

Enfermedad por arañazo de gato: Dos casos en una consulta de Atención Primaria

Katu atzamarkadarengatiko gaixotasuna. Kasu bi lehen mailako atentzioko kontsulta batean

M.I. Cabeza Díez¹, M.A. Municio Martín²,
I. Abad Theron¹, P. Embid Pardo²,
A. Rodríguez Estévez³

¹Pediatría E.A.P. Galdakao. ²Pediatría Atención Privada las Arenas. ³Pediatría H. Txagorritxu. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es la causa más común de linfadenopatía crónica en niños y adolescentes. Generalmente es una infección benigna y autolimitada, que con frecuencia evoluciona en semanas o meses hacia la curación. En los últimos años se ha identificado el agente causal del cuadro clínico como una bacteria gramnegativo del género *Bartonella* llamada *Bartonella henselae*, por lo que el diagnóstico actualmente se confirma por las pruebas serológicas⁽¹⁾.

Dado que no resulta una entidad rara en nuestro medio, que es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en el estudio de un niño o adolescente con adenopatías, y que en los últimos años se han descrito manifestaciones clínicas con afectación multisistémica, tanto en pacientes inmunocompetentes, como en inmunodeprimidos⁽²⁾, nos parece de interés presentar los dos casos diagnosticados en una consulta de Atención Primaria durante un período de un año.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Niña de 13 años de edad que acude a consulta por aparición hace 15-20 días de una adenopatía progresivamente dolorosa en axila derecha, signo que no se acompaña de otra sintomatología. En la exploración física se objetiva adenopatía en axila derecha de tamaño 3 x 2 cm, dura, dolorosa a la palpación, sin signos externos inflamatorios, bien delimitada y no adherida. Se aprecian, asimismo, arañazos de gato en ambas extremidades superiores, uno de ellos más significativo en mano derecha. El resto de la exploración física es normal; la niña está afebril, sin exantemas, no se palpan adenopatías en otros territorios ganglionares, ni masas ni megalias.

Las pruebas complementarias incluyen: hemograma y bioquímica plasmática en valores normales; PCR: 15 mg/l; VSG 1ª hora: 23; Rx de tórax: sin hallazgos patológicos; serologías para virus Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasma y tularemia: negativas, y serología para *Bartonella henselae* positiva.

Evolución clínica: aparecen a las 2 semanas del diagnóstico signos inflamatorios con aumento del dolor y eritema local que evolucionan favorablemente con tratamiento antiinflamatorio hasta la completa desaparición de la adenopatía en 6 semanas.

Caso 2

Niña de 5 años que acude a consulta por presentar desde hace 15-20 días adenopatía inguinal izquierda. La niña no se siente enferma y el hallazgo no se acompaña de otra sintomatología. En la exploración física se palpa una adenopatía en región inguinal izquierda de 2 x 2 cm, móvil, dura, no dolorosa, no se palpan adenopatías en otras regiones ni masas ni megalias, no presenta exantemas ni cuadro febril, no se objetivan arañazos en piel, pero en la anamnesis se descubre que hay un gato que convive con la familia.

Se realizan exámenes complementarios incluyendo hemograma, bioquímica plasmática, PCR y VSG, con valores normales. Serologías para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y toxoplasma, negativas; y serología para *Bartonella henselae* positiva.

Se realiza entonces limpieza quirúrgica, evolucionando favorablemente en 3 semanas.

DISCUSIÓN

La enfermedad por arañazo de gato tiene una incidencia reportada de 7/100.000 de las altas hospitalarias; sin embargo, es ha-

bitualmente una enfermedad de curso clínico benigno que no necesita ingreso hospitalario, por lo que es difícil saber su incidencia real. Siendo además el gato un animal doméstico común en nuestro medio, los pediatras nos encontramos con esta entidad cada vez con más frecuencia.

La mayoría de los pacientes con enfermedad por arañazo de gato son niños o adolescentes que conviven con un gato que no evidencia enfermedad. Se han atribuido un 5% de los casos a mordedura de perro⁽³⁾, pero nunca se ha documentado una transmisión persona a persona. El lugar de inoculación es generalmente una extremidad, por arañazo, lamido o mordedura. Actualmente se ha confirmado que el principal agente etiológico es una bacteria gramnegativa del género *Bartonella* denominada *Bartonella henselae* haciendo posible el diagnóstico serológico de la enfermedad. El período de incubación es de 7 a 60 días.

La linfadenopatía regional dolorosa, generalmente, única, es la manifestación clínica más frecuente en pacientes sanos, habitualmente en cabeza, cuello, brazos o axilas, siendo las zonas inguinal, femoral o poplitea menos frecuentes⁽⁴⁾. Los ganglios evolucionan en semanas, aumentando la hiperestesia y el eritema, con posibilidad de supuración en un 10%, desapareciendo en un período de 2 a 4 semanas. Habitualmente la temperatura es normal o hay fiebre moderada que no dura más de 7 días y cuando lo hace suele indicar la progresión hacia la supuración del ganglio.

Entre el 10-13% de los pacientes pueden presentar sintomatología acompañante como cefalea y dolor de garganta, y un porcentaje menor presenta exantema o hinchazón parotídea. Entre el 5-20% presentan manifestaciones atípicas de las que la más

frecuente es el síndrome oculoglandular de Parinaud, que incluye un granuloma conjuntival, adenopatía submandibular o cervical anterior y que también evoluciona favorablemente en 2-4 meses. Otras manifestaciones clínicas atípicas son: púrpura trombocitopénica, osteítis, hepatoesplenomegalia y trastornos del sistema nervioso central, que evolucionan habitualmente de forma favorable en un período aproximado de un año⁽⁵⁾.

La sospecha diagnóstica viene dada por una adenopatía, generalmente, solitaria que evoluciona lentamente en un niño sin aparición de enfermedad, reforzada si ha habido contacto con un gato con o sin arañazo.

Sin embargo, ha de hacerse un despistaje de enfermedades con manifestaciones similares. Dentro del diagnóstico diferencial están las linfadenopatías de causa infecciosa, entre las que se incluyen adenitis bacteriana, infección por micobacterias, mononucleosis infecciosa, enfermedad por citomegalovirus, tularemia, linfogranuloma venéreo, brucelosis e infecciones micóticas; y dentro de las de causa no infecciosa, habrá que hacer diagnóstico diferencial con: quistes congénitos, sarcoidosis, enfermedad de Kawasaki y neoplasias. Habitualmente una historia clínica adecuada orientará los diagnósticos más probables, evitando pruebas complementarias innecesarias⁽⁶⁾. Las pruebas de laboratorio de rutina no suelen ser útiles para diferenciar la enfermedad por arañazo de gato de otras entidades, la VSG suele aumentar en las 2 primeras semanas. Se realizarán, cuando esté indicado, pruebas serológicas para toxoplasma, virus Epstein-Barr y citomegalovirus. Asimismo, puede ser útil realizar estudios radiológicos, para descartar adenopatías hiliares, de-

pendiendo de la evolución del cuadro. Actualmente las pruebas serológicas para *Bartonella henselae* dan la confirmación diagnóstica.

La enfermedad por arañazo de gato sin tratamiento tiene, generalmente, un buen pronóstico y al no haberse demostrado la verdadera efectividad de los antibióticos en esta enfermedad, debe utilizarse inicialmente un tratamiento sintomático acompañado de un seguimiento ambulatorio de la evolución⁽⁷⁾. Ocasionalmente puede hacer falta punción de la adenopatía si es fluctuante para disminuir el dolor, evitándose la excisión, dado que deja una cicatriz que puede ser evitable. Nos parece importante aconsejar la prevención evitando arañazos de las mascotas; sin embargo, no se indica la separación del gato del hogar dado que probablemente el bacilo se transmita sólo durante un breve período de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalton MJ, Robinson LE, Cooper J y cols. Use of Bartonella antigens for serologic diagnosis of cat-scratch disease at national referral center. *Arch Intern Med* 1995; **155**: 1670-1676.
2. *Hosp Pract* (Off Ed) 1998, Dec 15; **33** (12): 37-8, 41-49.
3. Dermes DM, Bass JW, Vincent JM y cols. Cat-scratch disease in Hawaii: etiology and seroepidemiology. *J Pediatr* 1995; **127**: 23-26.
4. *Pediatr Clin North Am* 1998, Aug **15**(4): 875-888.
5. Bass JW, Vincent JM, Person DA. The expanding spectrum of Bartonella infections. II. Cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis* 1997; **16**: 163-179.
6. Moriarty RA, Margileth AM. Cat-scratch disease. *Infect Dis Clin North Am* 1987; **1**: 575-590.
7. Margileth AM. Antibiotic therapy for cat-scratch disease: clinical study of therapeutic outcome in 268 patients and a review of the literature. *Pediatr Infect Dis* 1992; **11**: 474-478.