

Enfermedad por arañazo de gato

Cat scratch disease

Orlando Mesa Izquierdo, Gelvis Travieso Peña, Horlirio Ferrer Robaina, Humberto Gámez Oliva, Rafael Rodríguez Pereira, Jorge Felipe Govín Gámez, Daniel Ford Revol

Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristóbal, Artemisa.

RESUMEN

La enfermedad por arañazo de gato es una infección causada por la bacteria *Bartonella henselae*. Se caracteriza desde el punto de vista clínico por linfadenopatía regional autolimitada, acompañada de fiebre y otros síntomas generales. Se reporta una paciente de 42 años de edad que inició con adenopatías submandibulares en regiones laterales del cuello acompañado de febrículas de 37 °C de 4 semanas de evolución, que aumentan de tamaño. Como diagnóstico diferencial se planteó un proceso linfoproliferativo, indicándose realizar una citología por aspiración por aguja fina de las lesiones, el resultado informa linfadenitis reactiva inespecífica, siendo no concluyente para diagnóstico, por lo que se hace exéresis de un ganglio del cuello. El estudio histopatológico mostró la formación de granulomas, que coalescen y forman (procesos estrellados), es decir, acúmulos irregulares centrales de macrófagos activos y en desintegración, rodeados por un ribete llamativo de macrófagos epitelioides en empalizadas.

Palabras clave: enfermedad por arañazo de gato; *Bartonella Henselae*.

ABSTRACT

Cat scratch disease is an infection caused by the bacterium *Bartonella henselae*. From a clinical point of view it is characterized by regional self-limited lymphadenopathy, accompanied by fever and other general symptoms. A report is presented of a 42-year-old female patient who started out with submandibular adenopathies of increasing size in lateral regions of the neck and 37 °C low-grade fever of 4 weeks of

evolution. A lymphoproliferative process was established as differential diagnosis, and fine-needle aspiration cytology of the lesions was indicated. The result was nonspecific reactive lymphadenitis, not conclusive for diagnosis. Therefore, exeresis was performed of a neck ganglion. Histopathological examination revealed the formation of granulomas which coalesce into star-shaped structures, i.e. irregular central accumulations of active and disintegrating macrophages surrounded by a distinct border of palisading epithelioid macrophages.

Key words: cat scratch disease; *Bartonella henselae*.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de la enfermedad se realizó en 1950 por los científicos franceses *Robert Debre* y *Pierre Mollaret*.¹ En un inicio se pensaba que la enfermedad era producida por hongos, virus, clamydias o micobacterias. En 1993 sobre la base de estudios serológicos, epidemiológicos y moleculares, fue considerada *Rochalimaea henselae*, bacilo gramnegativo perteneciente a la familia *Rickettsiaceae*, el agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato (EAG). En la actualidad por variaciones en la nomenclatura este microorganismo se ha denominado *Bartonella henselae*.^{2,3} Afecta con mayor frecuencia a jóvenes menores de 20 años inmunocompetentes, y la mayoría de las veces tiene un curso benigno y autolimitado. Se propaga mediante contacto con un gato infectado (mordedura o arañazo) o contacto de la piel rota o de la conjuntiva con la saliva del gato.⁴

Alrededor de 2 a 3 semanas después de resultar infectado, se presenta hinchazón de los ganglios linfáticos (linfadenopatía) cerca al sitio del arañazo o mordedura. En ocasiones, un ganglio infectado puede formar un túnel (fístula) a través de la piel y drenar. La enfermedad del arañazo de gato es una causa común de inflamación crónica de los ganglios linfáticos en niños.⁵

Una persona que haya tenido contacto con un gato puede mostrar síntomas y signos comunes como:

- Protuberancia (pápula) en el sitio de la lesión que por lo general es la primera señal.
- Inflamación de los ganglios linfáticos cerca a la mordedura o el arañazo.
- Fiebre (en algunos pacientes).
- Fatiga.
- Molestia general (malestar general).
- Dolor de cabeza.

Los síntomas menos comunes pueden ser:

- Pérdida del apetito.
- Pérdida de peso.

- Esplenomegalia.
- Dolor de garganta.
- Secreción de los ganglios linfáticos.

La enfermedad a menudo pasa inadvertida debido a la dificultad para las pruebas. Sin embargo, la prueba indirecta de anticuerpos fluorescentes (IFA) para *Bartonella henselae* es sensible y específica para la detección de infección causada por esta bacteria, y otro examen utilizado en el diagnóstico de la enfermedad del arañazo de gato es la biopsia de ganglios linfáticos para descartar otras causas de su inflamación.⁴⁻⁶

CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino, de 42 años de edad, con antecedentes personales de buena salud, que acude al Centro por presentar aumento de volumen en ambas regiones laterales del cuello y submandibulares de un mes de evolución, acompañada de febrículas de 37.5 °C. En el examen físico se constató la presencia de grandes masas de adenopatías en regiones laterales del cuello y una mayor de 5 cm. de diámetro submandibular derecha, dolorosas, bien delimitadas, consistencia fibroelástica, adherida a planos profundos. Se interconsultó con Oncología y Hematología y por las características de la lesión se decidió realizar biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), con el objetivo de descartar una enfermedad linfoproliferativa, la muestra informó linfadenitis reactiva inespecífica lo cual no fue concluyente para el diagnóstico definitivo y se decidió realizar exéresis de una de las adenopatías del cuello.

Exámenes complementarios realizados a la paciente e interpretación de los resultados:

- Hemograma Completo: (dentro de límites normales).
- Eritrosedimentación: normal.
- Glicemia: normal.
- Creatinina y Ácido Úrico: normal.
- Transaminasas glutámico pirúvica y Oxalacética: normal.
- Serología y HIV: No reactivo.
- Coagulograma completo: normal.
- Ultrasonido Abdominal: no adenopatías intraabdominales.
- Rayos X de Tórax: Negativo.
- Citología por aspiración por aguja fina: linfadenitis reactiva inespecífica.
- Biopsia Ganglionar: (ganglio cervical), el estudio histopatológico del ganglio cervical mostró formación de granulomas que coalescen y forman (procesos estrellados), es decir, acúmulos irregulares centrales de macrófagos activos y en desintegración, rodeados por un ribete llamativo de macrófagos epitelioides en empalizadas (Figs. 1 y 2).

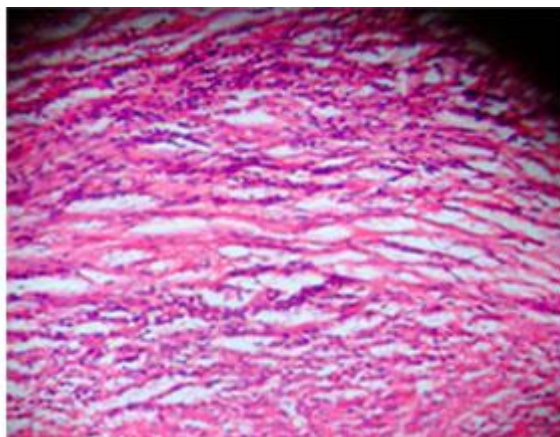


Fig. 1. Se observa el centro del granuloma constituido por acúmulos irregulares de leucocitos (neutrófilos) en desintegración.

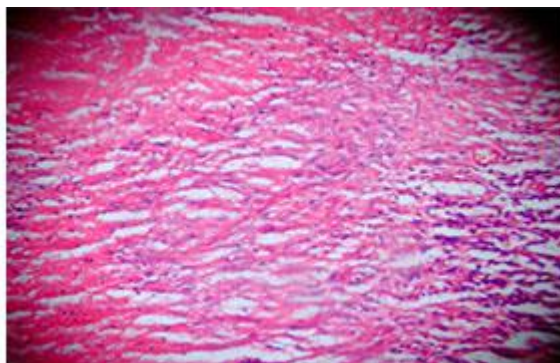


Fig. 2. Se observan ribetes de macrófagos epitelioides en empalizados.

DISCUSIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es una de las causas más frecuentes de adenopatía regional en niños y adolescentes. Es producida con mayor frecuencia por la *Bartonella Henselae*+, aunque puede ser producida por otras especies de Bartonella, esta bacteria es un bacilo gram negativo de crecimiento lento, que crece mejor a 34-37 °C y en aire con un 5 % de CO₂. Se puede aislar el organismo de sangre, tejido linfático o de la piel u órganos afectados.^{2,7}

La incidencia real es desconocida y se estima en 1,9 a 9,3 casos/100 000 habitantes y año, y más del 90 % de los enfermos han tenido una mordedura, un arañazo o una lamedura de un gato. El pico de incidencia está en otoño-invierno, el periodo de incubación desde la inoculación hasta la aparición de la lesión cutánea es de 7 a 12 días, y el tiempo desde la aparición de esta lesión hasta el desarrollo de adenopatía es de 5 a 50 días.^{3,6}

El cuadro clínico clásico se caracteriza por la presencia de una linfadenopatía regional, a veces acompañada de fiebre de semanas a meses de evolución y que comienza en relación a un arañazo de gato. Es frecuente la presencia de una pápula roja en el sitio de inoculación, que puede preceder a la linfadenopatía en 10 a 14 días, esta pápula dura de 3 a 10 días y evoluciona a una vesícula y a veces, a nódulos, curando sin

cicatriz. En 5 a 10 % de los casos el sitio de inoculación es el ojo o la mucosa oral, las linfadenopatías pueden aparecer hasta 60 días después de la inoculación. El tamaño va de 1 a 5 cm pero puede alcanzar los 10 cm, los grupos ganglionares más comprometidos son las axilas, epitróclea, cervicales, supraclaviculares, y submandibulares. Casi siempre se trata de adenopatías sensibles, lo cual las diferencia en parte, de las adenopatías de los síndromes linfoproliferativos, con frecuencia resuelven dentro de 4 meses.^{5,7} En este caso las adenopatías fueron de localización submandibular y ambas regiones laterales del cuello, y no supurada, constituyó el único síntoma de la enfermedad, la biopsia ganglionar fue concluyente para el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico de la enfermedad se establece en la actualidad en pacientes cuyo cuadro clínico epidemiológico sugiera este proceso, es posible realizar un diagnóstico más rápido mediante la utilización de pruebas serológicas, como son las técnicas de inmunofluorescencia indirecta y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la destrucción del DNA de la Bartonella, técnicas que por su alto costo no están disponibles en todos los centros hospitalarios.⁸

El tema controvertido para los médicos especializados es el tratamiento de la enfermedad. Muchos científicos sustentan la teoría del tratamiento sintomático al tener en cuenta la evolución autolimitada de esta. Para este grupo, el uso de antibióticos está justificado de manera exclusiva en pacientes con evolución hacia la gravedad y huéspedes inmunocomprometidos.⁹⁻¹¹ Algunos estudios han demostrado la desaparición más rápida de las adenopatías con el uso de antibióticos, al igual que sucedió en el caso reportado en este artículo. El antibiótico usado fue la ciprofloxacina con una duración de 10 días, otros antibióticos utilizados con mayor frecuencia es la azitromicina, macrólidos, rifampicina y gentamicina.^{10,11}

La enfermedad por arañazo de gato no confiere inmunidad de por vida, su recurrencia ha sido comunicada en Estados Unidos de Norteamérica y Argentina.^{12,13} La actividad preventiva continúa de gran importancia en el control de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wear DJ, Margilein AM, Hadfield TL, Fisher GW, Schlagel CJ, King FM, et al. Cat scratch disease: a bacterial infection. *Science*. 2005;221:1403-5.
2. Brenner DJ, O'Connor SP, Winkler HH, Steirgerwait AG. Proposal to unify the genera Bartonella and vinsonii comb. nov, Bartonella henselae comb. nov, and Bartonella elizabethae comb. nov. and remove the family Bartonellaceae from the order Rickettsiales. In *J Syst bacterial*. 2005;43:777-86.
3. Flores G. Enfermedad por arañazo de gato. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013 [citado 19 Sep 2015];70(605):109-11. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131t.pdf>
4. Jackson L, Perkins B, Wenger J. Cat-scratch disease in the United States: an analysis of three national databases. *Am J Public Health*. 2009;83:1707-11.

5. Medici Olaso C, García Gariglio L, Ferreira García MI, Giachetto Larraz G, Gutierrez Bottino MC, Pérez García MC. Enfermedad por arañazo de gato: características clínicas en niños hospitalizados. En *Anales de Pediatría*. Elsevier Doyma. 2011 [citado 19 Sep 2015];74(1):42-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403310003772>
6. Bances-González M, Landa Garrido L, Amoretti M. Detección ecográfica de lesiones hepatoesplénicas en niños con enfermedad por arañazo de gato. *Rev Per Radiol*. 2011 [citado 19 Sep 2015];15:32-6. Disponible en: <http://www.socpr.org.pe/docs/revrad1512011.pdf#page=34>
7. Abarca K, Winter M, Marsac D, Palma C, Contreras A, Ferré M, et al. Exactitud y utilidad diagnóstica de la IgM en infecciones por *Bartonella henselae*. *Revista chilena de infectología*. 2013 [citado 19 Sep 2015];30(2):125-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000200001>
8. Álvarez I, Ponce J, Silva R. Enfermedad por arañazo de gato. Presentación de un caso. *Rev. Ped. Cubana*. 2003 Dic [citado 2016 Sep 15];75(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000400010&lng=es
9. 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*. 2013 Ago [citado 19 Sep 2015];30(4):441-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000400014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000400014>
10. López J, Peña AM, Pérez R, Abarca K. Tenencia de mascotas en pacientes inmunocomprometidos: actualización y consideraciones veterinarias y médicas. *Rev. chil. infectol*. 2013 Feb [citado 4 Jul 2015];30(1):52-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000100009&lng=es
11. Pérez-Martínez L, Blanco JR, Revuelta-Oteo JA. Tratamiento de las infecciones por *Bartonella* spp. *Revista española de quimioterapia*. 2010;23(3):109-14. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705227&orden=308119&info=>
12. Hernández Benedicto R, Pila Pérez R, Pila Peláez R, Holguín Prieto V, Rosales Torres P. Enfermedad sistémica por arañazo de gato: una comunicación interesante. *Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]*. 2014 [citado 19 Sep 2015];13(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2388>
13. Buompadre MC. Neuropatía óptica aguda: diagnósticos diferenciales. *Rev Neurol*. 2013 [citado 19 Sep 2015];57(Supl 1):S139-47. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/57S01/bkS01S139.pdf>

Recibido: 20 de enero de 2016.

Aprobado: 19 de febrero de 2016.

Orlando Mesa Izquierdo. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristóbal, Artemisa.

Correo electrónico: anadely67@infomed.sld.cu
