

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, COMO ENFERMEDAD SISTÉMICA

Verónica Esmeralda Díaz Hernández^{1,a}, Maiakowsky Díaz Jaime^{2,b}

RESUMEN

La enfermedad de arañazo de gato es una enfermedad infecciosa que se caracteriza en la mayoría de los casos por la linfadenopatía regional autolimitada, así mismo se puede presentar en forma sistémica con aparición de lesiones tipo absceso en hígado y bazo. **Reporte de caso:** Paciente varón de 7 años, procedente del distrito de Tumán, Lambayeque que ingresa a consultorio externo de Pediatría con diagnóstico de fiebre de origen desconocido de un mes de evolución, luego de haber sido evaluado con múltiples exámenes auxiliares, se le realiza una tomografía abdominal con contraste, teniendo como resultados múltiples formaciones nodulares hipodensas hepatoesplénicas sugestivas de abscesos y hepatomegalia. Se inició tratamiento antibiótico empírico con doxiciclina basándose en el cuadro clínico de persistencia de fiebre en pacientes con buen estado general, microabscesos hepatoesplénicos, además del antecedente de contacto con gatos y tras continuar el estudio fue diagnosticado de Enfermedad por arañazo de gato, completando el tratamiento de forma ambulatoria. **Interpretación:** La enfermedad por arañazo de gato es una entidad no poco frecuente, sin embargo la sintomatología pasa desapercibida hasta que se presenta como una entidad sistémica que requiere hospitalización, es por ello necesario tenerla en cuenta en casos de fiebre de origen desconocido con linfadenopatía y hepatomegalia por abscesos hepatoesplénicos.

Palabras clave: Enfermedad por arañazo de gato, Abscesos hepatoesplénicos, Fiebre. (Fuente: DeCS- BIREME).

CAT SCRATCH DISEASE, AS SYSTEMIC DISEASE

ABSTRACT

Cat scratch disease is an infectious disease characterized by regional lymphadenopathy self-limited in most cases, but can also present a systemic form of the disease that is described as the appearance of abscess-like lesions in liver and spleen. **Case report:** We report the case of a 7 year old from Tumán - Lambayeque admitted for outpatient, pediatric service with a diagnosis of fever of unknown origin, with fever of one month duration with no apparent source after have been evaluated with multiple auxiliary tests, he performed an abdominal CT with contrast that aimed suggestive multiple hypodense nodular hepatosplenic abscesses and hepatomegaly. Antibiotic therapy was started with doxycycline based on the clinical picture of persistent fever in patients with good performance status, hepatosplenic microabscesses, besides the history of contact with cats and after continuing the study was diagnosed Cat scratch disease, completing thus the outpatient treatment. **Interpretation:** Cat scratch disease is not uncommon, however most cases the symptoms go unnoticed until it is presented as a systemic entity requiring hospitalization in some occasions, it is therefore necessary to take into account in cases of fever of unknown origin with lymphadenopathy and hepatomegaly by hepatosplenic abscesses.

Key words: Cat scratch disease, Hepatosplenic abscesses, Fever unknown origin (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la linfadenopatía regional autolimitada. Los datos actualmente disponibles sugieren que la enfermedad puede ser resultado de un arañazo o mordedura de gato, así como de una picadura de pulga. Los gatos son el principal reservorio de *B. henselae*, generalmente ocurre en personas inmunocompetentes jóvenes y con poca frecuencia causa una enfermedad grave. Múltiples líneas de evidencia han vinculado directamente enfermedad de arañazo de gato a la exposición a los gatos jóvenes y los gatos con pulgas.

Se presenta en el 85 al 90% de los niños como una inflamación cutánea localizada y el trastorno de los

ganglios linfáticos cerca del sitio de la inoculación organismo. En algunos individuos, los organismos pueden difundir e infectan el hígado, el bazo, los ojos o el sistema nervioso central^(1,2). Comienza típicamente con una lesión cutánea en el sitio de la inoculación, la llamada lesión de la inoculación primaria, esta lesión se desarrolla generalmente tres a diez días después de la introducción del organismo en la piel y generalmente evoluciona a través vesicular, eritematosas, papulosas y fases, con menor frecuencia la lesión de inoculación primaria puede ser pustular o nodular⁽¹⁾.

La linfadenopatía regional es el sello de la enfermedad por arañazo de gato. Los nódulos linfáticos agrandados aparecen proximal al sitio de inoculación, unas dos semanas (rango, de

¹ Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

² Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque-Perú.

^a Interna de Medicina

^b Médico Pediatra

siete a 60 días) después de que el organismo se inoculó en la piel. Los nodos son casi siempre tensos, a menudo tienen eritema de la piel que lo recubre, y de vez en cuando supuran.

Varios informes han descrito pacientes que tenían afectación del hígado, bazo, o ambos, la afectación orgánica visceral es una de las manifestaciones más comunes en los niños después de la linfadenopatía. Los pacientes pueden tener fiebre persistente de origen desconocido, dolor abdominal, pérdida de peso. Alrededor de la mitad de los niños tienen hepatomegalia o esplenomegalia; el hígado puede estar sensible a la palpación. La infección por *B. henselae* se debe considerar en la evaluación inicial de la fiebre de origen desconocido y prolonga la fiebre en niños⁽³⁾.

Dentro del diagnóstico está la serología positiva para *B. henselae* (inmuno ensayo enzimático [EIA] o ensayo de fluorescencia indirecta [IFA]) con una relación de título de $\geq 1:64$, además la biopsia mostrando inflamación granulomatosa o una tinción de Warthin-Starry positiva⁽⁴⁾.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 7 años de edad, natural y procedente del distrito de Tumbán, Lambayeque; producto de parto eutócico, vacunas completas, desarrollo psicomotor sin alteraciones, no ha presentado cambios de residencia ni viajes recientes, niega crianza de animales domésticos, excepto crianza de un gato con el que suele jugar ocasionalmente.

Acude al hospital debido a que según referencias de la madre hace aproximadamente 1 mes el menor inicio cuadro de fiebre de 38°C que se presentaba en las mañanas, asociado a malestar general y no asociado a tos, náuseas, vómitos, diarrea o molestias urinarias, afirma que la fiebre cedía parcialmente con paracetamol durante todo el día, por lo cual, después de 1 semana aproximadamente decide llevarlo al hospital de Tumbán, donde le comunican que tiene una "infección", se le indica tratamiento con sulfametoxazol por 7 días pero la fiebre persistía con 39°C y al no presentar otras variaciones acude a médico particular y le diagnostica "faringitis" porque le indican Amoxicilina con Ácido clavulánico y metamisol por 7 días, sin embargo tampoco no presento mejoría debido a que la fiebre persistía (39 – 39.5°C).

Doce días antes del ingreso, el paciente presenta dolor en la región escapular derecha, tipo urente, que le impedía levantar el brazo, asociado persistentemente a la fiebre, por lo cual acude nuevamente al médico particular, quien le solicita una ecografía donde se evidencia colección líquida inmersa en plano profundo de región costo vertebral derecha que mide aproximadamente 10x23 mm, por debajo del plano muscular con discreta reacción perióstica del arco costal, además cambia el tratamiento con Ibuprofeno condicional al dolor y cefuroxina. Asimismo, continúa con el metamisol; sin embargo luego de una ecografía control se evidencia aumento de la colección, por consiguiente, acude al Hospital Regional Lambayeque.

El paciente acude al consultorio externo de pediatría del Hospital Regional Lambayeque, once días antes de ser

hospitalizado, donde se le realiza el drenaje del absceso de partes blandas, el mismo que fue cultivado con resultado negativo para crecimiento bacteriano en 48 horas, y se le indica tratamiento con cefradina 250mg vía oral cada 8 horas por tres días, durante los cuales permaneció afebril, para luego iniciar nuevamente con fiebre matutina de 39°C, no asociado a otros síntomas, continúa con metamisol, permaneciendo así por 9 días.

El paciente acude a consultorio externo para el retiro de puntos del drenaje de absceso, y al presentar fiebre de 39.5°C es hospitalizado en el servicio de pediatría para mejor estudio con diagnóstico de fiebre de origen desconocido, al examen físico de ingreso se evidencia en tórax tumoración de aproximadamente 5cm de diámetro, con solución de continuidad sobre el mismo de aproximadamente 3 cm de diámetro (producto del drenaje de absceso) con bordes empastados, blanda y dolorosa al tacto; pulmones y aparato cardiovascular aparentemente normales, además es hospitalizado contando con resultados de exámenes auxiliares como leucocitosis, anemia leve y aumento de velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, perfil hepático normal con elevación de fosfatasa alcalina propio del crecimiento en los niños, seguido así mismo de aglutinaciones febriles negativas y examen de orina normal. Como diagnóstico de ingreso se incluyó: Fiebre prolongada - Absceso residual dorsal - d/c Osteomielitis y se inició tratamiento con clindamicina a dosis de 40mg/kg/d post toma de hemocultivo, de igual manera se le solicitan nuevos estudios: velocidad de sedimentación globular, bacilo de Koch en jugo gástrico con resultados negativos, examen completo de orina normal e inmunología para toxoplasma, citomegalovirus y Eipsten Barr negativos, radiografía de tórax con inadecuada visualización del borde superior del séptimo arco costal derecho d/c lisis y ecografía de partes blandas evidenciando colección residual posiblemente inflamatoria de 6.4 cc que profundiza el plano muscular.

Durante el transcurso de los días se recibe resultado de hemocultivo con tres reportes negativos, así mismo, al tercer día de hospitalización se le realiza una tomografía espiral multi corte de tórax con contraste, donde se evidencia colección de aspecto residual a nivel de partes blandas de la región dorsal sin evidenciar compromiso óseo, sin embargo impresiona lesiones nodulares de aspecto inflamatorio en parénquima hepático e esplénico a considerar abscesos como primera posibilidad, desde el día del ingreso al servicio el paciente continúa con los picos febriles a predominio nocturno y vespertino, hasta entonces y para el día 31 de agosto se le realizan exámenes de control con leve leucocitosis y persistencia de proteína C reactiva elevado.

Encontrándose el paciente en su séptimo día de hospitalización se inicia tratamiento con metronidazol 30 mg /kg/d, además se evidencia en el examen físico secreción muco purulenta en dorso del tórax cubierto con apósitos húmedos, sin mal olor, igualmente hígado a 2.5 cm debajo del reborde costal y en región dorsal de mano derecha se evidencia lesión antigua de arañazo de gato.

Al día siguiente el paciente es sometido a una tomografía espiral multicorte abdominal con contraste endovenoso y oral

que evidencia formaciones hipodensas hepatoesplénicas que oscilan entre 8-25mm sugestivos de corresponder a abscesos, además de hepatomegalia. Por la clínica de fiebre prolongada, abscesos hepatoesplénicos y el buen estado general del paciente, así como ganancia ponderal se solicita Inmunoglobulina G e Inmunoglobulina M para *Bartonella henselae* y se le inicia tratamiento con doxiciclina a 4 mg/kg/d, con el pasar de los días el paciente continúa clínicamente estable y afebril.

El día duodécimo tercero de hospitalización es evaluado por infectología quien indica continuar con doxiciclina y cotrimoxazol por seis semanas, teniendo para ese momento el resultado positivo de Inmunoglobulina G: 62.0 (positivo > 15.0) para *Bartonella henselae*, paciente es dado de alta al día siguiente con indicaciones.

DISCUSIÓN

La enfermedad por arañazo de gato constituye una causa frecuente de linfadenopatía regional en niños y adolescentes, pues en algunas ocasiones puede pasar inadvertida por el personal médico al tratarse de una enfermedad por sí misma autolimitada en la mayoría de las ocasiones, además hay que tener en cuenta que no siempre encontraremos el antecedente de contacto con gatos ya que puede transmitirse también por picadura de las pulgas de estos animales.

Con relativa frecuencia las adenopatías se ubican en extremidades superiores, cabeza y cuello, y es en el 80 % de los casos la única manifestación de la enfermedad, sin embargo es posible que no se presente más que con una región abscedida en el sitio de inoculación de la bacteria. Los ganglios axilares, como sucedió en nuestro paciente, son los más comprometidos. La fiebre y otros síntomas generales se describen con menor frecuencia, no obstante, en los casos de enfermedad sistémica se presenta como fiebre de origen desconocido generalmente asociado a hepatoesplenomegalia por lo que en ocasiones suele confundirse con neoplasias linfáticas y no necesariamente se presenta en pacientes con inmunodeficiencia como podría pensarse.

El diagnóstico de laboratorio de la Enfermedad por Arañazo de Gato suele basarse en la detección de anticuerpos séricos específicos; más recientemente se ha incorporado la detección de material genético de la bacteria mediante PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa) es la prueba más sensible y específica. El cultivo a partir de muestras clínicas es extremadamente complejo y de bajo rendimiento debido a que *B. henselae* crece muy lento en medios habituales., por lo que no se utiliza en la práctica, es por ello que luego de haber cultivado 48 horas la muestra del absceso dio resultado negativo al no existir de primera instancia las sospechas clínicas que enviara la muestra para una espera de crecimiento bacteriano mayor.

Asimismo, se destaca la importancia de realizar biopsia de ganglio linfático o de lesiones viscerales en casos seleccionados con formas sistémicas de enfermedad. El estudio anatomopatológico puede mostrar el típico granuloma con necrosis central, y la tinción argéntica de Whartin-Starry

los bacilos pleomórficos en las zonas de necrosis⁽⁶⁾, sin embargo en este caso no se obtuvieron muestras anatomopatológicas.

Al no presentar un diagnóstico de certeza pues no identifica directamente al agente, el método más utilizado es la detección de anticuerpos específicos anti *B. henselae*, ya sea de tipo IgG o IgM, por técnicas de inmunofluorescencia (IF) o inmunoensayo enzimático (ELISA) como ha sido en este caso que se obtuvo resultado positivo para inmunoglobulina G.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polanco Aguilar PM; Cornejo Giraldo M. Primer reporte de enfermedad sistémica por arañazo de gato (*Bartonella henselae*) en el Perú. Acta méd. Per. [Internet] 2008 [citado 15 junio 2014]; 25(4): 228 – 231. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n4/a09v25n4.pdf>
2. Hernández BR, Pila PR, Pila PR, Holguín PVA, Rosales TP. Enfermedad sistémica por arañazo de gato: una comunicación interesante. AMC. [Internet] 2009 [citado 15 junio 2014]; 13(4): 1- 1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n4/amc15409.pdf>
3. Santarcángelo S, Sosa R, Dondoglio P, Valle LE, Navacchia D. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido. Rev. chil. infectol. [Internet] 2013 [citado 15 junio 2014]; 30(4): 441 – 445. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n4/art14.pdf>
4. Abarca K, Winter M, Marsac D, Palma C, Contreras AM, Ferrés M. Exactitud y utilidad diagnóstica de la IgM en infecciones por *Bartonella henselae*. Rev. chil. infectol. [Internet] 2013 [citado 15 junio 2014]; 30(2): 125 – 128. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n2/art01.pdf>
5. Olasoa M, García GL, Ferreira GML, Giachetto LG, Gutierrez BMC, Pérez GMC. Enfermedad por arañazo de gato: características clínicas en niños hospitalizados. An. Pediatr. [Internet] 2011 [citado 15 junio 2014]; 74(1): 42 – 46. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/enfermedad-por-aranazo-gato-caracteristicas/articulo/S1695403310003772/>

Revisión de pares:

Recibido: 18/8/15 Aceptado: 2/9/15