



Reporte de caso clínico de poliartritis séptica y trauma ortopédico múltiple en un felino Persa.

Trabajo de grado para optar por el título de Medicina Veterinaria

Valeria Aviles Gallego

Asesor

Natalia Sánchez Correa

Corporación Universitaria Lasallista
Facultad de ciencias Administrativas y Agropecuarias
Medicina Veterinaria
Caldas, Antioquia
2026

Resumen

La poliartritis séptica en felinos es una entidad poco frecuente y con documentación limitada en la literatura veterinaria, lo que dificulta su reconocimiento temprano y favorece retrasos diagnósticos con repercusiones funcionales importantes. El objetivo de este trabajo fue describir y analizar un caso clínico de poliartritis séptica asociada a trauma ortopédico múltiple en un felino joven, resaltando los desafíos diagnósticos y terapéuticos y la necesidad de un abordaje integral basado en evidencia. Se reporta un gato Persa, macho, de 4 meses de edad, con antecedentes de libre deambulación, que consultó por fiebre e inicio agudo de claudicación, con compromiso progresivo de múltiples articulaciones y lesiones cutáneas compatibles con contaminación secundaria. El enfoque diagnóstico incluyó examen clínico completo y lista de problemas, hemograma seriado, biomarcador inflamatorio (amiloide sérico), evaluación de estabilidad cardiorrespiratoria, estudios radiográficos de los miembros afectados y cultivo bacteriológico. Los hallazgos evidenciaron lesiones ortopédicas múltiples (incluyendo fracturas tipo Salter-Harris y luxaciones tarsales) junto con un proceso infeccioso osteoarticular sistémico, con respuesta inflamatoria marcada. El cultivo identificó bacterias de relevancia clínica, destacándose *Klebsiella pneumoniae* como agente etiológico poco común en infecciones osteoarticulares felinas. El tratamiento se fundamentó en analgesia multimodal, manejo local de heridas con debridación y vendajes, soporte hospitalario y antibioterapia guiada por resultados microbiológicos y evolución clínica, logrando mejoría progresiva del estado general, recuperación tisular y disminución de marcadores inflamatorios. Este caso subraya la importancia del diagnóstico oportuno, la interpretación integral del trauma como factor predisponente y el uso racional de antimicrobianos sustentado en evidencia para optimizar el pronóstico en pacientes felinos complejos.

Palabras clave: poliartritis séptica, felinos, *Klebsiella pneumoniae*, estreptococcus spp, complejo respiratorio felino, trauma ortopédico, reporte de caso.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| <i>Resumen</i> | 2 |
| <i>Introducción</i> | 7 |
| <i>Planteamiento del problema</i> | 9 |
| <i>Justificación</i> | 10 |
| <i>Objetivos</i> | 12 |
| Objetivo general | 12 |
| Objetivos específicos | 12 |
| <i>Marco teórico</i> | 13 |
| Etiología | 13 |
| Fisiopatología | 14 |
| Signos clínicos | 15 |
| Diagnóstico | 16 |
| Diagnósticos diferenciales | 17 |
| Trauma ortopédico agudo y lesiones periarticulares | 17 |
| Osteoartritis temprana y cambios degenerativos secundarios | 18 |
| Osteocondrodisplasia (Scottish Fold) y artropatía degenerativa juvenil | 18 |
| Poliartritis inmunomediada no erosiva (IMPA) | 18 |
| Artritis/clauidicación asociada a calicivirus felino (FCV) | 19 |
| Micosis sistémicas con compromiso osteoarticular | 19 |
| Tratamiento | 20 |
| Pronóstico | 23 |
| <i>Caso clínico</i> | 24 |
| 10 DE AGOSTO 2025 | 24 |
| 20 DE AGOSTO 2025 | 26 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 21 DE AGOSTO | 30 |
| | 33 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 22 DE AGOSTO | 33 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 23 DE AGOSTO | 36 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 24 DE AGOSTO | 36 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 25 DE AGOSTO | 36 |
| SEGUIMIENTO HOSPITAL 26 DE AGOSTO | 39 |
| ALTA HOSPITALARIA | 40 |
| SEGUIMIENTO CLÍNICO 27 DE AGOSTO | 40 |

| | |
|---|----|
| SEGUIMIENTO CLÍNICO TELEFONICO 28 DE AGOSTO _____ | 41 |
| SEGUIMIENTO CLÍNICO 29 DE AGOSTO _____ | 42 |
| SEGUIMIENTO CLINICO 03 DE SEPTIEMBRE _____ | 42 |
| <i>Discusión</i> _____ | 43 |
| <i>Conclusiones</i> _____ | 49 |
| <i>Referencias</i> _____ | 51 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Resultados del análisis de gases sanguíneos al ingreso hospitalario del paciente felino | 30 |
| Tabla 2. Informe resultado de Amiloide Sérico-21/08/2025 | 31 |
| Tabla 3. Informe resultado de Albumina, bilirrubina total y creatinina- 21/08/2025 | 32 |
| Tabla 4. Informe resultado de Hemograma -21/08/2025 | 32 |
| Tabla 5. Informe resultado Albumina, Bilirrubina total, creatinina- 25/08/2025 | 37 |
| Tabla 6. Informe resultado de hemograma- 25/08/2025 | 38 |
| Tabla 7. . Informe resultado de Amiloide Sérico-25/08/2025 | 38 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| <i>Figura 1. Representación esquemática de la artritis séptica felina y la respuesta inflamatoria articular</i> | 15 |
| <i>Figura 2. Antibióticos utilizados para tratar la artritis infecciosa en gatos</i> | 22 |
| <i>Figura 3. Dosis sugeridas de analgésicos para uso en gatos</i> | 22 |
| <i>Figura 4. Paciente felino durante manejo intrahospitalario</i> | 27 |
| <i>Figura 5. Estudio radiográfico del miembro torácico izquierdo (A y C) y del miembro pélvico derecho (B) del paciente felino</i> | 33 |
| <i>Figura 6. Paciente felino con catéter venoso central durante manejo intrahospitalario.</i> | 35 |
| <i>Figura 7. Evolución de las lesiones cutáneas en el miembro pélvico (A) y torácico (B) del paciente felino durante la hospitalización</i> | 39 |
| <i>Figura 8. Informe resultado de cultivo del miembro posterior derecho -27/08/2025</i> | 40 |
| <i>Figura 9. Informe resultado de cultivo del miembro anterior izquierdo -27/08/2025</i> | 41 |

Introducción

La claudicación de inicio agudo acompañada de fiebre en el gato plantea un escenario clínico en el que el diagnóstico debe construirse de manera integrada, ya que la sinología locomotora puede corresponder tanto a una lesión traumática localizada como a un proceso osteoarticular infeccioso o a una enfermedad articular inflamatoria de origen no infeccioso. En estos casos, la dificultad no radica únicamente en reconocer la presencia de dolor y alteración de la marcha, sino en establecer si el cuadro responde a un evento ortopédico aislado o si se trata de un síndrome sistémico con compromiso poliarticular, en el que la inflamación sostenida puede traducirse en deterioro funcional y secuelas permanentes si no se interviene oportunamente (Wootton et al., 2022; Perry, 2015).

La enfermedad articular inflamatoria en felinos incluye etiologías inmunomediadas e infecciosas, con presentaciones clínicas que pueden superponerse. En las formas inmunomediadas se describen hallazgos compatibles con inflamación estéril y características laboratoriales asociadas a respuesta inflamatoria sistémica, lo cual obliga a considerar comorbilidades y desencadenantes que modulan el curso clínico (Wootton et al., 2022). Por otra parte, en las poliartritis infecciosas la cavidad sinovial puede ser colonizada por diversos agentes y desencadenar sinovitis severa y daño articular progresivo. Dentro de este grupo, los estreptococos tienen relevancia por su potencial oportunista y por su asociación con condiciones predisponentes, lo que implica consideraciones clínicas y preventivas en el manejo de felinos expuestos a factores de riesgo (Frymus et al., 2015). Además, aunque menos frecuentes, se han documentado etiologías no convencionales como infecciones por *Mycoplasma* y cuadros micóticos con compromiso osteoarticular, los cuales amplían el diagnóstico diferencial cuando la evolución no es la esperada o cuando hay señales sistémicas persistentes (Zeugswetter et al., 2007; Glavinić et al., 2024).

En paralelo, la evidencia reciente ha reforzado que algunos agentes virales, tradicionalmente relacionados con enfermedad respiratoria, pueden participar en manifestaciones sistémicas con compromiso articular. En particular, el calicivirus felino ha sido abordado como un agente con potencial artrítogénico y se ha reportado su detección en líquido sinovial y tejidos articulares en gatos con claudicación, incluso sin un predominio claro de signos respiratorios, lo que obliga a contemplar esta etiología en pacientes con fiebre, dolor poliarticular y hallazgos compatibles (Balboni et al., 2022; Lanave et al., 2023; Wei et al., 2024).

Desde el enfoque diagnóstico, la clave en los cuadros complejos no es una sola prueba, sino la integración escalonada de información clínica, laboratorio, microbiología e imagen. La radiografía permite orientar el diagnóstico diferencial entre patrones traumáticos y cambios compatibles con enfermedad articular, y resulta especialmente útil cuando se requiere distinguir lesiones ortopédicas de procesos inflamatorios que comprometen tejidos periarticulares (Perry, 2015). En casos con sospecha de lesiones complejas, microfracturas, luxaciones múltiples o compromiso óseo sutil, las técnicas de imagen avanzadas donde se incluye la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la ecografía musculoesquelética/articular, y la artrografía con medio de contraste pueden aportar mayor sensibilidad para caracterizar el daño y apoyar la toma de decisiones terapéuticas (Major et al., 2016). De igual forma, la confirmación etiológica mediante cultivo y pruebas de susceptibilidad, cuando está disponible, adquiere un valor central porque permite sostener decisiones antimicrobianas más precisas y alineadas con el principio de uso racional, especialmente frente a patógenos oportunistas y perfiles variables de resistencia (Papich, 2021).

Este análisis se vuelve aún más exigente cuando existe trauma ortopédico múltiple, lesiones abiertas o contaminación de tejidos blandos. El trauma puede explicar parte de la claudicación, pero también puede actuar como factor predisponente para infección secundaria y modificar la presentación clínica, haciendo menos evidente un compromiso articular sistémico concomitante. En consecuencia, el abordaje del paciente politraumatizado requiere una valoración ortopédica cuidadosa, soporte analgésico adecuado y decisiones terapéuticas sustentadas en la evolución clínica y la evidencia disponible (Bojrab & Monnet, 2016; Perry, 2015). En este contexto, el presente trabajo describe y analiza un caso clínico en un felino joven con compromiso osteoarticular complejo, en el que confluyen signos sistémicos, lesiones ortopédicas múltiples y hallazgos compatibles con un proceso infeccioso articular, resaltando puntos críticos para el reconocimiento temprano y la toma de decisiones basada en evidencia.

Planteamiento del problema

La poliartritis en felinos representa un desafío clínico de alta complejidad dentro de la medicina veterinaria, en parte porque la evidencia disponible es limitada y la descripción de casos en gatos es menos frecuente que en caninos, lo que restringe la comprensión de su presentación, diagnóstico y abordaje terapéutico (Wootton et al., 2022). Este vacío en la literatura y su traducción a la práctica clínica incrementan el riesgo de diagnósticos erróneos, retrasos en la instauración del tratamiento y, en consecuencia, un pronóstico desfavorable para los pacientes afectados.

En términos generales, la poliartritis séptica puede originarse por la colonización articular de microorganismos bacterianos, micoplásmicos o micóticos, y también puede coexistir o confundirse con procesos sistémicos de otra naturaleza, generando inflamación severa y dolor articular persistente (Balboni et al., 2022; Zeugswetter et al., 2007; Glavinić et al., 2024). Los signos clínicos asociados suelen ser inespecíficos e incluyen fiebre, letargia, inapetencia, claudicación e inflamación articular, lo que favorece su confusión con trauma ortopédico o procesos degenerativos y puede retrasar la confirmación diagnóstica (Perry, 2015). A esto se suma que alcanzar un diagnóstico certero con frecuencia requiere integrar múltiples herramientas, como la citología del líquido sinovial, cultivos bacterianos y micológicos, técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la PCR cuantitativa con transcriptasa reversa (RT-qPCR), pruebas serológicas y métodos de imagen. En particular, la radiografía orienta el diagnóstico diferencial inicial, mientras que la tomografía computarizada puede aportar mayor sensibilidad en lesiones complejas, microfracturas o compromiso óseo sutil, especialmente cuando coexisten hallazgos traumáticos e infecciosos (Major et al., 2016; Perry, 2015; Balboni et al., 2022; Lanave et al., 2023).

Sin embargo, en la práctica clínica no siempre se dispone de recursos diagnósticos suficientes ni de rutas estandarizadas aplicables a felinos, lo que favorece el subdiagnóstico o la interpretación parcial del cuadro. En este contexto, el caso clínico que se presenta ilustra la complejidad de diferenciar un proceso infeccioso osteoarticular de lesiones traumáticas concomitantes y resalta la necesidad de documentar y analizar este tipo de presentaciones para fortalecer el reconocimiento temprano, orientar decisiones terapéuticas sustentadas en evidencia y contribuir al abordaje de futuros pacientes (Balboni et al., 2022; Papich, 2021).

Justificación

La relevancia académica de este estudio, titulado “*Reporte de caso clínico de poliartritis séptica y trauma ortopédico múltiple en un felino Persa*”, radica en su contribución a la literatura existente, ofreciendo un análisis detallado de la presentación clínica, los métodos diagnósticos y el manejo terapéutico de un caso felino con poliartritis séptica. Al sistematizar esta experiencia clínica, se genera un referente útil para la formación de estudiantes y médicos veterinarios, quienes podrán reconocer esta patología con mayor facilidad y mejorar sus decisiones clínicas. Además, la descripción de casos poco comunes fomenta la investigación y motiva la construcción de protocolos diagnósticos y terapéuticos adaptados a la especie felina (Wootton et al., 2022; Innes & Harari, 2020).

Desde el punto de vista tecnológico, el caso evidencia la utilidad de integrar herramientas diagnósticas avanzadas como la ecografía FAST/T-FAST para la monitorización rápida, la tomografía computarizada para la evaluación detallada de lesiones articulares y óseas, así como pruebas moleculares (PCR en tiempo real) y biomarcadores séricos para confirmar procesos infecciosos y sistémicos. Así mismo, en el ámbito terapéutico se destaca la implementación de técnicas modernas como el uso de catéter venoso central, analgesia multimodal y antibióticos de amplio espectro, que mejoran significativamente el manejo hospitalario de pacientes críticos. Este abordaje refleja la aplicabilidad de innovaciones tecnológicas que fortalecen la medicina felina (Balboni et al., 2022; Innes, 2021).

En el ámbito social y económico, la importancia de este caso clínico radica en que un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado no solo mejoran la calidad de vida y reducen el sufrimiento animal, sino que también evitan hospitalizaciones prolongadas y gastos innecesarios para los tutores. De igual forma, el reporte resalta la necesidad de fortalecer la tenencia responsable y la prevención mediante la vacunación y controles médicos periódicos, en especial en hogares con múltiples gatos, donde aumenta el riesgo de transmisión de agentes del complejo respiratorio felino, ya que en este caso se considera que la presencia de dicho complejo pudo contribuir a exacerbar la sintomatología y complicar la evolución clínica del paciente.

Finalmente, este trabajo contribuye a cerrar una brecha en el conocimiento, mostrando que la documentación y análisis de casos clínicos en felinos son esenciales para el avance de la medicina veterinaria. Sus aportes tienen implicaciones a largo plazo, pues pueden servir como base

para futuras investigaciones, favorecer la creación de protocolos diagnósticos y terapéuticos específicos, y mejorar la práctica clínica en el abordaje de enfermedades articulares complejas en esta especie.

Asimismo, este estudio promueve la importancia de la medicina basada en la evidencia como herramienta fundamental para fortalecer la toma de decisiones clínicas en pequeños animales. El análisis sistemático de este caso permite integrar conocimientos anatómicos, fisiopatológicos y terapéuticos, reforzando el enfoque multidisciplinario que requiere el manejo del dolor, la movilidad y la respuesta inmune en pacientes felinos. Desde esta perspectiva, el trabajo no solo aporta al conocimiento científico, sino también al bienestar animal, al propiciar una atención más ética, informada y centrada en las necesidades específicas de cada individuo.

Objetivos

Objetivo general

Describir el abordaje clínico de un felino Persa con poliartritis séptica y trauma ortopédico múltiple, destacando las herramientas diagnósticas y terapéuticas empleadas.

Objetivos específicos

1. Revisar la evidencia científica sobre poliartritis séptica y trauma ortopédico en felinos, resaltando factores de riesgo y comorbilidades que pudieron influir en la evolución clínica y su posible relación con el complejo respiratorio felino.
2. Describir la evolución clínica del paciente con poliartritis séptica, incluyendo signos observados y métodos diagnósticos.
3. Mencionar los procedimientos médicos, quirúrgicos y tratamientos instaurados en el paciente, evaluando su efectividad en la recuperación.
4. Establecer una discusión crítica entre la evidencia científica disponible sobre poliartritis séptica y complejo respiratorio en felinos y los hallazgos obtenidos en el caso clínico.

Marco teórico

Etiología

La poliartritis en felinos constituye una condición poco reportada en la literatura, en comparación con lo descrito en caninos, pero su relevancia clínica es innegable dado el impacto sobre la movilidad, la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. En términos generales, la enfermedad articular inflamatoria en gatos se clasifica en dos grandes grupos: infecciosa (séptica) y no infecciosa (inmunomediada). Las formas inmunomediadas pueden dividirse a su vez en erosivas y no erosivas, siendo esta última la más común en la especie felina. La poliartritis inmune mediada (IMPA) se caracteriza por la inflamación estéril de múltiples articulaciones, con predominio de neutrófilos no degenerados en el líquido sinovial, sin evidencia de bacterias intracelulares ni extracelulares. Este proceso puede originarse por una respuesta inmune aberrante dirigida directamente contra las articulaciones o por la deposición de complejos inmunes circulantes. A su vez, la IMPA se clasifica en formas asociativas y no asociativas, dependiendo de la presencia de enfermedades subyacentes como neumonía, pielonefritis, toxoplasmosis, leucemia felina, peritonitis infecciosa felina o desórdenes mielodisplásicos, las cuales pueden actuar como desencadenantes del proceso inflamatorio (Wootton et al., 2022).

En los últimos años, las técnicas moleculares han demostrado gran utilidad para esclarecer la participación de agentes virales en cuadros articulares felinos. El calicivirus felino (FCV), reconocido clásicamente como un patógeno respiratorio y oral, ha sido identificado en líquido y membranas sinoviales de gatos con poliartritis. La detección de ARN viral y antígenos mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción reversa en Tiempo Real (RT-qPCR) e inmunohistoquímica respalda su papel como agente causal directo o como desencadenante de procesos inmunomediados. Clínicamente, estos pacientes presentan fiebre, letargia, anorexia y claudicación dolorosa en múltiples articulaciones, incluso sin manifestaciones respiratorias concomitantes, lo que amplía el espectro de presentación del FCV y justifica su inclusión en los diagnósticos diferenciales de poliartritis felina (Balboni et al., 2022).

A la etiología viral y bacteriana se suma la micótica, aunque mucho menos frecuente. *Cryptococcus neoformans* var. *grubii* ha sido reportado como responsable de inflamación articular

severa inicialmente interpretada como poliartritis inmune mediada. Este agente, aunque raro, puede afectar las articulaciones mediante diseminación hematogena o extensión local de infecciones cutáneas o respiratorias (Glavinić et al., 2024). Asimismo, los estreptococos, en especial *Streptococcus canis* y *Streptococcus equi* subsp. *zooepidemicus*, aunque forman parte de la flora comensal, pueden convertirse en patógenos oportunistas bajo condiciones de inmunosupresión o hacinamiento, causando poliartritis séptica con desenlaces graves si no se instauro tratamiento antibiótico oportuno (Frymus et al., 2015).

En los casos donde la infección se asocia a trauma, heridas penetrantes o fracturas abiertas, la contaminación bacteriana local actúa como factor desencadenante del proceso séptico. Los gatos politraumatizados presentan un riesgo elevado de infecciones osteoarticulares, especialmente cuando existe compromiso de tejidos blandos o se requiere intervención quirúrgica múltiple. El trauma ortopédico múltiple, por sí mismo, genera una cascada inflamatoria sistémica que puede agravar cuadros infecciosos preexistentes o predisponer a la aparición de artritis séptica secundaria. (Innes, 2021; Perry, 2015; Wootton et al., 2022).

Fisiopatología

Desde un punto de vista fisiopatológico, la poliartritis séptica implica la invasión de la cavidad articular por agentes infecciosos, lo que provoca una reacción inflamatoria aguda caracterizada por la infiltración de neutrófilos, liberación de enzimas proteolíticas y destrucción del cartílago articular. Este proceso, si no se controla, conduce a deformidades permanentes y pérdida de la función articular. En la infección viral por FCV, el virus presenta tropismo por las células epiteliales, endoteliales y sinoviales, donde se replica e induce una respuesta inflamatoria mediada por citoquinas que contribuye a la degeneración del tejido articular y al dolor (Wei et al., 2024).

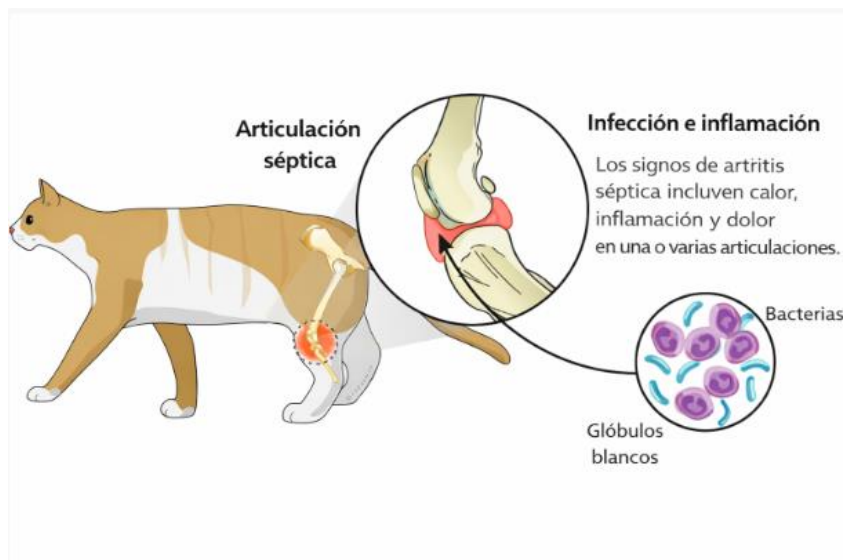
En las infecciones micóticas como la criptococosis, la presencia de cápsulas polisacáridas del hongo dificulta la fagocitosis, prolongando la inflamación y generando destrucción progresiva del tejido sinovial (Glavinić et al., 2024). De manera similar, los *Streptococcus spp.* liberan exotoxinas y enzimas que alteran la matriz sinovial, intensificando la respuesta inflamatoria. La persistencia de antígenos virales, bacterianos o micóticos puede generar una estimulación inmune continua, con formación de complejos antígeno-anticuerpo que perpetúan la inflamación incluso después de la eliminación del agente causal. (Frymus et al., 2015).

Signos clínicos

Clínicamente, los gatos con poliartritis suelen presentar signos inespecíficos, siendo la cojera el hallazgo más constante, reportado en prácticamente el 100 % de los casos. A este síntoma cardinal se suman fiebre, letargia, inapetencia y disminución de la movilidad, todos ellos reflejo del carácter sistémico de la enfermedad. En los análisis hematológicos se han descrito alteraciones como neutrofilia, linfopenia, hiperglobulinemia e hipoalbuminemia, compatibles con un estado inflamatorio crónico. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son el carpo, el tarso y la rodilla, lo que sugiere cierta predilección anatómica en la presentación de la enfermedad (Wootton et al., 2022).

En el contexto del trauma ortopédico múltiple, los signos clínicos incluyen dolor intenso, inflamación localizada, deformidades visibles, crepitación y alteración marcada de la marcha. Cuando el trauma se combina con una infección articular, el dolor puede exacerbarse y la movilidad se ve gravemente comprometida, dificultando la diferenciación clínica entre ambas condiciones sin pruebas complementarias. (Perry, 2015; Major et al., 2016).

Figura 1. Representación esquemática de la artritis séptica felina y la respuesta inflamatoria articular



Nota. Adaptado de *Septic arthritis in cats*, por Weir, M., Hunter, T., & Downing, R. (s. f.), VCA Animal Hospitals. <https://vcahospitals.com/know-your-pet/septic-arthritis-in-cats>

Diagnóstico

El diagnóstico de poliartritis en gatos constituye un verdadero reto clínico, ya que la diferenciación entre formas infecciosas e inmunomediadas es indispensable para establecer un tratamiento adecuado. El estándar de oro lo representa la sinoviocentesis con análisis citológico del líquido sinovial. En la artritis séptica, este líquido suele presentar turbidez, reducción de viscosidad y predominio de neutrófilos degenerados, a menudo con bacterias intracelulares. En contraste, en la poliartritis inmune mediada se observa un exudado inflamatorio con neutrófilos no degenerados y ausencia de microorganismos. Los cultivos bacterianos y micológicos son herramientas clave para confirmar la etiología infecciosa, aunque en ocasiones su rendimiento es bajo, como ocurre con microorganismos oportunistas es decir, agentes con requerimientos nutricionales o ambientales especiales que dificultan su crecimiento en medios de cultivo convencionales. Tal es el caso de *Mycoplasma gateae*, aislado únicamente mediante cultivos en condiciones anaerobias, en un gato con poliartritis erosiva y fiebre persistente, lo que resalta la necesidad de métodos diagnósticos especializados en casos complejos (Zeugswetter et al., 2007).

En los últimos años, las técnicas moleculares han adquirido gran relevancia en el diagnóstico de poliartritis viral, especialmente asociada al calicivirus felino (FCV). Wei et al. (2024) demostraron que ciertas cepas virulentas del virus poseen afinidad por las células sinoviales, lo que explica su detección en líquido articular mediante RT-qPCR. De igual forma, Lanave et al. (2023) confirmaron la presencia de ARN viral en líquido sinovial de gatos con cojera, evidenciando su papel como agente artrítogénico incluso en ausencia de signos respiratorios. Estos hallazgos respaldan el uso de herramientas moleculares en la confirmación etiológica de poliartritis y en la diferenciación entre procesos sépticos, inmunomediados o virales.

Las técnicas de imagen también desempeñan un papel esencial en el diagnóstico diferencial. La radiografía constituye el método inicial de elección, ya que permite identificar efusión articular, osteólisis subcondral, erosiones y proliferación periostal en artritis infecciosas, mientras que en lesiones traumáticas concomitantes se observan fracturas, luxaciones o remodelaciones óseas localizadas. En fases tempranas, las radiografías pueden no evidenciar cambios relevantes, por lo que la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética ofrecen mayor sensibilidad para detectar lesiones articulares y periarticulares, como se ha demostrado en infecciones micobacterianas con compromiso osteoarticular (Major et al., 2016).

Wei et al. (2024). En este contexto, la tomografía computarizada (TC) ofrece una mejor resolución ósea, permitiendo detectar con mayor precisión microfracturas, secuestros óseos, áreas de osteólisis incipiente y compromiso cortical, hallazgos relevantes en infecciones osteoarticulares complejas o politraumatismos (Major et al., 2016). Destacan además la utilidad de la resonancia magnética para identificar edema de médula ósea y efusiones articulares asociadas a infección viral o bacteriana, mejorando la precisión diagnóstica en cuadros mixtos de poliartritis y trauma (Perry, 2015).

Como apoyo a la valoración sistémica y al seguimiento clínico en gatos con sospecha de procesos infecciosos o inflamatorios severos, puede considerarse la medición de amiloide sérico A (SAA), reconocido como un reactante de fase aguda mayor en la especie felina y útil para detectar la presencia de inflamación (Rossi et al., 2023). En pacientes críticos, el SAA ha mostrado utilidad diagnóstica y pronóstica en escenarios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) asociado tanto a trauma como a sepsis, evidenciando incrementos significativos frente a gatos sanos y aportando información complementaria a la evaluación clínica tradicional (Troia et al., 2017). De forma adicional, se ha descrito que la concentración de SAA en gatos con diversas enfermedades puede comportarse como un indicador predictivo de pronóstico, lo que respalda su empleo como biomarcador de apoyo cuando se requiere monitorizar evolución y respuesta general al tratamiento (Tamamoto et al., 2013). No obstante, debe interpretarse con cautela, ya que el SAA también se eleva ante daño tisular y procesos posquirúrgicos, por lo que su lectura debe integrarse con la historia clínica, el examen físico y los hallazgos específicos del líquido sinovial e imagenología, sin reemplazar el diagnóstico etiológico articular (Cuervo et al., 2024; Rossi et al., 2023).

Diagnósticos diferenciales

Trauma ortopédico agudo y lesiones periarticulares

En gatos jóvenes, el trauma (caídas desde altura, atropellos, peleas o juegos bruscos) es una de las causas más frecuentes de claudicación y dolor agudo. Suele manifestarse con hallazgos más localizados (dolor marcado a la palpación, deformidad, crepitación, impotencia funcional, heridas o aumento de volumen focal) y, en muchos casos, la claudicación se asocia a una extremidad específica. La imagenología permite diferenciar fracturas, luxaciones o avulsiones de procesos inflamatorios articulares; sin embargo, cuando existe efusión articular secundaria al trauma, el

cuadro puede simular una artritis. Por esto, la correlación clínico–radiográfica y, si hay derrame o duda diagnóstica, el análisis del líquido sinovial se vuelven determinantes para distinguir trauma aislado vs. patología articular primaria (Perry, 2015; Lamb, 2012).

Osteoartritis temprana y cambios degenerativos secundarios

Aunque la osteoartritis (OA) se reconoce con mayor frecuencia en gatos adultos, puede presentarse en animales jóvenes como degeneración secundaria a traumatismos previos, incongruencias articulares, alteraciones del desarrollo o condiciones ortopédicas predisponentes. Su curso suele ser crónico o insidioso, con dolor fluctuante, menor tolerancia al ejercicio y cambios conductuales (p. ej., menor disposición a saltar), sin que necesariamente predominen signos sistémicos como fiebre. En gatos, la OA es una fuente relevante de dolor crónico y puede subdiagnosticarse porque los signos pueden ser sutiles y el examen requiere enfoque dirigido y soporte imagenológico según el caso (Lefort-Holguin et al., 2025).

Osteocondrodisplasia (Scottish Fold) y artropatía degenerativa juvenil

Si el paciente corresponde a Scottish Fold (o existe sospecha de cruce), la osteocondrodisplasia es un diferencial prioritario por su asociación con dolor articular, deformidades y enfermedad degenerativa progresiva desde edades tempranas. Clínicamente puede observarse rigidez, rechazo al salto, dolor crónico, claudicación y limitación funcional; radiográficamente, se reportan cambios compatibles con artropatía degenerativa y alteraciones esqueléticas características. En términos diagnósticos, puede parecer “poliartritis” por la intensidad del dolor y el compromiso locomotor, pero su naturaleza es ortopédica y degenerativa por lo cual se orienta por antecedentes de raza y hallazgos radiográficos típicos; además, se han descrito asociaciones genéticas (TRPV4) relacionadas con el fenotipo osteoarticular (Velie et al., 2023; Sartore et al., 2023).

Poliartritis inmunomediada no erosiva (IMPA)

La poliartritis inmunomediada felina puede presentarse con claudicación y signos sistémicos variables; el punto clave es que se trata de una inflamación articular estéril, típicamente con predominio de neutrófilos en el líquido sinovial pero sin evidencia de microorganismos. Puede superponerse clínicamente con artritis séptica (p. ej., fiebre y claudicación), por lo que el

diagnóstico requiere integrar citología, cultivos y evaluación de comorbilidades antes de considerar inmunosupresión. En series clínicas de IMPA felina, la cojera se describe como un hallazgo muy consistente, con fiebre presente en una proporción relevante de casos, reforzando la necesidad de confirmación citológica y exclusión de infección (Wootton et al., 2022).

Artritis/clauidicación asociada a calicivirus felino (FCV)

El FCV puede manifestarse con claudicación dolorosa, incluso cuando las manifestaciones respiratorias u orales son ausentes, leves o ya se resolvieron. La literatura actual resalta que el FCV no se limita al tracto respiratorio superior: su alta variabilidad y capacidad de generar enfermedad sistémica se asocia con mecanismos de patogénesis que incluyen inflamación mediada por citoquinas, tropismo tisular y fenómenos inmunes; por ello, el compromiso articular forma parte del espectro clínico y debe considerarse cuando la claudicación no se explica por trauma y el patrón clínico sugiere un proceso inflamatorio (Wei et al., 2024).

En la clínica, el FCV puede presentarse como síndrome de cojera con fiebre, letargia y dolor articular, con afectación monoarticular o poliarticular. La sospecha aumenta con antecedentes de exposición a otros gatos (refugios, criaderos, hogares multicat), historial reciente de enfermedad respiratoria/oral o presencia de lesiones compatibles, aunque estos signos no son obligatorios para que exista compromiso articular. A nivel de evidencia tisular, se ha documentado la presencia del virus en membranas sinoviales mediante inmunohistoquímica, apoyando su relevancia en cuadros persistentes de poliartritis (Balboni et al., 2022).

Además, en brotes y casos clínicos se ha descrito la utilidad de confirmar FCV mediante diagnóstico molecular, ya que se han reportado cuadros donde la claudicación aparece como signo destacado del proceso infeccioso. En este contexto, la identificación del virus (según disponibilidad de pruebas) ayuda a sostener el FCV como causa o contribuyente del cuadro y a diferenciarlo de artritis bacteriana primaria, especialmente cuando no hay bacterias en citología o cuando los cultivos resultan negativos (Lanave et al., 2023).

Micosis sistémicas con compromiso osteoarticular

Aunque es infrecuente, en gatos puede presentarse enfermedad micótica sistémica con manifestaciones crónicas complejas, y la criptococosis es un diferencial relevante cuando el curso es atípico, persistente o no responde a abordajes esperados. Su importancia radica en que puede

simular procesos inflamatorios prolongados y requerir confirmación por citología/histopatología y pruebas específicas, dado que el tratamiento cambia por completo hacia antifúngicos de uso prolongado. Reportes recientes recuerdan que, incluso en regiones donde es rara, debe mantenerse en el radar diagnóstico veterinario por su impacto clínico y necesidad de diagnóstico oportuno (Glavinić et al., 2024)

Tratamiento

El tratamiento de la artritis séptica en gatos se centra en controlar la infección, reducir el daño articular y aliviar el dolor para recuperar la movilidad y el bienestar del paciente. Con el fin de optimizar el diagnóstico y orientar correctamente la terapia, se recomienda realizar sinoviocentesis para citología y cultivo antes de iniciar antibióticos; aun así, cuando el paciente presenta dolor intenso o compromiso sistémico, la antibioterapia debe iniciarse inmediatamente después de la toma de muestras, sin esperar los resultados (Lemetayer & Taylor, 2014).

En la fase inicial, Lemetayer y Taylor (2014) describen como una opción empírica frecuente un β -lactámico con inhibidor de β -lactamasas, particularmente amoxicilina-ácido clavulánico (12–25 mg/kg VO c/12 h), esquema resumido en la figura 2 (Lemetayer & Taylor, 2014). Este enfoque permite cubrir patógenos bacterianos comunes mientras se obtiene el cultivo y, posteriormente, ajustar el antibiótico de acuerdo con el antibiograma y la evolución clínica. En escenarios donde los hallazgos citológicos o la sospecha clínica orienten hacia bacterias gramnegativas/coliformes, pueden considerarse fluoroquinolonas; por ello, se menciona la enrofloxacin (5 mg/kg VO o SC c/24 h) o la pradofloxacin (5–7,5 mg/kg VO c/24 h), (Lemetayer & Taylor, 2014). No obstante, se enfatiza que algunas fluoroquinolonas pueden asociarse a toxicidad ocular/retinal en gatos, por lo que su uso debe reservarse para situaciones justificadas y, preferiblemente, guiadas por cultivo y sensibilidad; en ese marco, se resalta el perfil de seguridad mejorado de pradofloxacin frente a alternativas clásicas.

Una vez instaurado el tratamiento, la respuesta clínica temprana es un indicador esencial. Se ha descrito que parte de los casos agudos pueden responder a antibióticos sistémicos; sin embargo, si no se evidencia una mejoría marcada dentro de 2–3 días, se recomienda valorar medidas más invasivas como lavado articular y desbridamiento, con el propósito de disminuir la carga infecciosa, eliminar fibrina y detritos inflamatorios y reducir mediadores locales que perpetúan la destrucción del cartílago (Lemetayer & Taylor, 2014). En cuanto a la duración, se

propone mantener la antibioterapia por un mínimo de 4–6 semanas, prolongándola hasta consolidar la resolución clínica, junto con reposo o restricción controlada de la actividad para facilitar la recuperación articular (Lemetayer & Taylor, 2014).

En paralelo, el manejo del dolor debe ser multimodal y ajustado a la intensidad del cuadro, combinando analgésicos de diferentes familias para mejorar el control del dolor y reducir la necesidad de dosis altas de un solo fármaco. En este sentido, Lemetayer y Taylor (2014) incluyen esquemas felinos con dosis y precauciones para sostener el plan analgésico. Como antiinflamatorio no esteroideo, puede emplearse meloxicam en pauta de 0,1 mg/kg VO el día 1, seguido de 0,05 mg/kg VO c/24 h, con posibilidad de disminuir a 0,01–0,03 mg/kg c/24 h según respuesta, tal como se resume en la Figura 3 (Lemetayer & Taylor, 2014). Este fármaco debe evitarse en pacientes tratados con glucocorticoides, con insuficiencia renal o en gatitos menores de 12 semanas, por el riesgo de eventos adversos. Cuando el dolor es moderado a severo, puede añadirse un opioide como buprenorfina (0,02–0,03 mg/kg por vía transmucosa oral o SC c/8 h), con recomendación de reducir la dosis en esquemas prolongados, según se indica en la Figura 3 (Lemetayer & Taylor, 2014). Como coadyuvante, se describe el uso de gabapentina (5–10 mg/kg VO c/8–24 h), útil para potenciar la analgesia y abordar componentes de hipersensibilización, aunque con sedación como efecto adverso frecuente. En pacientes hospitalizados con dolor intenso, el consenso ISFM destaca la necesidad de escalar a estrategias multimodales más potentes bajo monitorización estrecha, manteniendo reevaluación frecuente para ajustar el plan según respuesta clínica (Steagall et al., 2022).

El manejo quirúrgico es fundamental cuando existe gran cantidad de exudado purulento, necrosis tisular o ausencia de respuesta clínica en las primeras 48–72 horas. El procedimiento más común es la astronomía, entendida como la apertura quirúrgica directa de la cavidad articular con el objetivo de permitir la exploración, el drenaje del exudado y el lavado exhaustivo de la articulación, lo que facilita la eliminación de detritos inflamatorios y material infeccioso. La artroscopia puede emplearse en algunos casos, aunque la artrotomía sigue siendo la técnica de elección por su mayor accesibilidad y eficacia. Cuando la articulación presenta daño irreversible, destrucción extensa del cartílago o inestabilidad crónica, la artrodesis se considera una alternativa quirúrgica válida para preservar la funcionalidad del miembro. En situaciones extremas de compromiso tisular o dolor intratable, la amputación puede ser necesaria. Este enfoque integrado

antibioterapia prolongada junto con intervención quirúrgica adecuada constituye el estándar para lograr la resolución de la infección y restaurar la funcionalidad articular (Bojrab & Monnet, 2016).

Figura 2. Antibióticos utilizados para tratar la artritis infecciosa en gatos

| Fármaco | Dosis |
|-------------------------------|--|
| Amoxicilina-ácido clavulánico | 12-25 mg/kg VO c/12 h |
| Doxiciclina | 5-10 mg/kg VO o IV c/12 h |
| Enrofloxacina | 5 mg/kg VO o SC c/24 h |
| Pradofloxacina | 5-7,5 mg/kg VO c/24 h |
| Penicilina VK | 20 mg/kg VO c/8 h |
| Ampicilina | 22 mg/kg IV/IM/SC c/6 h; o 22 mg/kg VO c/8 h |

Nota. Adaptado de *Inflammatory joint disease in cats: Diagnostic approach and treatment*, por Lemetayer, J., & Taylor, S. (2014), *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 16(6), 535-548.

Figura 3. Dosis sugeridas de analgésicos para uso en gatos

| | | |
|---------------|--|---|
| Meloxicam | 0,1 mg/kg VO día 1; luego 0,05 mg/kg VO c/24 h; puede reducirse a 0,01-0,03 mg/kg c/24 h | No administrar con glucocorticoides, en insuficiencia renal o en gatitos <12 semanas. |
| Robenacoxib | 1-2 mg/kg VO c/24 h por 3 días | Comprimidos de 6 mg no divisibles. No administrar en gatos <2,5 kg, con glucocorticoides, con insuficiencia renal o en gatitos <16 semanas. No usar >3 días consecutivos. |
| Buprenorfina | 0,02-0,03 mg/kg por mucosa oral/transmucosa o SC c/8 h | La vía sublingual o transmucosa oral suele ser bien tolerada. En administración prolongada, reducir cada dosis a 0,005-0,010 mg/kg. |
| Amantadina | 3-5 mg/kg VO c/24 h | Experiencia limitada en gatos. |
| Amitriptilina | 0,5-2,0 mg/kg VO c/24 h | Puede presentarse aumento de peso, letargia y ataxia. |
| Gabapentina | 5-10 mg/kg VO c/8-24 h | Sabor desagradable. Sedación frecuente. |
| Tramadol | 1-2 mg/kg VO o SC c/12 h | Sabor amargo. Posibles efectos neurológicos mediados por opioides. |

Nota. Adaptado de *Inflammatory joint disease in cats: Diagnostic approach and treatment*, por Lemetayer, J., & Taylor, S. (2014), *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 16(6), 535-548

Pronóstico

El pronóstico de la poliartritis séptica en gatos se considera reservado, porque el compromiso poliarticular suele sugerir un proceso más sistémico (p. ej., diseminación hematológica o un foco primario no articular), lo que aumenta la probabilidad de curso complicado y de secuelas funcionales, aun cuando se logre el control microbiológico. (Lemetayer & Taylor, 2014). La evolución también depende de la rapidez con la que se estabiliza la inflamación intraarticular, ya que la infección activa promueve liberación de mediadores y enzimas que favorecen la degradación del cartílago y pueden dejar como consecuencia rigidez y osteoartritis secundaria; por ello, el seguimiento clínico y el ajuste terapéutico guiado por citología/cultivo cuando es posible son determinantes para mejorar el desenlace funcional (MSD Veterinary Manual, s. f.)

Cuando coexisten fracturas u otras lesiones ortopédicas concomitantes, el pronóstico funcional puede volverse más reservado por varios motivos: el dolor y la inmovilización dificultan la rehabilitación temprana, pueden requerirse procedimientos quirúrgicos y hospitalización prolongada, y el trauma tisular local incrementa el riesgo de inflamación persistente o complicaciones (limitación del rango articular y recuperación locomotora más lenta). En este escenario, el pronóstico se valora de forma integral (control de infección, la estabilidad ortopédica más el retorno progresivo de la función), dado que el componente traumático por sí mismo puede condicionar el tiempo a recuperación y la posibilidad de secuelas, incluso si la infección se controla (Major et al., 2016; Ferrari et al., 2024).

Caso clínico

10 DE AGOSTO 2025

Reseña

Paciente felino macho, raza Persa, de 4 meses de edad, nacido el 3 de mayo de 2025, con un peso de 1.8 kg y sin microchip.

Anamnesis

Tutora reporta que: "no sabe qué le pasó pero desde hoy al mediodía está cojo de la pata trasera derecha, si la apoya llora. No saben si la hermana le juega brusco y lo lastimó. Duerme al borde de la cama con medio cuerpo descolgado habitualmente. No lo ha visto comer bien hoy desde la mañana y lo han sentido como caliente. Niegan vómito o diarrea. No saben última vez que defecó porque comparten arenero. Ayer le empezaron transición de Max cat a Taste of the wild. Ojo derecho desde comprado le sale más lagaña, y desde hoy lo tiene más cerrado que el otro".

Examen clínico general

A la evaluación clínica, el paciente presentó una condición corporal de 3/5. Las mucosas se observaron rosadas y húmedas, con un tiempo de llenado capilar de aproximadamente 2 segundos. A la palpación rectal no se evidenciaron anormalidades. Los parámetros fisiológicos revelaron una frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto, una frecuencia cardiaca de 200 latidos por minuto y una temperatura corporal de 40,5 °C, compatible con estado febril. El pulso periférico fue palpable y sincrónico, con una frecuencia de 200 pulsaciones por minuto.

Examen Físico Específico

Anormales

Actitud, Sistema músculo-esquelético

Detalles del examen (Descripción hallazgos anormales):

Decaimiento, Fiebre (40.5°C), claudicación 3/4 de apoyo del miembro posterior derecho

(MPD), dolor moderado a severo, hipertermia y edema, con aparente incongruencia articular o fractura Metatarso (3-4 metatarsiano) del MPD, claudicación 2/4 de apoyo intermitente del miembro anterior izquierdo (MAI); Carpo-metacarpo del MAI con dolor moderado sin aparente incongruencia articular ni inestabilidad. A-FAST 0/4; T-FAST sin efusiones o signos de neumotórax, Predominio líneas A generalizado bilateral, 1 línea B región media Pulmón izquierdo.

Lista de problemas

1. Fiebre (40,5 °C).
2. Dolor musculoesquelético moderado a severo.
3. Claudicación 3/4 de apoyo en miembro posterior derecho (MPD).
4. Claudicación grado 2/4 de apoyo en miembro anterior izquierdo (MAI).
5. Sospecha de incongruencia articular y/o fractura de metatarsos III–IV en miembro posterior derecho (MPD).
6. Decaimiento.

Lista Maestra

- I. Sistema musculoesquelético (2, 3, 4, 5)
- II. Sistema circulatorio (1,6)

Diagnósticos Diferenciales

- I. Sistema musculoesquelético
 - Fractura de metatarsos III–IV del miembro posterior derecho.
 - Subluxación metatarsiana del miembro posterior derecho.
 - Tendinitis o esguince del carpo en miembro anterior izquierdo.
- II. Sistema circulatorio
 - Poliartritis inmunomediada no erosiva
 - Artritis reactiva
 - Poliartritis séptica

Recomendaciones

- Se inicia manejo analgésico
- Se instaure férula
- Perfil simple (ALT, creatinina, hemograma)
- Prueba de SIDA y Leucemia
- Estudio radiografico (tarsotibial, metatarsos y falanges y carporadial, metacarpos y falanges)
- Restricción estricta de movimiento y de contacto con la otra gatita en casa.
- Remisión para área de Ortopedia.

Plan terapéutico inicial

- I. Meloxicam 0,15%: 1 gota VO cada 24 h por 3 días.
- II. Pregabalina (Lyrica) 20 mg/mL: 0,14 mL VO cada 12 h por 10 días.
- III. Tramadol 3 mg/kg + Ketamina 0,5 mg/kg: 0,08 mL + 0,01 ml SC durante consulta.
- IV. Dipirona 10 mg/kg: 0,03 mL SC dosis única durante consulta.

20 DE AGOSTO 2025

Triage de urgencias

Anamnesis / Hospitalización

Vienen porque retiraron al paciente de Animal Sweet debido a que no observan evolución y no les agradó el manejo clínico por las lesiones en los miembros.

El 10 de agosto ingresó a la clínica por cojera en el MPD y fiebre (40.5 °C). Se diagnosticó fractura metatarsiana de la 3.^a y 4.^a falange, instaurándose férula tipo tacón para evitar apoyo. Se recomendaron radiografías comparativas, exámenes complementarios y valoración por ortopedia ante posible politrauma. En la revisión posterior se evidenció cojera 2/4 en carpo-metacarpo del MAI y se aclaró que la prueba FeLV/FIV no era concluyente.

El 11 de agosto lo llevaron a Animal Sweet, donde permaneció hospitalizado hasta el 20 de agosto. Desde el ingreso le realizaron hemograma (12 de agosto) con HCT de 31%, leucocitos 47.000 y plaquetas $332 \times 10^3/\mu\text{L}$. Estaba con metronidazol y Convenia, debido a la presencia de pus en miembro posterior derecho.

El 14 de agosto, el HCT bajó a 25%, con leucocitos 44.900 y plaquetas $639 \times 10^3/\mu\text{L}$, por

lo que se instauraron dosis de furosemida.

El 15 de agosto se le realizó PCR por la anemia y la trombocitosis, donde resultó positivo para *Anaplasma* (31.2); se añadió cefalotina a 3 mg/kg.

El 17 de agosto comenzó tratamiento con doxiciclina.

El 19 de agosto se mencionó artritis séptica y se inició ozonoterapia.

Se habló de una posible fractura Salter-Harris, aunque no especificaron en qué miembro ni cuándo fue diagnosticada.

El 20 de agosto se añadió prednisona al manejo

Figura 4. Paciente felino durante manejo intrahospitalario



Examen físico específico

Anormales

Actitud, Hidratación, Piel y Anexos, Sistema músculo-esquelético

Detalles del examen (Descripción hallazgos anormales):

Paciente alerta, hidrodinámico, linfonodos periféricos sin reactividad, auscultación

cardiopulmonar sin anormalidades, presenta reflejo tusígeno positivo y leve tos, no presenta dolor abdominal se realiza A-FAST 0/4 se evidencia gran estomago con gran contenido alimenticio y vejiga con contenido. T-FAST sin líneas B ni desgarros o anormalidades aparentes. Presenta inflamación severa en MAI ulceración con secreción purulenta y olor ofensivo presenta edematización severa generalizada predominante en región del codo, MPD presenta flacidez y edematización generalizada con predominación en falanges más úlceras contaminadas con secreción purulenta y olor ofensivo fuerte; no apoya ninguno de los dos miembros.

Lista de problemas

1. Fiebre (40,5 °C).
2. Dolor musculoesquelético severo.
3. Inflamación severa en miembro anterior izquierdo.
4. Ulceración en miembro anterior izquierdo con secreción purulenta y mal olor.
5. Flacidez en miembro posterior derecho.
6. Edema severo en miembro posterior derecho (MPD) (predominio en falanges).
7. Úlceras contaminadas en miembro posterior derecho.
8. Claudicación 4/4 en miembro anterior izquierdo y miembro posterior derecho.
9. Tos leve / reflejo tusígeno positivo.
10. Decaimiento.

Lista maestra

- I. Sistema musculoesquelético (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
- II. Sistema tegumentario (3, 4, 5, 6, 7,)
- III. Sistema respiratorio (9)
- IV. Sistema circulatorio (1,10)

Diagnósticos diferenciales

I. Sistema musculoesquelético

- Fractura de metatarsos del miembro posterior derecho.
- Esquince del carpo del miembro anterior izquierdo.

II. Sistema tegumentario

- Osteomielitis.
- Celulitis profunda.

III. Sistema respiratorio

- Calicivirus felino.
- Traqueobronquitis.

Sistema circulatorio / infeccioso

- Anaplasmosis.
- Artritis séptica.

Ayudas diagnósticas

- Perfil séptico (bilirrubina total, albumina, creatinina)
- Prueba de gases (evaluación del equilibrio ácido-base, estado de oxigenación y ventilación).
- Hemograma
- Amiloide sérico
- Cultivo bacteriológico
- Estudio radiológico (radiografías de los miembros afectados, incluyendo miembro posterior derecho (MPD) y miembro anterior izquierdo (MAI), con proyecciones latero-lateral y cráneo-caudal para la evaluación de fracturas, incongruencias articulares, luxaciones y cambios osteoarticulares compatibles con procesos infecciosos o traumáticos.)

Plan terapéutico hospital

- I. Omeprazol 1 mg/kg: 0,22 mL IV cada 12 h.
- II. Dipirona 10 mg/kg: 0,03 mL IV cada 12 h.
- III. Cerenia® (Maropitant) 1 mg/kg: 0,18 mL IV cada 24 h.
- IV. Infusión de dolor por 12 h: diluir en 36 mL de solución de hidratación Fentanilo 5 µg/kg (2,1 mL) + Ketamina 0,5 mg/kg (0,2 mL), a una tasa de 3 mL/h.
- V. Piperacilina 80 mg/kg: 0,32 mL IV dosis única.

- VI. Infusión de Piperacilina 40 mg/kg cada 12 h: diluir en 36 mL de solución de hidratación (1,9 mL de Piperacilina IV) a una tasa de 3 mL/h.
- VII. Pregabalina (Lyrica®) 20 mg/mL: 0,2 mL VO cada 12 h.

Resultados de laboratorio

Tabla 1. Resultados del análisis de gases sanguíneos al ingreso hospitalario del paciente felino

| Parámetro | Resultado | Unidad | Rango de referencia |
|------------------|-----------|--------|---------------------|
| pH | 7.338 | | 7.3 - 7.5 |
| pCO ₂ | 31.6 | mmHg | 26 - 36 |
| pO ₂ | 26.3 | mmHg | 95 - 115 |
| HCO ₃ | 16.9 | mmol/L | 17 - 21 |
| BE (ecf) | -8.9 | mmol/L | ≥ -5 |
| cSO ₂ | 45.6 | % | |
| Na | 148 | mmol/L | 146 - 160 |
| K | 3.9 | mmol/L | 3.5 - 5.8 |
| Calcio Ionizado | 1.33 | mmol/L | 1 - 1.3 |
| Cl | 122 | mmol/L | 105 - 117 |
| AGap | 11 | mmol/L | 13 - 27 |
| Hto | 21 | % | 24 - 45 |
| Hgb | 7.2 | g/dL | 8 - 15 |
| BE (b) | -8.1 | mmol/L | -2 - -3 |
| Glicemia | 113 | mg/dL | 58 - 120 |
| Lactato | 1.32 | mmol/L | 0.4 - 3.6 |
| Creatinina | 0.44 | mg/dL | 0.8 - 1.8 |
| Urea | 3.6 | mmol/L | 2.9 - 9.3 |
| BUN | 10 | mg/dL | 8 - 26 |
| Temperatura | 37.1 | °C | |

Nota. Valores expresados con sus respectivas unidades y rangos de referencia según laboratorio de procesamiento.

SEGUIMIENTO HOSPITAL 21 DE AGOSTO

Interpretación

Se realiza estudio radiográfico y manejo de heridas bajo sedación.

1.Sedación y estudios complementarios:

El paciente fue ingresado al área de procedimientos bajo protocolo de sedación general con fines diagnósticos y terapéuticos. Se efectuó con éxito un estudio radiográfico completo de los miembros afectados (miembro anterior izquierdo (MAI) y miembro posterior derecho (MPD).)

2.Manejo de heridas y debridación:

Posteriormente, el paciente fue trasladado al área de hospitalización, donde se realizó el manejo de las lesiones en ambos miembros.

Miembro anterior izquierdo (MAI): Se evidenció edematización severa generalizada, con predominancia en la región carpiana. Se observaron úlceras contaminadas con secreción purulenta espesa y olor ofensivo. Presentaba dos orificios supurativos en la región carpiana, uno de los cuales mostraba exposición ósea evidente.

Se realizó lavado profundo con solución salina estéril y clorhexidina, seguido de lavado quirúrgico con jabón antiséptico. Se efectuó debridación meticulosa del tejido necrótico y del material purulento, y se aplicó vendaje protector no compresivo debido al compromiso óseo visible.

Miembro posterior derecho (MPD): Se observó flacidez y edematización generalizada, con predominancia en las falanges y región tarsiana. Las úlceras estaban contaminadas, con secreción purulenta de mal olor. Se identificó un bolsillo interdigital de aproximadamente 1,5 cm de longitud, el cual fue inspeccionado y limpiado a profundidad.

Se repitió el lavado con solución salina estéril y clorhexidina, seguido de lavado quirúrgico, remoción del exudado y tejido desvitalizado. Se colocó vendaje protector no ajustado, permitiendo la ventilación del tejido sin comprometer la circulación.

3.Recuperación:

El paciente presentó una recuperación satisfactoria tras la sedación, con signos vitales estables y sin complicaciones.

Tabla 2. Informe resultado de Amiloide Sérico-21/08/2025

| Parámetro | Resultado | Unidad | Rango de referencia |
|-----------------|-------------|--------|---|
| Amiloide serico | <u>84.3</u> | ug/ml | Menor a 5-Normal 5-10- Dudoso Mayor a 10- Anormal |

Tabla 3. Informe resultado de Albumina, bilirrubina total y creatinina- 21/08/2025

| Parámetro | Resultado | Unidad | Rango de referencia |
|-------------------|-------------|--------|---------------------|
| Albúmina | <u>1.47</u> | mg/dL | 2.5 - 3.5 |
| Bilirrubina Total | <u>0.25</u> | mg/dL | 0.3 - 0.5 |
| Creatinina | <u>0.52</u> | mg/dL | 0.7 - 1.8 |

Tabla 4. Informe resultado de Hemograma -21/08/2025

| Examen | Resultado | Unidades | Rango sugerido | Interpretación | Valores absolutos | Rango sugerido |
|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|----------------|
| Eritrocitos | | | | | | |
| Eritrocitos | 5,38 | Eri*10 ⁶ /μL | 5 - 10 | Anisocitosis + | | |
| Hemoglobina | 5,8 | g/dL | 8 - 15 | Macroцитos + | | |
| Hematocrito | 20,66 | % | 24 - 45 | Microцитos ++ | | |
| VCM | 38,4 | fL | 40 - 55 | VCM bajo | | |
| HCM | 10,78 | pg | 13 - 17 | HCM bajo | | |
| CHCM | 28,07 | g/dL | 31 - 35 | CHCM bajo | | |
| Reticulocitos | 0,1 | % | 0.0 - 0.4 | Normal | | |
| Recuento de plaquetas | 683000 | plt/μL | 200000 - 680000 | Trombocitosis leve | | |
| VPM | 13,4 | fL | 11.0 - 18.0 | Normal | | |
| Proteína plasmática | | | | | | |
| | 60 | g/L | 57 - 79 | Normal | | |
| Leucocitos | | | | | | |
| | 26170 | Leu/μL | 5500 - 15500 | Leucocitosis marcada | | |
| Neutrófilos | 77% | % | 35 - 78 | Neutrofilia absoluta | 20150 | 5500-15500 |
| Eosinófilos | 3% | % | 2.0 - 12 | Normal | 785 | 3300-10000 |
| Linfocitos | 19% | % | 20 - 55 | Linfocitosis absoluta | 4972 | 100-1500 |
| Monocitos | 1% | % | 0 - 1.0 | Normal | 261 | 1000-4500 |
| Neutrófilos en banda | 0% | % | 0 - 3 | Normal | 0 | 100-700 |
| Células inmaduras | 0% | % | 0 | Normal | 0 | 100-700 |
| Linfocitos reactivos | 0% | % | 0 | Normal | | |
| Basófilos | 0% | % | 0 | Normal | 0 | |

Figura 5. Estudio radiográfico del miembro torácico izquierdo (A y B) y del miembro pélvico derecho (C) del paciente felino



Nota: (A) Proyección dorsopalmar (DP) del miembro torácico izquierdo. (C) Proyección mediolateral (ML) del miembro posterior derecho

SEGUIMIENTO HOSPITAL 22 DE AGOSTO

Diagnóstico presuntivo Poliartritis séptica.

Examen clínico general

El paciente se mantiene hospitalizado con diagnóstico presuntivo de poliartritis séptica. Se observa decaído e hipodinámico, de temperamento dócil y atento al entorno. Presenta mucosas rosadas pálidas, tiempo de llenado capilar de 2 segundos, reflejos pupilares normales (TRPP: 1 seg), normotermia (37.2 °C) y presión arterial media (PAM) de 119 mmHg. El pulso es fuerte y sincrónico, con frecuencia cardíaca de 142 lpm y frecuencia respiratoria de 38 rpm. No se

evidencia dolor abdominal ni reactividad de ganglios linfáticos periféricos. Se reporta leve secreción nasal y estornudos intermitentes.

Interpretación

El paciente permanece con infusión de piperacilina debido a los hallazgos de infección y compromiso tisular en las heridas. Se planea la colocación de un catéter venoso central para continuar con la terapia intravenosa. Se recomienda mantener el antibiótico de amplio espectro y realizar monitoreo permanente de las lesiones, con exámenes de control en 48 horas.

Plan terapéutico

- **Nebulización:** Cloruro de sodio 2 mL + 2 gotas de Berodual (QID).
- **Alimentación:** Ingesta voluntaria.
- **Limpieza y vendaje:** Se realiza desbridamiento, limpieza de heridas y vendaje de inmovilización por exposición ósea del miembro anterior izquierdo. Medicamento para sedación (Fentanilo 5 µg/kg IV-(0.18 mL DU)

Resultados radiográficos

Conclusiones:

- Fisis de crecimiento distal del radio izquierdo con fractura Salter-Harris tipo I.
- Inflamación severa en tejidos blandos de la región carporradioulnar y radioulnar.

En el miembro posterior derecho se evidencia:

- A. Luxación entre talus y tibia.
- B. Luxación entre talus y tarsiano intermedio.
- C. Subluxación entre tarsiano intermedio y tarsianos 2 y 3.
- D. Fractura Salter-Harris tipo I en metatarsianos 3 y 4.
- E. Inflamación severa en tejidos blandos tarsotibiales, metatarsianos y falángicos.

No se logra determinar el sitio exacto de fractura correspondiente al fragmento óseo craneal a la Tibia derecha, por lo tanto se sugiere realizar tomografía computarizada para valoración detallada.

Plan terapéutico actualizado

- **Nebulizaciones:** Solución salina 3 mL + dexametasona 0.3 mL + terburop, cada 2 h.

- **Suplementación:** Albúmina líquida (dos cucharadas mezcladas con el alimento).
- **Infusión analgésica continua:** Fentanilo 2.5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ (1.1 mL) + Ketamina 0.25 mg/kg/h (0.1 mL) + 36 mL de multielectrolitos a 3 mL/h.

Procedimiento Catéter venoso central

Instalado por técnica de Seldinger, con avance de aproximadamente 5 cm sobre la vena yugular.

Protocolo anestésico

- **Preanestesia:** Dexmedetomidina 3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ + Ketamina 1 mg/kg
- **Inducción:** Propofol 2 mg/kg
- **Mantenimiento:** Isoflurano 0.8 %
- **Fluidos:** Hartmann 3 ml/kg/h
- **Intubación:** Tubo endotraqueal Numero 3.5

Figura 6. Paciente felino con catéter venoso central durante manejo intrahospitalario.



SEGUIMIENTO HOSPITAL 23 DE AGOSTO

Interpretación y evolución clínica

El paciente presenta decaimiento asociado a la sedación del catéter venoso central, motivo por el cual se ajusta la dosis de fentanilo y ketamina, observándose posteriormente mejoría en el dinamismo y el estado de ánimo. Continúa bajo manejo médico con evolución favorable; se evidencian mucosas rosadas pálidas y húmedas, temperatura corporal dentro de rangos normales y presión arterial estable. No se reportan episodios de vómito, diarrea ni tos. El paciente consume alimento y agua a voluntad, no ha defecado ni orinado durante el periodo de observación. Se mantiene la infusión analgésica continua y la administración de piperacilina como parte del tratamiento instaurado.

SEGUIMIENTO HOSPITAL 24 DE AGOSTO

Diagnóstico presuntivo Poliartritis séptica y luxación de MPD y MAI

Interpretación

Paciente con correcta evolución y estabilidad hemodinámica y anímica. Se considera que la condición inflamatoria y ortopédica del paciente se asocian a traumatismo, este pudo haberse comprometido de manera infecciosa por posible automutilación provocada por el dolor, o proceso infeccioso que generó artritis séptica y predisposición a la fractura.

SEGUIMIENTO HOSPITAL 25 DE AGOSTO

Diagnóstico definitivo

Poliartritis séptica y luxación de miembro posterior derecho (MPD) y miembro anterior izquierdo (MAI).

Examen clínico general

El paciente permanece hospitalizado en manejo médico, con evolución favorable. Se observa activo, con buen estado general, mucosas rosadas pálidas y húmedas, temperatura corporal dentro de los rangos normales (38.3 °C) y parámetros fisiológicos estables (PAS: 145 mmHg, PAM: 120 mmHg, PAD: 102 mmHg, FC: 156 lpm, FR: 28 rpm, TLLC: 2 seg). Consume alimento y agua a voluntad, orina con normalidad, no ha defecado durante el periodo de observación.

Interpretación

El paciente muestra correcta evolución clínica y mejoría progresiva en la integridad de los tejidos comprometidos. Se encuentra sistémicamente estable y con buena respuesta al tratamiento instaurado. De acuerdo con la evolución y los resultados del cultivo, se recomienda valorar la posibilidad de manejo ambulatorio o continuar hospitalización según la evolución clínica.

Consideraciones terapéuticas: Se mantiene infusión con piperacilina y se promueve el consumo de alimento a voluntad.

Ayudas diagnósticas

Se envía nuevamente perfil séptico, amiloide sérico y hemograma para control

Tabla 5. Informe resultado Albumina, Bilirrubina total, creatinina- 25/08/2025

| Parametro | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|--------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| Albúmina | 1,8 | mg/dL | 2.5 - 3.5 |
| Bilirrubina Total | 0,3 | mg/dL | 0.3 - 0.5 |
| Creatinina | 0,47 | mg/dL | 0.7 - 1.8 |

Tabla 6. Informe resultado de hemograma- 25/08/2025

| Examen | Resultado | Unidad | Rango sugerido | Interpretación | Valores absolutos | Rango absoluto sugerido |
|-----------------------|-----------|-------------------------|-----------------|----------------------|-------------------|-------------------------|
| Eritrocitos | 5,17 | Eri*10 ⁶ /μL | 5 - 10 | Anisocitosis + | | |
| Hemoglobina | 7,6 | g/dL | 8 - 15 | Macroцитos + | | |
| Hematocrito | 23 | % | 24 - 45 | Normal | | |
| VCM | 44,5 | fL | 40 - 55 | Normal | | |
| HCM | 14,7 | pg | 13 - 17 | Normal | | |
| CHCM | 33,04 | g/dL | 31 - 35 | Normal | | |
| Reticulocitos | 0,4 | % | 0.0 - 0.4 | Normal | | |
| Recuento de plaquetas | 342000 | plt/μL | 200000 - 680000 | Normal | | |
| VPM | 13,8 | fL | 11.0 - 18.0 | Normal | | |
| Proteína plasmática | 92 | g/L | 57 - 79 | Normal | | |
| Leucocitos | 27030 | Leu/μL | 5500 - 15500 | Leucocitosis marcada | | |
| Neutrófilos | 91 | % | 35 - 78 | Neutrofilia absoluta | 24597,3 | 3300 - 10000 |
| Eosinófilos | 2 | % | 2 - 12 | Normal | 540,6 | 100 - 1500 |
| Linfocitos | 7 | % | 20 - 55 | Linfopenia relativa | 1892,1 | 1000 - 4500 |
| Monocitos | 0 | % | 0 - 1.0 | Normal | 540,6 | 100 - 700 |
| Neutrófilos en banda | 0 | % | 0 - 3 | Normal | 0 | 100 - 700 |
| Células inmaduras | 0 | % | 0 | Normal | 0 | 0 |
| Linfocitos reactivos | 0 | % | 0 | Normal | 0 | 0 |
| Basófilos | 0 | % | 0 | Normal | 0 | 0 |

Tabla 7. . Informe resultado de Amiloide Sérico-25/08/2025

| Parámetro | Resultado | Unidad | Rango de referencia |
|-----------------|-------------|--------|--|
| Amiloide serico | <u>31,6</u> | ug/ml | Menor a 5- Normal 5-10- Dudoso Mayor a 10- Anormal |

SEGUIMIENTO HOSPITAL 26 DE AGOSTO

Interpretación

Paciente en manejo intrahospitalario por poliartritis séptica y fractura Salter-Harris tipo I en la fisis de crecimiento distal del radio izquierdo, además de luxación en el miembro posterior derecho (entre talus y tibia, talus y tarsiano intermedio, y subluxación entre tarsiano intermedio y tarsianos II y III), presenta evolución clínica favorable.

Se observa mejoría significativa en la marcha y la postura, con disminución aproximada del 70 % en la inflamación. El paciente mantiene un consumo de alimento adecuado, sin presencia de vómito, diarrea ni alteraciones respiratorias; además, no se evidencia secreción nasal ni ocular. Se desplaza por periodos cortos y tolera los vendajes.

Durante el cambio de vendajes se evidenció abundante tejido de granulación, sin exudado ni secreción purulenta. Se colocaron fragmentos de sorbact (dos en el miembro posterior y uno en el anterior), con nueva fijación que mejora la movilidad del paciente.

En cuanto a los parámetros sanguíneos, se evidenció mejoría del amiloide sérico (31.6 $\mu\text{g}/\text{mL}$) y estabilidad en los componentes del hemograma: eritrocitos (5.1 millones/ μL), hematocrito (23 %), plaquetas (342 000/ μL), leucocitos (27 000/ μL) y neutrófilos (24 590/ μL). Aunque persiste leucocitosis, no se observó incremento respecto a controles anteriores. Los valores bioquímicos se mantienen estables (albúmina 1.80 mg/dL, bilirrubina total 0.3 mg/dL y creatinina 0.47 mg/dL).

En conjunto, el paciente se encuentra sistémicamente estable, con adecuada respuesta terapéutica y progresiva recuperación tisular.

Figura 7. Evolución de las lesiones cutáneas en el miembro pélvico (A) y torácico (B) del paciente felino durante la hospitalización



ALTA HOSPITALARIA

Diagnósticos Definitivo Poliartritis séptica y luxación de MPD y MAI

Plan terapéutico en casa

- I. Lyrica (Pregabalina) suspensión oral 20 mg/mL (uso humano): administrar 0.2 mL vía oral cada 12 horas durante 10 días.
- II. Clavupet suspensión oral (uso veterinario): administrar 0.4 mL vía oral cada 12 horas durante 8 días.
- III. Marboquin tabletas 5 mg (uso veterinario): administrar $\frac{3}{4}$ de tableta vía oral cada 24 horas durante 8 días.
- IV. Claras de huevo pasteurizadas (AVINAL – SANTA REYES – TAEQ): administrar 1 cucharada con el alimento cada 12 horas durante 15 días.
- V. Asegurar consumo de alimento cada 4 horas.

SEGUIMIENTO CLÍNICO 27 DE AGOSTO

Figura 8. Informe resultado de cultivo del miembro posterior derecho -27/08/2025

| CULTIVO(S) SOLICITADO(S) | CULTIVO DE SECRECIONES (BACTERIOLÓGICO + ANTILOGRAMA) |
|----------------------------------|---|
| TIPO DE MUESTRA | SECRECIÓN DE PIEL MPD |
| | CULTIVO BACTERIOLÓGICO AEROTOLERANTES |
| 24 HORAS DE INCUBACIÓN | POSITIVO, SE OBSERVA CRECIMIENTO DE BACTERIAS |
| 48 HORAS DE INCUBACIÓN | POSITIVO, SE OBSERVA CRECIMIENTO DE BACTERIAS |
| BACTERIA AISLADA # 1 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> |
| ANTIBIÓTICO | INTERPRETACIÓN |
| AMC-AMOXICILINA + AC CLAVULÁNICO | R |
| SAM-AMPICILINA SULBACTAM | R |
| CRO-CEFTRIAZONA | R |
| CFP-CEFOPERAZONA | R |
| IMP-IMIPENEM | S |
| MEM-MEROPENEM | S |
| MAR-MARBOFLOXACINA | R |
| ENR-ENROFLOXACINA | R |
| TRIMETOPRIM SULFA | R |
| TEST BLEEs | POSITIVO |

Figura 9. Informe resultado de cultivo del miembro anterior izquierdo -27/08/2025

| TIPO DE MUESTRA #2 | SECRECIÓN DE PIEL MAI |
|---------------------------------|---|
| CULTIVO BACTERIOLÓGICO | |
| 24 HORAS DE INCUBACIÓN | POSITIVO, SE OBSERVA CRECIMIENTO DE BACTERIAS |
| 48 HORAS DE INCUBACIÓN | POSITIVO, SE OBSERVA CRECIMIENTO DE BACTERIAS |
| BACTERIA AISLADA # 2 | <i>Streptococcus pyogenes</i> |
| ANTIBIÓTICO | ANTIBIOGRAMA |
| AMO-AMOXICILINA | S |
| AMC-AMOXICILINA + AC CLAVULÁNIC | S |
| AMP-AMPICILINA | S |
| SAM-AMPICILINA SULBACTAM | S |
| MAR-MARBOFLOXACINA | R |
| CIP-CIPROFLOXACINA | S |
| DO-DOXICICLINA | R |
| TE-TETRACICLINA | R |

SEGUIMIENTO CLÍNICO TELEFONICO 28 DE AGOSTO

La tutora reporta que el paciente está más animado, come bien dieta blanda y ha defecado dos veces. No ha presentado fiebre y usa el arenero con normalidad.

Se revisa el resultado del cultivo: la herida presentó *Streptococcus pyogenes* (sensible al antibiótico enviado) y *Klebsiella* multirresistente. A pesar de esto, el paciente está clínicamente estable y sin signos de infección activa, por lo que por ahora no requiere carbapenémicos, aunque podrían considerarse si empeora.

La tutora pregunta por el origen de la infección y sospecha de su otra gata. Se aclara que lo más probable es que la bacteria ingresara por la fractura expuesta tras una caída, y que la otra gata no tendría fuerza suficiente para causar una lesión así. Se recuerda que la fractura ya está confirmada en el reporte de alta. También se explica que estas bacterias están en el ambiente y en la piel.

Se indica suspender Marboquin, ya que *Klebsiella* es resistente y *S. pyogenes* responde mejor a betalactámicos.

SEGUIMIENTO CLÍNICO 29 DE AGOSTO

Interpretación

Paciente con poliartritis séptica superada - Fractura Salter Harris Tipo I en fisis de crecimiento distal del radio izquierdo - MPD: Luxación entre el talus y la tibia - Luxación entre el talus y el tarsiano intermedio - Subluxación entre el tarsiano intermedio y los tarsianos 2 y 3. Clínicamente estable y con evolución favorable en la herida.

SEGUIMIENTO CLINICO 03 DE SEPTIEMBRE

Consulta ortopédica

Paciente con estado mental normal, marcha y posturas alteradas por claudicación 3/5 en miembro posterior derecho y anterior izquierdo. Se realiza vendaje en miembro anterior izquierdo. Se explican resultados de cultivo bacteriano. Se recomienda hospitalización para tratamiento antibiótico interno

Se discute con el tutor los resultados de exámenes de control de sangre y Coprológico

- Coprológico sin alteraciones
- Trombocitosis (600.000 plaquetas/ μ L)
- Hematocrito y Glóbulos blancos en rango
- Amiloide en 5 ug/ml (normal)

Discusión

El presente caso clínico evidencia de manera clara la complejidad diagnóstica y terapéutica de la poliartritis séptica asociada a trauma ortopédico múltiple en felinos jóvenes, así como el impacto negativo que puede tener un manejo inicial inadecuado y prolongado sobre la evolución clínica y el pronóstico. La literatura describe que la poliartritis séptica en gatos es una entidad poco frecuente, subdiagnosticada, caracterizada por una presentación clínica inespecífica que incluye fiebre, letargia, cojera y dolor articular, lo que favorece retrasos en la instauración de terapias dirigidas y un aumento del riesgo de complicaciones sistémicas (Lemétayer & Taylor, 2014; Wootton et al., 2022).

En el caso de Polo, el curso clínico se vio claramente influenciado por las limitaciones del manejo instaurado en la clínica previa, donde el control del dolor fue insuficiente, la antibioterapia no logró un control efectivo del foco infeccioso articular y no se realizó un seguimiento diagnóstico adecuado de las lesiones traumáticas. Estas circunstancias favorecieron la persistencia del proceso infeccioso, la progresión de la inflamación articular y el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica sostenida, manifestada posteriormente por fiebre persistente, alteraciones hematológicas y elevación marcada de proteínas de fase aguda.

Al momento de su reingreso hospitalario, el paciente presentaba signos compatibles con un estado inflamatorio sistémico avanzado, incluyendo leucocitosis marcada, anemia no regenerativa, hipoalbuminemia y elevación significativa del amiloide sérico. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito en la literatura en casos de artritis séptica de evolución prolongada, donde la falta de control temprano del foco articular favorece una respuesta de fase aguda persistente y un deterioro progresivo del estado general del paciente (Rossi, 2023; Tamamoto et al., 2013).

El abordaje terapéutico instaurado se basó en un manejo integral y escalonado, acorde con las recomendaciones actuales para el tratamiento de la artritis séptica en gatos. Desde el punto de vista antimicrobiano, se inició antibioterapia empírica de amplio espectro con piperacilina, antibiótico β -lactámico con actividad frente a bacterias gramnegativas y anaerobias, adecuado en contextos de sepsis y heridas extensamente contaminadas (Lemétayer & Taylor, 2014). Esta estrategia es ampliamente respaldada en la literatura, dado que el retraso en la instauración de antibióticos adecuados se asocia con mayor daño articular y riesgo de sepsis.

La identificación de *Klebsiella pneumoniae* como agente etiológico representa un hallazgo

clínicamente relevante. Aunque este microorganismo se reconoce principalmente como patógeno oportunista en tejidos blandos y tracto respiratorio en felinos, existen reportes que documentan su participación en artritis séptica, especialmente en pacientes con trauma previo o compromiso de barreras tisulares (Frymus et al., 2015). La detección de una cepa productora de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) incrementa la preocupación clínica, dado el potencial de resistencia a múltiples antibióticos y el riesgo de fracaso terapéutico si se mantiene una terapia empírica no dirigida. Sin embargo, a diferencia de lo descrito en otros reportes donde las infecciones por *K. pneumoniae* obligan al uso de antimicrobianos de última línea, en este paciente se observó una evolución clínica favorable tras el ajuste terapéutico guiado por antibiograma, utilizando amoxicilina y ácido clavulánico. Este resultado subraya la importancia de basar las decisiones terapéuticas en pruebas de susceptibilidad específicas, evitando el uso innecesario de antibióticos críticos y demostrando que no todos los aislamientos de *K. pneumoniae* en felinos corresponden a fenotipos multirresistentes clínicamente refractarios (Lemétayer & Taylor, 2014; Frymus et al., 2015).

El control del dolor fue un componente fundamental del manejo clínico. La literatura enfatiza que el dolor intenso asociado a la artritis séptica y a las lesiones traumáticas concomitantes puede exacerbar la respuesta inflamatoria, inducir estrés fisiológico y retrasar la recuperación (Steagall et al., 2022). En este sentido, la implementación de analgesia multimodal mediante infusión continua de fentanilo en combinación con ketamina se ajusta a las guías de consenso ISFM para el manejo del dolor agudo en gatos. Este tipo de infusión permite un control analgésico constante, reduce la sensibilización central y minimiza los efectos adversos asociados a la administración intermitente de opioides (Steagall et al., 2022). La titulación progresiva de las dosis y su posterior ajuste en función del estado neurológico del paciente evidencian un manejo individualizado y dinámico del dolor.

Asimismo, la utilización de un catéter venoso central permitió la administración segura y continua de medicamentos intravenosos, incluyendo antibióticos y analgésicos, reduciendo el riesgo de extravasación, facilitando la titulación precisa de fármacos y disminuyendo el estrés asociado a punciones repetidas en un paciente críticamente enfermo. Este tipo de acceso vascular es particularmente relevante en pacientes hospitalizados por períodos prolongados y con requerimientos terapéuticos complejos.

De manera complementaria, la monitorización mediante gases arteriales aportó

información objetiva sobre el estado respiratorio y metabólico del paciente, permitiendo evaluar la oxigenación, el equilibrio ácido-base y la respuesta sistémica al tratamiento instaurado. En conjunto, estos elementos reflejan un manejo hospitalario avanzado y refuerzan la importancia de una infraestructura clínica adecuada para optimizar la seguridad, eficacia y seguimiento del tratamiento en felinos con infecciones articulares graves (Bojrab & Monnet, 2016).

El manejo local de las lesiones desempeñó un papel clave en el control del foco infeccioso. La realización de lavados quirúrgicos profundos, debridación meticulosa del tejido necrótico y purulento, y el uso de apósitos antimicrobianos con tecnología DACC (Sorbact) permitieron reducir la carga bacteriana sin liberar agentes químicos, favoreciendo la formación de tejido de granulación y la recuperación progresiva de la integridad cutánea. Diversos autores destacan que, en la artritis séptica asociada a heridas contaminadas, el control local del foco infeccioso es tan relevante como la antibioterapia sistémica para lograr la resolución clínica (Bojrab & Monnet, 2016).

En relación con el manejo ortopédico, la decisión de no realizar una intervención quirúrgica inmediata se sustentó en múltiples factores: el tamaño reducido de los fragmentos óseos, la inmadurez esquelética del paciente, el compromiso infeccioso activo y la inflamación severa de los tejidos blandos. Aunque coexistían fracturas Salter-Harris tipo I, luxaciones y subluxaciones, estas lesiones se abordaron de forma conservadora debido al alto riesgo de complicaciones quirúrgicas en un entorno séptico. La literatura señala que, en gatos jóvenes, las fracturas fisarias tipo I pueden presentar una evolución favorable con manejo conservador, siempre que se controle el proceso inflamatorio y se restrinja el movimiento (Perry, 2015; Major et al., 2016).

La confirmación diagnóstica de la artritis séptica en felinos puede representar un desafío significativo, particularmente en pacientes con presentaciones clínicas complejas y en contextos donde existen limitaciones económicas por parte del propietario. Idealmente, el abordaje diagnóstico incluye análisis de líquido sinovial, cultivo bacteriológico, estudios de imagen avanzados y pruebas moleculares para descartar etiologías virales o inmunomediadas (Lemétayer & Taylor, 2014; Major et al., 2016). Sin embargo, en la práctica clínica, estas herramientas no siempre están disponibles o son financieramente viables, lo que obliga al clínico a priorizar y jerarquizar las pruebas diagnósticas. La realización de estudios de imagen avanzados, como tomografía computarizada o resonancia magnética, no fue factible debido a las restricciones económicas del propietario.

No obstante, la literatura señala que, si bien estas herramientas aportan información detallada sobre la extensión del daño articular y óseo, su ausencia no impide establecer un diagnóstico clínico razonable cuando los hallazgos clínicos y laboratoriales son concordantes (Major et al., 2016). De forma similar, la imposibilidad de realizar análisis citológico y cultivo de líquido sinovial en todas las articulaciones afectadas representó una limitación diagnóstica, aunque el aislamiento bacteriano a partir de las lesiones contaminadas aportó evidencia suficiente para orientar el tratamiento antimicrobiano.

En este contexto de limitaciones diagnósticas, el abordaje en el caso de Polo se apoyó en la integración sistemática de hallazgos clínicos, hematológicos, bioquímicos y microbiológicos, lo cual concuerda con el enfoque recomendado para el diagnóstico de la artritis séptica felina en escenarios donde el acceso a pruebas avanzadas es limitado. La presencia de fiebre persistente, dolor articular severo, claudicación progresiva, lesiones cutáneas contaminadas y una respuesta inflamatoria sistémica marcada permitió orientar tempranamente hacia un proceso infeccioso articular activo. En conjunto, estos hallazgos poseen un alto valor predictivo para artritis séptica, incluso en ausencia de confirmación mediante técnicas diagnósticas avanzadas, como ha sido descrito previamente en la literatura (Lemétayer & Taylor, 2014; Wootton et al., 2022).

Un aspecto relevante del caso es la posible participación del complejo respiratorio felino, particularmente del calicivirus felino (FCV), como factor predisponente o coadyuvante del proceso articular. En los últimos años, diversos estudios han documentado la asociación entre infección por FCV y la aparición de poliartritis, síndrome de cojera y dolor articular, incluso en ausencia de signos respiratorios severos. Se ha propuesto que estas manifestaciones se originan principalmente por mecanismos inmunomediados, incluyendo la formación y depósito de inmunocomplejos en la membrana sinovial, compatibles con reacciones de hipersensibilidad tipo III (Balboni et al., 2022; Wei et al., 2024). La relevancia clínica de esta asociación ha sido respaldada por casos clínicos y estudios moleculares en los que se ha detectado material genético de FCV en líquido sinovial y tejidos articulares de gatos con cojera y poliartritis, confirmando su potencial tropismo articular y su rol como desencadenante del proceso inflamatorio (Lanave et al., 2023). Asimismo, se han descrito brotes de síndrome de cojera asociados a FCV en poblaciones felinas, donde la presentación clínica incluye inflamación articular aguda, dolor severo y curso autolimitado o recurrente, dependiendo del estado inmunológico del paciente y de la cepa viral involucrada (Balboni et al., 2022).

En el caso de Polo, factores epidemiológicos como la convivencia con otra gata sin esquema de vacunación, la libre deambulaci3n y la presencia de signos respiratorios leves previos incrementan la sospecha de una infecci3n viral concurrente o previa que pudo haber actuado como factor desencadenante inmunitario, facilitando la instauraci3n o exacerbaci3n del proceso inflamatorio articular. No obstante, la imposibilidad de realizar pruebas moleculares mediante PCR en l3quido sinovial o tejidos articulares impidi3o confirmar esta etiolog3a, lo que constituye una limitaci3n diagn3stica relevante del caso.

A pesar de esta limitaci3n, la ausencia de confirmaci3n molecular no excluye el posible rol del FCV, dado que la detecci3n viral puede verse influenciada por la fase de la enfermedad y el momento de la toma de muestra. En este contexto, la integraci3n de hallazgos cl3nicos y epidemiol3gicos contin3a siendo fundamental para considerar al calicivirus felino dentro de los diagn3sticos diferenciales en casos de poliartritis felina (Balboni et al., 2022; Wei et al., 2024).

Finalmente, el pron3stico inicial de Polo fue reservado debido a la poliartritis s3ptica, el trauma ortop3dico concomitante y la evidencia de inflamaci3n sist3mica severa. Sin embargo, la respuesta favorable al manejo integral se reflej3o en la disminuci3n progresiva del amiloide s3rico, la estabilizaci3n del hemograma, la mejor3a de la integridad tisular y la recuperaci3n parcial de la funci3n locomotora. Este desenlace resalta la importancia de un abordaje cl3nico temprano, multidisciplinario y basado en evidencia para mejorar el pron3stico en felinos con artritis s3ptica de evoluci3n compleja.

Conclusiones

La poliartritis séptica en felinos, aunque poco reportada en la literatura, debe considerarse un diagnóstico diferencial prioritario en gatos que presenten fiebre persistente, dolor articular marcado, claudicación progresiva y heridas contaminadas, especialmente cuando coexisten lesiones traumáticas. En el presente caso, la combinación de una presentación clínica inespecífica y un antecedente traumático múltiple justificó un abordaje diagnóstico integrado, con el objetivo de evitar retrasos terapéuticos que, según lo descrito, incrementan el daño articular y el riesgo de complicaciones sistémicas (Lemétayer & Taylor, 2014; Wootton et al., 2022).

El estándar de oro para la confirmación diagnóstica de la artritis séptica continúa siendo la sinoviocentesis con citología del líquido sinovial, idealmente complementada con cultivo bacteriano y/o micológico, ya que permite confirmar la etiología e incrementar la precisión terapéutica. La citología posibilita diferenciar formas sépticas de procesos inmunomediados, mediante la identificación de neutrófilos degenerados con o sin bacterias intracelulares frente a neutrófilos no degenerados sin microorganismos visibles. Aunque el rendimiento de los cultivos puede verse limitado por patógenos oportunistas o por tratamientos antibióticos previos, su realización sigue siendo una herramienta central para la toma de decisiones clínicas (Lemétayer & Taylor, 2014; Wootton et al., 2022).

No obstante, este caso evidencia que, en escenarios con limitaciones económicas, es clínicamente válido sostener un diagnóstico razonable cuando la integración de hallazgos clínicos, hematológicos, bioquímicos y microbiológicos disponibles es coherente y consistente. En el paciente Polo, la imposibilidad de realizar sinoviocentesis multisitio, estudios de imagen avanzados o pruebas moleculares articulares no impidió mantener una línea diagnóstica sólida, siempre que se jerarquizaron las herramientas accesibles y se preservó la coherencia clínica a lo largo del seguimiento, como ha sido descrito para la práctica veterinaria real en felinos (Major et al., 2016).

Desde el punto de vista imagenológico, la radiografía se confirmó como el método inicial de elección para diferenciar lesiones traumáticas como fracturas y luxaciones de hallazgos compatibles con infección articular, incluyendo efusión, osteólisis subcondral o erosiones. Si bien la tomografía computarizada y la resonancia magnética aumentan la sensibilidad diagnóstica ante lesiones complejas o hallazgos sutiles, su ausencia no invalida el diagnóstico cuando existe soporte

clínico y laboratorial suficiente, especialmente en contextos de recursos limitados (Perry, 2015; Major et al., 2016).

La efectividad terapéutica en la artritis séptica felina depende de dos ejes simultáneos e inseparables como el control sistémico temprano mediante antibioterapia adecuada, y el control local del foco infeccioso. En este caso, la realización de lavados profundos, debridación meticulosa y el uso de apósitos antimicrobianos se alinearon con el principio de que, en infecciones asociadas a heridas contaminadas, el control local del tejido afectado es tan determinante como la antibioterapia sistémica para lograr la resolución clínica (Bojrab & Monnet, 2016).

La terapia antimicrobiana debe iniciarse de forma empírica y de amplio espectro en pacientes críticos, pero ajustarse obligatoriamente al antibiograma una vez se dispone de resultados microbiológicos. En el presente caso, la identificación de *Klebsiella pneumoniae* y la interpretación de su perfil de susceptibilidad guiaron decisiones terapéuticas concretas, como la suspensión de marbofloxacin por resistencia y la priorización de betalactámicos según respuesta esperada. Este enfoque evidencia el impacto clínico directo del cultivo bacteriano en la prevención del fracaso terapéutico, la progresión del daño articular y el uso innecesario de antimicrobianos críticos (Lemétayer & Taylor, 2014; Papich, 2021).

El soporte hospitalario avanzado representó un componente clínicamente relevante para el éxito del manejo. La colocación de un catéter venoso central facilitó la administración segura y continua de terapias intravenosas en una hospitalización prolongada, mientras que la monitorización mediante gases arteriales permitió evaluar de forma objetiva la oxigenación, el equilibrio ácido-base y la respuesta sistémica del paciente. Este tipo de soporte incrementa la seguridad terapéutica y la calidad del seguimiento en infecciones articulares graves con compromiso sistémico (Steagall et al., 2022).

Finalmente, el caso respalda el valor de los marcadores inflamatorios y controles seriados como herramientas objetivas de seguimiento. En Polo, la medición del amiloide sérico A, junto con el hemograma de control, permitió documentar la evolución del proceso inflamatorio y la respuesta al tratamiento, evidenciándose la normalización progresiva de este marcador. La literatura reconoce al amiloide sérico A como un biomarcador sensible y útil para el seguimiento y pronóstico de procesos infecciosos sistémicos en felinos, especialmente cuando se requiere evaluar respuesta terapéutica más allá de la impresión clínica (Tamamoto et al., 2013; Rossi, 2023).

Referencias

- Balboni, A., Veronesi, F., Dondi, F., Alberti, A., & Battilani, M. (2022). Feline calicivirus-related arthritis: Emerging insights into pathogenesis and clinical relevance. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 24(9), 931–942.
<https://doi.org/10.1177/1098612X221089876>
- Bojrab, M. J., & Monnet, E. (2016). *Mecanismos de enfermedad en cirugía de pequeños animales* (3.^a ed.). Elsevier.
- British Small Animal Veterinary Association. (2018). *BSAVA manual of feline practice* (2nd ed.). BSAVA.
- Černá, P., Timmermans, J.-P., & Peukert, C. (2021). Prevalence of hip dysplasia, patellar luxation, and lumbosacral transitional vertebrae in pedigree cats in Czech Republic. *Animals*, 11(9), 2482. <https://doi.org/10.3390/ani11092482>
- Frymus, T., Addie, D. D., Belák, S., Boucraut-Baralon, C., Egberink, H., Lloret, A., ... Truyen, U. (2015). Streptococcal infections in cats: ABCD guidelines on prevention and management. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 17(7), 620–625.
<https://doi.org/10.1177/1098612X15588469>
- Gandolfi, B., Alamri, S., Darby, W. G., Adhikari, B., Lattimer, J. C., Malik, R., Wade, C. M., & Lyons, L. A. (2016). A dominant TRPV4 variant underlies osteochondrodysplasia in Scottish fold cats. *Osteoarthritis and Cartilage*, 24(8), 1441–1450.
<https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.03.010>
- Glavinić, A., Krstić, V., Pihler, I., & Dervišević, E. (2024). First case of feline cryptococcosis in Bosnia and Herzegovina. *JFMS Open Reports*, 10(1), 20551169241265248.
<https://doi.org/10.1177/20551169241265248>

- Kimura, T., Kimura, S., Okada, J., Suzuki, S., & Kitanaka, T. (2020). Retrospective radiographic study of degenerative joint disease in cats: Prevalence based on orthogonal radiographs. *Frontiers in Veterinary Science*, 7, 138. <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.00138>
- Lanave, G., Catella, C., Capozza, P., Berard, S., Elia, G., & Buonavoglia, C. (2023). Molecular detection of feline calicivirus in synovial fluid and tissues of cats with lameness. *Animals*, 13(11), 1778. <https://doi.org/10.3390/ani13101778>
- Lanave, G., Buonavoglia, A., Pellegrini, F., Di Martino, B., Di Profio, F., Diakoudi, G., ... Camero, M. (2023). An outbreak of limping syndrome associated with feline calicivirus. *Animals*, 13(11), 1778. <https://doi.org/10.3390/ani13111778>
- Lefort-Holguin, A., Taylor, P., Hulsebosch, S. E., Innes, J. F., Lascelles, B. D. X., Moreau, M., & Scurrall, E. (2025). Osteoarthritis in cats: What we know, and mostly, what we don't know... yet. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 27(2), 1098612X251347999. <https://doi.org/10.1177/1098612X251347999>
- Lemétayer, J., & Taylor, S. (2014). Inflammatory joint disease in cats: Diagnostic approach and treatment. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 16(6), 535–548.
- Major, A., Hunt, G., & Langenbach, A. (2016). Use of advanced imaging in diagnosing osteoarticular infections in cats. *Veterinary Radiology & Ultrasound*, 57(3), 295–302. <https://doi.org/10.1111/vru.12333>
- Papich, M. G. (2021). *Papich handbook of veterinary drugs* (5th ed.). Elsevier.
- Perry, K. L. (2015). Radiographic patterns of feline arthritis and differential diagnosis with traumatic lesions. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 45(5), 1011–1025. <https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2015.04.003>
- Rossi, G. (2023). Acute phase proteins in cats: Diagnostic and prognostic role, future directions, and analytical challenges. *Veterinary Clinical Pathology*, 52(Suppl 1), 37–49. <https://doi.org/10.1111/vcp.13238>

- Steagall, P. V., Robertson, S., Simon, B., Warne, L. N., Shilo-Benjamini, Y., & Taylor, S. (2022). 2022 ISFM consensus guidelines on the management of acute pain in cats. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, *24*, 4–30.
- Tamamoto, T., Ohno, K., Takahashi, M., Nakashima, K., Fujino, Y., & Tsujimoto, H. (2013). Serum amyloid A as a prognostic marker in cats with various diseases. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation*, *25*(3), 428–432.
- Velie, B. D., Mildren, T., Miller, H., & Haase, B. (2023). An estimation of osteochondrodysplasia prevalence in Australian Scottish fold cats: A retrospective study using VetCompass data. *BMC Veterinary Research*, *19*, 252. <https://doi.org/10.1186/s12917-023-03811-0>
- Wei, Z., Li, X., Huang, J., Zhang, X., & Chen, R. (2024). Pathogenic mechanisms of feline calicivirus and its role in systemic and joint disease. *Frontiers in Microbiology*, *15*, 1388420. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1388420>
- Wootton, S. K., Gunn-Moore, D., & McLuckie, J. (2022). Feline immune-mediated polyarthritis: Clinical features and laboratory findings. *Veterinary Record*, *190*(7), e1087. <https://doi.org/10.1002/vetr.1087>
- Zeugswetter, F. K., Karl, K., & Schwendenwein, I. (2007). *Mycoplasma gateae* infection associated with erosive polyarthritis in a cat. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, *9*(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.jfms.2006.10.002>