y radiológicos. Se llevó a cabo tratamiento antimicrobiano con

vancomicina, meropenem y clindamicina, soporte intensivo y drenaje ecográfico más estudio citológico del absceso muscular, por 5 ocasiones respectivamente. Como conclusión podemos indicar que la aspergilosis invasiva puede desencadenar ictericia y disfunción hepática en casos de diseminación fúngica y el tratamiento combinado con antifúngicos y antibióticos dirigidos, junto al drenaje de abscesos y soporte intensivo, son fundamentales para la recuperación de nuestro paciente.

Palabras clave: aspergilosis, shock séptico, staphylococcus aureus, hemoptisis e ictericia

Abstract

Invasive pulmonary aspergillosis (IPA) is a serious opportunistic infection, mainly in immunocompromised patients, although it can also occur in subjects without conventional risk factors, as in our case, a 32-year-old young man with no risk factors such as advanced age or chronic comorbidities. The presentation of API with hemoptysis and jaundice is uncommon and should alert about possible systemic dissemination, with hepatic involvement and septic shock. On the other hand, primary pyomyositis due to Staphylococcus aureus occurs by hematogenous route, with formation of muscle abscesses and fever; in 57% of cases the diagnosis is confirmed by culture and imaging findings such as soft tissue ultrasound and computed tomography, used in some cases. We present a rare clinical case of coinfection by Aspergillus spp. and Staphylococcus aureus, manifesting with hemoptysis, jaundice and myalgias, which evolved to septic shock, highlighting the importance of a timely diagnosis and multidisciplinary management. In the methodology, a retrospective review of the case of a 32-year-old male patient admitted with hemoptysis, jaundice and fever was performed. Clinical, analytical, microbiological and radiological findings were documented. Antimicrobial treatment with vancomycin, meropenem and clindamycin, intensive support and ultrasound drainage plus cytological study of the muscle abscess was carried out for 5 occasions respectively. In conclusion we can indicate that invasive aspergillosis can trigger jaundice and liver dysfunction in cases of fungal dissemination and the combined treatment with antifungal and targeted antibiotics, together with abscess drainage and intensive support, are essential for the recovery of our patient.

Keywords: aspergillosis, septic shock, staphylococcus aureus, hemoptysis and jaundice

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. (cc) BY

Cómo citar: Chocho Gutiérrez, Y. M., Rodríguez Gutiérrez, J. A., Maza Quizhpe, J. G., Galarza Sánchez, C. A., & Espinoza Jumbo, K. J. (2025). Paciente de 32 años de edad con ictericia, hemoptisis y fiebre. A propósito de un caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 6 (4), 2374 – 2389. https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4440*

INTRODUCCIÓN

La aspergilosis y la piomiositis representan infecciones poco comunes en pacientes inmunocompetentes, pero pueden presentarse de forma simultánea en contextos clínicos especiales, especialmente en individuos inmunosuprimidos o con comorbilidades significativas. La aspergilosis, causada por especies del género *Aspergillus*, es una infección fúngica oportunista que puede manifestarse en diversas formas clínicas, desde cuadros leves como la aspergilosis broncopulmonar alérgica, hasta presentaciones graves como la aspergilosis pulmonar invasiva, especialmente en pacientes con neutropenia prolongada, trasplantes o tratamiento inmunosupresor (Nourry).

Por otro lado, la piomiositis es una infección bacteriana primaria del músculo esquelético, caracterizada por la formación de abscesos intramusculares, cuyo agente etiológico más común es *Staphylococcus aureus*. Aunque tradicionalmente asociada a regiones tropicales, en las últimas décadas se ha observado un incremento de casos en climas templados, particularmente en pacientes con factores de riesgo como diabetes, VIH, uso de drogas intravenosas o traumatismos; lo interesante de nuestro caso es que el único antecedente de importancia es de tipo laboral pues el paciente trabaja en una mina, lo que estaría más en relación con aspergilosis.

La coexistencia de aspergilosis invasiva con piomiositis es extremadamente infrecuente, y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, especialmente por su rápida progresión y elevada mortalidad si no se instaura un tratamiento adecuado y oportuno. En este contexto, se presenta el siguiente caso clínico, que ilustra la presentación atípica y evolución de un paciente con ambas entidades, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico precoz y el manejo integral (Gagnadoux).

Objetivo general

- Presentar un caso clínico infrecuente de coinfección por *Aspergillus* spp. y *Staphylococcus aureus*, manifestado con hemoptisis, ictericia y piomiositis, que progresó a shock séptico, destacando la importancia de un diagnóstico oportuno y manejo multidisciplinario.

Objetivos específicos

- Relacionar la clínica del paciente, los exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagen y diagnósticos diferenciales con el diagnóstico definitivo del paciente.
- Definir si el paciente cumple con la evidencia clínica de piomiositis y determinar la causa de la misma.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión retrospectiva del caso de un paciente masculino de 32 años, ingresado con hemoptisis, ictericia y fiebre. Se documentaron hallazgos clínicos, analíticos, microbiológicos y radiológicos. Se llevó a cabo tratamiento antimicrobiano y el diagnóstico fue confirmado mediante cultivo de secreciones respiratorias por medio de broncoscopía, hemocultivos positivos de muestra recolectada del muslo y brazo, compatible con S. *aureus*, además estudios de imagen y el uso de Antígeno Galactomanano aspergilius: 1,28 positivo, compatibles con aspergilosis pulmonar.

Presentación del caso

Paciente masculino de 32 años de edad con antecedentes de trabajar en minas desde hace 4 años, en clima seco-húmedo, sin antecedentes patológicos de relevancia, es llevado a casa de salud por su familiar quien refiere que desde hace 7 días, y sin causa aparente, presenta hemoptisis por 3 ocasiones (100 ml aproximadamente), acompañado de ictericia localizada a nivel ocular, mialgias

generalizadas y alza térmica no cuantificada que no cede al uso de naproxeno 5 dosis en 2 días diferentes, por lo cual acude a esta casa de salud y se decide su hospitalización.

Figura 1

Paciente de treinta dos años de edad ingresado a Clínica Abendaño

Antecedentes patológicos personales

No refiere ninguno, trabaja en minas desde hace 4 años.

Antecedentes familiares

No refiere ninguno.

Examen físico

Signos Vitales

P.A: 90/50 mmHg

F.C: 134 lpm

F.R: 39 rpm

T° axilar: 39 °C

Saturación de O2: 91%

Llenado capilar: <2 segundos

Peso: 75 kg

Talla: 1.66 cm

IMC: 27,27 sobrepeso u obesidad preclínica.

Examen físico general

Paciente en decúbito dorsal activo, orientado, intranquilo, álgico.

Cabeza: Cráneo: Normocefálico, de tamaño y volumen normal. Cabello de implantación normal. No se palpan prominencias o depresiones.

Cara

Ojos: Simétricos, pupilas isocóricas fotorreactivas, escleras ictericas grado IV-IV

Oídos: Conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica íntegra.

Nariz: Fosas nasales permeables.

Boca: Mucosas orales semihúmedas. Orofaringe no congestiva.

Cuello: No doloroso a la flexión, simétrico, no se palpan adenopatías, ni ingurgitación yugular. Glándula tiroidea de forma y tamaño normal. Signos de Kernig y Brudzinski negativos.

Tórax: Inspección: Simétrico, ritmo y frecuencia respiratoria aumentada(taquipnea). **Palpación:** Expansión y elasticidad torácica disminuida, no se palpan puntos dolorosos. No hay presencia de deformidades o masas.**Percusión:** Sonoridad pulmonar conservada y matidez en zona cardiaca y hepática.**Auscultación:** Corazón: Normofonético, R1 y R2 rítmicos, taquicardico, con tono e intensidad normal, no se evidencian soplos. **Pulmones:** Murmullo alveolar disminuido en ambos campos pulmonares. Presencia de estertores diseminados en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Inspección: Abdomen plano, simétrico, sin presencia de cicatrices. Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes. 34 por minuto. **Palpación:** Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se reportan visceromegalias. Puntos dolorosos: Murphy: Negativo, Blumberg: Negativo, Rovsing: Negativo, McBurney: Negativo, Morris: Negativo y Psoas: Negativo. Percusión: Matidez hepática y esplénica conservada, timpanismo abdominal conservado, onda ascítica negativa.

Región lumbar: Simétrica, no dolorosa a la digito y puño percusión.

Extremidades: Miembros superiores e Inferiores: Simétricos, tono conservado y fuerza muscular disminuida, normorreflexia, pulsos periféricos normales, presencia de edema generalizados ++++/4 y áreas de crepitación desde los muslos hasta los pies, diseminados y acompañados de eritema, calor y rubor. Escala de Daniels: 4/5 bilateral.

Evolución intrahospitalaria

Paciente permaneció ingresado por 14 días en tratamiento con vancomicina, meropenem y clindamicina, fue dado de alta para continuar tratamiento ambulatorio con linezolid 600 mg por via oral cada 12 horas acompañado de itraconazol 200 mg cada 12 horas por un mes, se lo espera para su control médico en la clínica de especialidades Sanus, referir que durante la hospitalización disminuyó PCR, procalcitonina y mejoró los parámetros que se lo encasilló en un shock séptico cuando fue dado de alta.

RESULTADOS

Exámenes

Bilirrubina total: 5.30 mg-dl, B. directa: 5.24 mg-dl, GB: 10450 HB: 10.7 HTO: 31,8 PLAQ: 180000_ML

Glucosa: 117 mg-dl, creatinina: 1,32 mg-dl, PCR: 356 mg-dl, TGO: 194 U-L, TGP: 78,6 U-L, TB PCR GENEXPERT: Negativo.

Secreciones Lavado Broncoalveolar: cocos gram positivos, koh: negativo, ziehl: negativo. No bacilos alcohol resistentes. VDRL: no reactivo, HIV: no reactivo, cultivo de hongos: sin desarrollo fúngico.

Cultivo de secreciones lavado broncoalveolar: Staphylococcus Aureus, 60000 UFC/ml.

Leptospira igg/igm: Negativo.

Dengue: Negativo.

Hemocultivo brazo izquierdo: Staphylococcus Aureus, 60000 UFC/ml.

Hemocultivo brazo derecho: Staphylococcus Aureus, 80000 UFC/ml.

Hepatitis A-B-C: Negativo.

UROCULTIVO: Staphylococcus Aureus, 40000 UFC/ml.

Procalcitonina: 13.66 ng-ml

CPK total: 4686,40 u-l

Lactato sérico > 18 mmol/L

Antigeno Galactomanano aspergilius: 1,28 positivo.

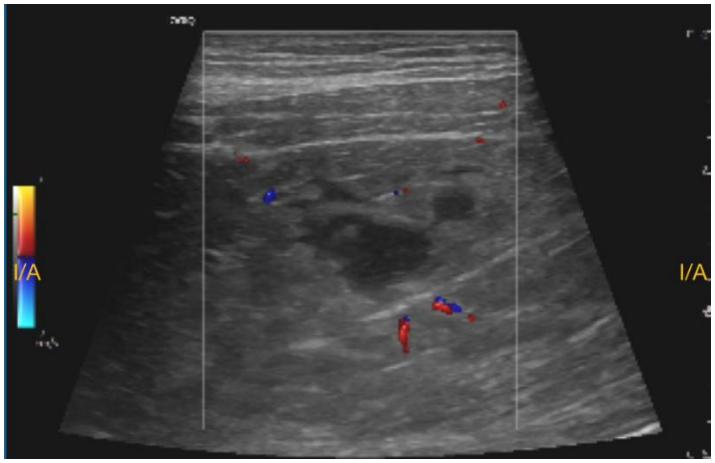
Cultivo de secreción de partes blandas: agente causal staphylococcus aureus, sensible a vancomicina y linezolide.

Ecografía Muslo Derecho: Con transductor de alta frecuencia de 12 Mhz, se exploran los tejidos blandos, de la cara antero/medial y lateral del muslo, llamando la atención en proyección del 1/3 superior del vasto externo y vasto intermedio marcada heterogeneidad de los mismos, asociado a áreas hipoecoicas irregulares especialmente a nivel del vasto intermedio con aspecto de micro abscesos, se observa además aumento del volumen y densidad de las partes blandas en relación a edema. No se observa alteraciones ni liquido a nivel de la articulación coxo/femoral. Considere piomiositis de los músculos vasto externo e intermedio asociado a edema de partes blandas.

Ecografia Muslo Izquierdo: Con transductor de alta frecuencia de 12 Mhz, se exploran los tejidos blandos, de la cara antero/medial y lateral del muslo, llamando la atención en proyección del 1/3 medio e inferior del vasto medial marcada heterogenicidad, asociado a áreas hipoecoicas irregulares sugestivos de micro abscesos especialmente a nivel del vasto intermedio fluctuante al estudio dinámico, se observa además aumento del volumen y densidad de las partes blandas en relación a edema. No se observa alteraciones ni líquido a nivel de la articulación coxo/femoral.

Figura 2

Eco de partes blandas del paciente de 32 años



Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño, diagnóstico piomiositis de músculo vasto medial.

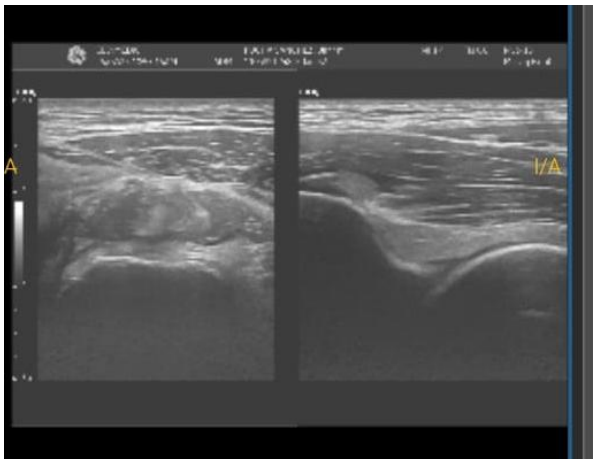
Figura 3

Piomiositis paciente de 32 años, imagen del brazo del paciente

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño, diagnóstico piomiositis de brazo derecho.

Figura 4

Eco de partes blandas del paciente de 32 años



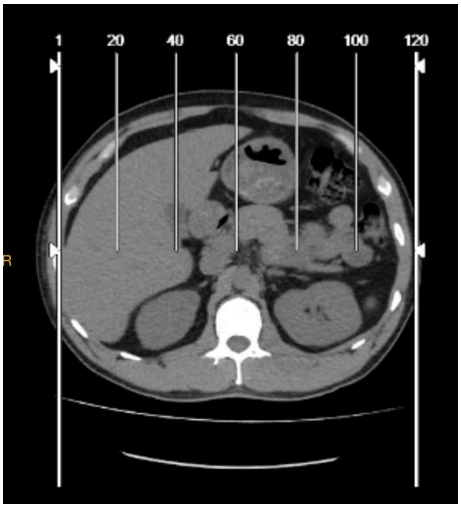
Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño, diagnóstico piomiositis, del control previo al alta médica.

Tomografía tórax: Se realizaron cortes axiales y secuenciales desde la fosa supraclavicular hasta las cúpulas diafragmáticas en fase simple con reconstrucciones coronales y sagitales de ambas hemidiafragmas con técnica helicoidal. En los cortes bajos del cuello la glándula tiroidea es de tamaño y configuración normal. Llama la atención múltiples lesiones nodulares hipodensas redondeadas de bordes irregulares distribuidas de manera difusa a nivel de ambos campos pulmonares, especialmente hacia la periferia, llamando la atención las tres más grandes de ellas, de aspecto cavitado con material hipodenso heterogéneo en su interior de 22x27y12x18mm hacia la periferia del segmento apical derecho, y de 22 x38 mm a nivel del segmento anterior del lobulo superior izquierdo. Existe incipiente derrame pleural laminar izquierdo de 11mm. Los tejidos blandos y estructuras óseas de las paredes del tórax no muestran alteraciones. La traquea, los bronquios fuentes y lobares visualizados están dentro de lo normal no se evidencian atelectasias, no hay evidencias de masas mediastinales, linfoadenopatia hiliar o mediastinal. Silueta cardiaca, grandes vasos y demás estructuras vasculares visualizadas no muestran cambios de significado importante. CONCLUSIÓN: Nódulos pulmonares múltiples con nódulos cavitados, de origen a descartar, abscesos pulmonares, lesiones secundarias y enfermedades reumatológicas.

TC SIMPLE DE ABDOMEN Y PELVIS: Se tomaron cortes axiales secuénciales desde las cüpulas diafragmáticas hasta la sínfisis del pubis en fase simple con técnica helicoidal. Higado: de tamaño, contornos y densidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas. No hay evidencia de dilatación de la via biliar intra o extra hepática. Vesicula biliar impresiona de aspecto normal sin lesiones ocupnates por este metodo de estudio. Páncreas: De tamaño, contornos y densidad normales, Bazo: De tamaño contornos y densidad normales, sin alteraciones de la densidad de su parénquima. Glándulas suprarrenales de tamaño y configuración adecuada. Riñones: de tamaño, contornos y densidad normales. No hay evidencia de cálculos, masas u otras alteraciones a nivel de sus parénquimas. Los trayectos ureterales visualizados son de morfologia normal. El estómago y las asas intestinales no evidencian alteraciones. Vejiga: de buena capacidad, paredes lisas, contornos regulares, sin defectos endoluminales ni otras alteraciones en su interior. Las estructuras vasculares retroperitoneales no muestran alteraciones. Los tejidos blandos y las estructuras óseas visualizadas no muestran alteraciones. No líquido libre.

Figura 5

Tomografia de abdomen y pelvis del paciente de 32 años



Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño. No hay alteración

Diagnóstico

Piomiositis, Aspergilosis y Septicemia por Staphylococcus Aureus.

Tratamiento intrahospitalario posterior al diagnóstico definitivo

Cuidados

Aislamiento

NPO

Monitoreo continuo

Glicemias cada 8 horas.

Ingesta y excreta estricto.

Medidas anti-escaras

Control de temperatura

Hidratación

Solución salina al 0.9 % 1000 ml a pasar IV 120 ml/hora

Tratamiento farmacológico

Hidrocortisona 100 mg 1 ampolla IV cada día

Meropenem 1 gramo IV cada 8 horas

Vancomicina 1 gramo diluido en 500ml de solución salina al 0.9%, pasar IV en 2 horas (lento)

Paracetamol 1 gramo IV cada 12 horas

Tramal 100 mg en 100ml de solución salina al 0.9%, pasar IV en 30 minutos cada 12 horas

Ondasetrón 4 mg IV antes de administrar cada dosis de Tramal.

Omeprazol 40 mg IV cada día

Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas.

Enoxaparina 40 mg subcutáneo cada día.

Iniciar norepinefrina si Tensión Arterial Media es menor a 60mmHg

Neuryl 5 gotas al acostarse.

Itraconazol 200 mg VO cada 12 horas.

DISCUSIÓN

Después de realizar la historia clínica podemos llegar a realizar la discusión utilizando nuestro criterio diagnóstico para confirmar las tres enfermedades que padece nuestro paciente:

Shock séptico por staphylococcus aureus

Criterios diagnósticos del Sepsis-3 (2016 - SCCM/ESICM)

Infección confirmada o sospechada, por hemocultivo x 3 ocasiones.

Disfunción orgánica aguda (SOFA ≥ 2)

Shock séptico: necesidad de vasopresores para mantener PAM ≥ 65 mmHg y lactato sérico > 2 mmol/L pese a adecuada resucitación con líquidos

Aplicación al caso: El paciente presentó bacteriemia confirmada por hemocultivos positivos para Staphylococcus aureus, fiebre alta persistente, hipotensión resistente a fluidos (uso de vasopresores norepinefrina) y disfunción hepática (ictericia y alteración de pruebas hepáticas), cumpliendo los criterios para shock séptico. La presencia de piomiositis como foco primario apoya una infección profunda sistémica diseminada.

Importancia clínica: El S. aureus es una causa bien establecida de shock séptico, con alto riesgo de diseminación hematógena a otros tejidos, incluyendo músculos (piomiositis) y pulmones. La respuesta inflamatoria sistémica es intensa, con liberación de exotoxinas que pueden causar daño multiorgánico.

Piomiositis por staphylococcus aureus

Criterios diagnósticos clínico-radiológicos

Dolor muscular localizado, fiebre, leucocitosis.

Imagen compatible (TAC o RM) con colección líquida intramuscular o edema.

Aislamiento microbiológico (por aspiración o hemocultivo).

Exclusión de otras causas (trauma, neoplasia).

Aplicación al caso: El paciente desarrolló dolor y tumefacción muscular en miembros inferiores y superiores compatibles con imágenes demostrado por ecografia, que mostraron colección muscular compatible con piomiositis. El cultivo de aspirado confirmó Staphylococcus aureus como etiología. Esto sugiere una piomiositis supurativa secundaria a bacteriemia, una complicación frecuente en infecciones estafilocócicas sistémicas.

Importancia clínica: La piomiositis se considera una infección muscular profunda primaria o secundaria. En regiones no tropicales, suele ser secundaria a bacteriemia en pacientes inmunocomprometidos, aunque puede verse también en inmunocompetentes con infecciones sistémicas severas como la descrita. Su asociación con shock séptico agrava el pronóstico (Ditsios).

ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA (API)

Criterios diagnósticos de la EORTC/MSG 2020 (modificados para pacientes no inmunocomprometidos)

Hospedero susceptible: Neutropenia, uso de inmunosupresores, enfermedad pulmonar crónica, sepsis prolongada

Manifestaciones clínicas: Fiebre refractaria, hemoptisis, disnea, hallazgos pulmonares

Imágenes: Signo del halo o nódulos cavitados en TAC

Pruebas microbiológicas: Galactomanano en suero o BAL positivo, cultivo de Aspergillus spp. en muestras respiratorias

Aplicación al caso: Aunque el paciente era inmunocompetente, la sepsis grave y el uso inicial de antibióticos de amplio espectro pueden haber comprometido sus defensas pulmonares. Presentó hemoptisis, disnea y hallazgos en TAC torácico sugestivos de aspergilosis invasiva (signo del halo). El diagnóstico fue confirmado con galactomanano positivo en suero y BAL, además del aislamiento de Aspergillus fumigatus.

Importancia clínica: La API es típicamente una enfermedad de inmunocomprometidos, pero su incidencia ha aumentado en pacientes en UCI con sepsis prolongada, EPOC o tratamientos antibióticos intensivos. Su diagnóstico precoz es clave, ya que la hemoptisis puede preceder al colapso respiratorio.

Integración clínica

La interacción entre estas tres condiciones genera una sinergia patológica peligrosa:

El shock séptico por S. aureus produjo una diseminación hematógena, causando piomiositis y facilitando el desarrollo de aspergilosis pulmonar por daño epitelial y alteración de la inmunidad local.

La coexistencia de infecciones fúngicas y bacterianas (coinfección) es cada vez más reconocida en pacientes críticos.

La hemoptisis e ictericia son manifestaciones de diseminación sistémica, daño pulmonar y hepático respectivamente, comunes en infecciones invasivas avanzadas.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra una presentación atípica y grave de coinfección por *Aspergillus spp.* y *Staphylococcus aureus* en un paciente sin inmunosupresión conocida, lo que resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica ante síntomas inusuales como hemoptisis, ictericia y dolor muscular. La identificación oportuna de infecciones fúngicas y bacterianas simultáneas, así como su adecuado

abordaje terapéutico con antimicrobianos dirigidos, drenaje quirúrgico y soporte intensivo, puede ser determinante en el pronóstico. Este reporte subraya la importancia del enfoque integral y multidisciplinario en el manejo de infecciones sistémicas complejas.

REFERENCIAS

Caso de mujer de 37 años con API complicando shock séptico y falla multiorgánica, confirmada por cultivo y galactomanano; tratamiento exitoso con caspofungina luego itraconazol PubMed.

Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. Clinical Infectious Diseases. 1992;15(4):668–677. Revisión de casi 100 casos no tropicales, implicancia del diagnóstico precoz y tratamiento efectivo Experts@Minnesota+1New England Journal of Medicine+1.

Ditsios K, et al. Deep fungal infections of the upper extremity: review y caso. Orthopedic Reviews. 2024. Reporte de aspergilosis profunda en músculo post-trauma sin inmunosupresión, con análisis diagnóstico y terapéutico orthopedicreviews.openmedicalpublishing.org

Falagas ME, et al. Pyomyositis asociada a malignidad hematológica. International Journal of Infectious Diseases. 2008. Describe piomiositis en contextos especiales, con evidencia de Staphylococcus aureus y relevancia del drenaje y antibióticos ScienceDirect.

Olson DP, et al. Community-Acquired MRSA Pyomyositis: Case Report and Literature Review. PMCID PMC3065056. 2011. Revisión del papel del Staphylococcus aureus (incluyendo MRSA) en piomiositis, su etiopatogenia y diagnóstico por imagen Omics Online Publishing+5PMC+5Revistas ASM+5.

Ono R, et al. Staphylococcus aureus bacteremia con foco diseminado y piomiositis en paciente inmunocompetente. PMCID PMC10910248. 2024. Caso reciente de piomiositis diseminada y bacteriemia en sujeto sin inmunosupresión SciELO Colombia+4PMC+4Wikipedia+4.

Sethi SM, et al. Invasive aspergillosis en paciente inmunocompetente joven con diseminación pulmonar y abdominal. Journal of Medical Case Reports. 2024. Muestra presentación atípica e importancia de biomarcadores (galactomanano, BD-glucán)

Serie de casos de piomiositis por Staphylococcus aureus (n=28), con evidencia de predominio en adultos y diagnóstico por cultivos y CT, con necesidad frecuente de drenaje quirúrgico .

Shin KE, Park S, Baek AR. Septic shock due to invasive pulmonary aspergillosis without conventional risk factors. Acute Crit Care. 2023;38(2):238-241. Caso de API en paciente sin factores de riesgo tradicionales, presentando shock séptico, diagnóstico por galactomanano y manejo con anfotericina liposomal tras fallo de voriconazol en.wikipedia.orgPMC+1PubMed+1.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons (cc) BY.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento al Dr. Cristian Galarza (Médico Internista) y al Dr. Andy Díaz (Médico Intensivista), por la aportación del conocimiento y equipo de trabajo para la resolución del caso clínico, el cual se pudo concluir con éxito, por orientarnos y permitir la revisión detallada del caso clínico.

ANEXOS

Figura 1

Exámenes de laboratorio: Antígeno Galactomano

ESPECIALES

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
ANTÍGENO GALACTOMANANO,ASPERGILLUS Quimioluminiscencia	* 1.28		

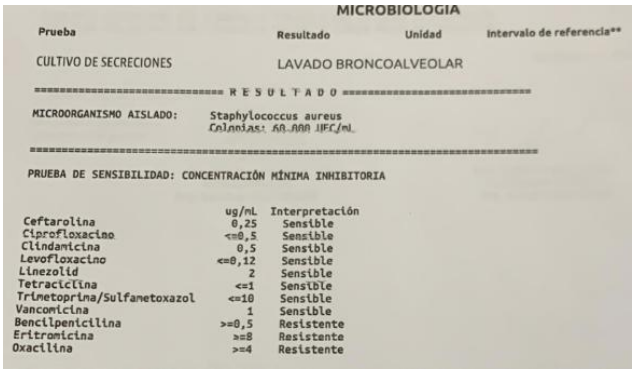
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:
LAVADO BRONCOALVEOLAR
POSITIVO: > 0.50
NEGATIVO: < 0.50

RESULTADO VALIDADO POR LABORATORIO DE REFERENCIA

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 2

Exámenes de laboratorio lavado broncoalveolar



MICROBIOLOGIA

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
CULTIVO DE SECRECIONES	LAVADO BRONCOALVEOLAR		

========== R E S U L T A D O ==========

MICROORGANISMO AISLADO: Staphylococcus aureus
Colonias: 60.000 UFC/mL

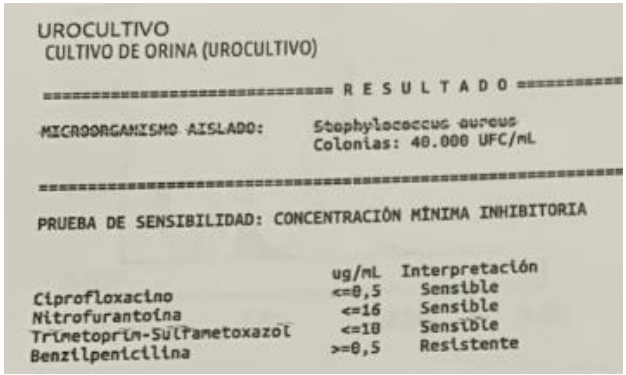
PRUEBA DE SENSIBILIDAD: CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA

	ug/mL	Interpretación
Ceftarolina	0,25	Sensible
Ciprofloxacino	<=0,5	Sensible
Clindamicina	0,5	Sensible
Levofloxacino	<=0,12	Sensible
Linezolid	2	Sensible
Tetraciclina	<=1	Sensible
Trimetoprina/Sulfametoxazol	<=10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible
Bencilpenicilina	>=0,5	Resistente
Eritromicina	>=8	Resistente
Oxacilina	>=4	Resistente

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 3

Exámenes de laboratorio: Urocultivo



UROCULTIVO
CULTIVO DE ORINA (UROCULTIVO)

========== R E S U L T A D O ==========

MICROORGANISMO AISLADO: Staphylococcus aureus
Colonias: 40.000 UFC/mL

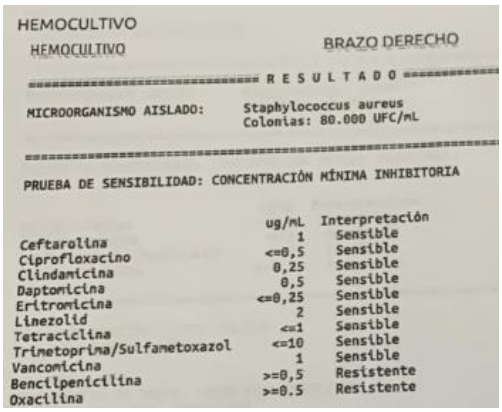
PRUEBA DE SENSIBILIDAD: CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA

	ug/mL	Interpretación
Ciprofloxacino	<=0,5	Sensible
Nitrofurantoina	<=16	Sensible
Trimetoprim-Sulfametoxazol	<=10	Sensible
Benzilpenicilina	>=0,5	Resistente

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 4

Exámenes de laboratorio: Hemocultivos



HEMOCULTIVO

HEMOCULTIVO — BRAZO DERECHO

RESULTADO

MICROORGANISMO AISLADO: Staphylococcus aureus
Colonias: 80.000 UFC/mL

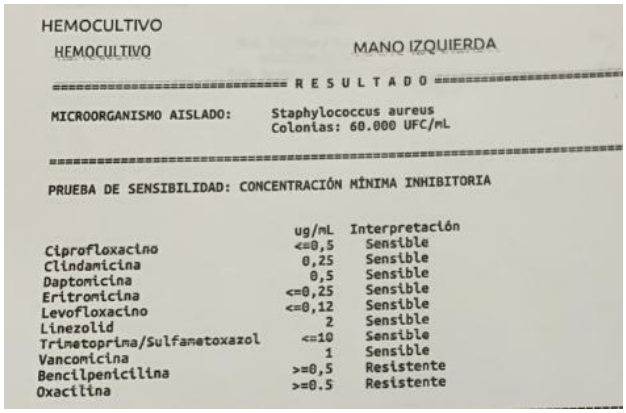
PRUEBA DE SENSIBILIDAD: CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA

	ug/mL	Interpretación
Ceftarolina	1	Sensible
Ciprofloxacino	<=0,5	Sensible
Clindamicina	0,25	Sensible
Daptomicina	0,5	Sensible
Eritromicina	<=0,25	Sensible
Linezolid	2	Sensible
Tetraciclina	<=1	Sensible
Trimetoprima/Sulfametoxazol	<=10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible
Bencilpenicilina	>=0,5	Resistente
Oxacilina	>=0.5	Resistente

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 5

Exámenes de laboratorio: generales: CPK y TSH



HEMOCULTIVO

HEMOCULTIVO — MANO IZQUIERDA

RESULTADO

MICROORGANISMO AISLADO: Staphylococcus aureus
Colonias: 60.000 UFC/mL

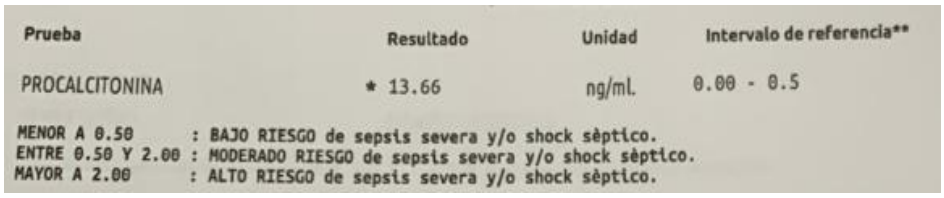
PRUEBA DE SENSIBILIDAD: CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA

	ug/mL	Interpretación
Ciprofloxacino	<=0,5	Sensible
Clindamicina	0,25	Sensible
Daptomicina	0,5	Sensible
Eritromicina	<=0,25	Sensible
Levofloxacino	<=0,12	Sensible
Linezolid	2	Sensible
Trimetoprima/Sulfametoxazol	<=10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible
Bencilpenicilina	>=0,5	Resistente
Oxacilina	>=0.5	Resistente

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 6

Exámenes de laboratorio: Procalcitonina



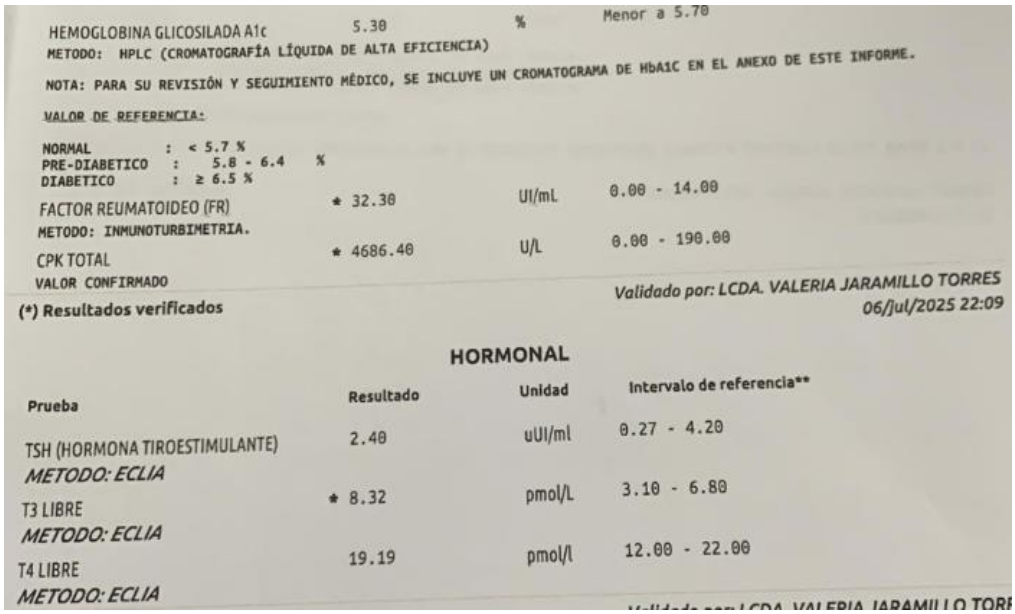
Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
PROCALCITONINA	* 13.66	ng/mL	0.00 - 0.5

MENOR A 0.50 : BAJO RIESGO de sepsis severa y/o shock sèptico.
ENTRE 0.50 Y 2.00 : MODERADO RIESGO de sepsis severa y/o shock sèptico.
MAYOR A 2.00 : ALTO RIESGO de sepsis severa y/o shock sèptico.

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.

Figura 7

Exámenes de laboratorio: Química Sanguínea.



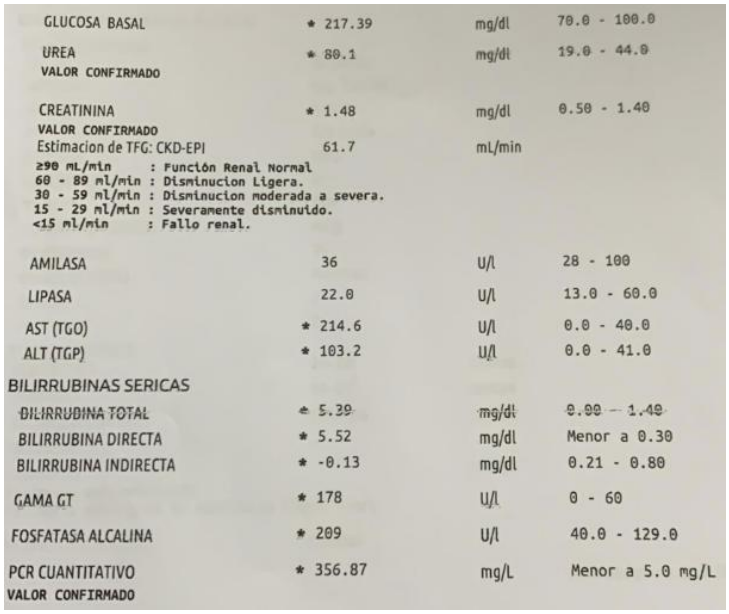
HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1c	5.30 %		Menor a 5.70
METODO: HPLC (CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA EFICIENCIA)			
NOTA: PARA SU REVISIÓN Y SEGUIMIENTO MÉDICO, SE INCLUYE UN CROMATOGRAMA DE HbA1C EN EL ANEXO DE ESTE INFORME.			
VALOR DE REFERENCIA:			
NORMAL : < 5.7 %			
PRE-DIABETICO : 5.8 - 6.4 %			
DIABETICO : ≥ 6.5 %			
FACTOR REUMATOIDEO (FR)	* 32.30	UI/mL	0.00 - 14.00
METODO: INMUNOTURBIMETRIA.			
CPK TOTAL	* 4686.40	U/L	0.00 - 190.00
VALOR CONFIRMADO			

(*) Resultados verificados

Validado por: LCDA. VALERIA JARAMILLO TORRES
06/jul/2025 22:09

HORMONAL

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE) METODO: ECLIA	2.40	uUI/ml	0.27 - 4.20
T3 LIBRE METODO: ECLIA	* 8.32	pmol/L	3.10 - 6.80
T4 LIBRE METODO: ECLIA	19.19	pmol/l	12.00 - 22.00



GLUCOSA BASAL	* 217.39	mg/dl	70.0 - 100.0
UREA	* 80.1	mg/dl	19.0 - 44.0
VALOR CONFIRMADO			
CREATININA	* 1.48	mg/dl	0.50 - 1.40
VALOR CONFIRMADO			
Estimacion de TFG: CKD-EPI	61.7	mL/min	
≥90 mL/min : Función Renal Normal			
60 - 89 ml/min : Disminucion Ligera.			
30 - 59 ml/min : Disminucion moderada a severa.			
15 - 29 ml/min : Severamente disminuido.			
<15 ml/min : Fallo renal.			
AMILASA	36	U/l	28 - 100
LIPASA	22.0	U/l	13.0 - 60.0
AST (TGO)	* 214.6	U/l	0.0 - 40.0
ALT (TGP)	* 103.2	U/l	0.0 - 41.0
BILIRRUBINAS SERICAS			
BILIRRUBINA TOTAL	* 5.39	mg/dl	0.00 - 1.49
BILIRRUBINA DIRECTA	* 5.52	mg/dl	Menor a 0.30
BILIRRUBINA INDIRECTA	* -0.13	mg/dl	0.21 - 0.80
GAMA GT	* 178	U/l	0 - 60
FOSFATASA ALCALINA	* 209	U/l	40.0 - 129.0
PCR CUANTITATIVO	* 356.87	mg/L	Menor a 5.0 mg/L
VALOR CONFIRMADO			

Fuente: Imagen tomada de: Clínica Abendaño.