

# INFECCIOSAS

## ASPERGILOSIS SISTÉMICA: DOS CASOS CLÍNICOS

J.R. Pedregosa, J. López, F. Rodríguez  
Hospital Veterinario Sur

### Caso clínico

#### Introducción

Se presentan dos casos clínicos diagnosticados el último año de aspergilosis sistémica.

Caso 1: Alaska Malamute, macho, de 5 años de edad, con un cuadro de cojera crónica del miembro anterior derecho. Ha sido tratado durante dos meses con antiinflamatorios no esteroideos y la cojera va en aumento. En la exploración observamos un abultamiento en el borde craneal de la escápula. La radiología no aporta información concluyente para saber el tipo de lesión. Se realiza una biopsia, dándonos un diagnóstico de posible criptococosis. Se instauro un tratamiento a base de fluconazol oral. Tras 15 días de tratamiento el animal ingresa en nuestro hospital con un cuadro agudo de insuficiencia renal. En el sedimento urinario encontramos hifas de *Aspergillus*. Tras 3 días de terapia intensiva el animal fallece.

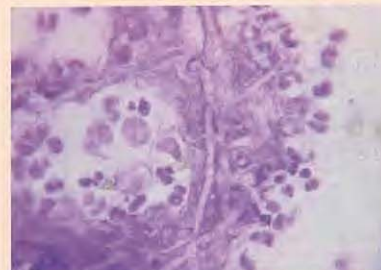
Caso 2: Dálmata, hembra de 4 años de edad, se presenta en el hospital con un cuadro de fiebre de origen indeterminado desde hace dos semanas y dolor inespecífico entre las escápulas. Instauramos un tratamiento a base de ciprofloxacino durante dos semanas, y no remite la fiebre ni la leucocitosis. Se realizan radiografías de raquis torácico y diagnosticamos una discospondilitis entre T7-T8. Como persiste el dolor y la fiebre, realizamos cultivos urinarios (mediante cistocentesis) y de líquido sinovial resultando negativos. Se realizan test serológicos de *Brucella* con el mismo resultado. Ante la negativa del propietario a realizar un abordaje quirúrgico a esta zona para la toma de muestras, prescribimos analgésicos antiinflamatorios y lincomicina como terapia de sostén. A los 15 días de tra-

tamiento el animal orina sangre, y se le vuelve a hacer un cultivo urinario (cistocentesis) dando positividad a *Aspergillus*. Durante 7 meses se ha instaurado un tratamiento a base de itraconazol y ketokonazol diario, sin poder detener el curso de la enfermedad. La discospondilitis se diseminó a varios espacios intervertebrales toracolumbares así como a los espacios entre las esternbras. En la última fase de la enfermedad aparecen úlceras en piel (con presencia de hifas en citología), atrofia del riñón izquierdo (ecografía), y condensación de lóbulos pulmonares craneales (radiografías).

#### Discusión

En este periodo los valores renales se mantuvieron dentro de los límites normales. El propietario decide la eutanasia del animal.

La Aspergilosis sistémica es una enfermedad infrecuente. Las especies causantes de la Aspergilosis sistémica son *A. terreus*, *A. deflexus* o *A. flavipes*, aunque en la mayoría de los casos es el *A. terreus* el causante de la infección. Se cree que la vía respiratoria es la puerta de entrada de estas especies, y luego se diseminan vía hematogena. También se ha sugerido inmunosupresión para el desarrollo de la enfermedad. Los síntomas clínicos habituales fueron: anorexia, depresión, pérdida de peso, fiebre, lumbodinia, cojeras, paresia, signos oculares y linfadenopatías. La anormalidad hematológica más usual es la leucocitosis con neutrofilia madura. El análisis bioquímico a veces proporciona un aumento de la fosfatasa alcalina, de las proteínas totales y de la urea. Una prueba diagnóstica simple y sencilla es la observación de las hifas



del hongo en el sedimento urinario, o bien el crecimiento del *Aspergillus* a partir de muestras de orina. Al ser un hongo ubicuo y poder encontrarse como contaminante de orina y secreciones, se puede realizar un diagnóstico serológico en sangre que nos dará una mayor especificidad sobre la especie causante de la infección (no se realizó en ninguno de los dos casos). El tratamiento de la Aspergilosis sistémica es infructuoso, pues en la mayoría de los casos no hay una remisión completa de la enfermedad. Los últimos compuestos imidazólicos (itraconazol) parecen tienen una actividad mayor contra *Aspergillus*, pero se necesitan terapias de mantenimiento continuo para sostener la remisión. Si se abandona el tratamiento el pronóstico es muy pobre.

*Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 40 Congreso Nacional AVEPA.*

