

Encina Barojas, Zaira Talía*
Acosta Nieto, María de la Luz*
Gil Veloz, Mariana*

Enfermedad por arañazo de gato en una paciente con trasplante renal

Cat scratch disease in a patient with renal transplantation

Fecha de aceptación: junio 2017

Resumen

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección causada por *Bartonella henselae*, una bacteria Gram negativa. Generalmente la enfermedad es benigna, aunque en pacientes inmunocomprometidos pueden aparecer complicaciones severas, como la angiomatosis bacilar cutánea y peliosis bacilar hepática.

Se presenta el caso de una niña de 11 años bajo tratamiento de inmunosupresores por trasplante renal hecho dos años antes. Inicia el padecimiento con fiebre, adenomegalia axilar y una lesión nodular en la cara anterior del tórax. El diagnóstico se hizo con serología. El tratamiento fue exitoso con azitromicina.

La EAG es una entidad que debe sospecharse en los pacientes pediátricos con fiebre y adenopatías.

Palabras clave: enfermedad por arañazo de gato, linfadenopatía, fiebre de origen desconocido.

Abstract

Cat scratch disease (CSD) is an infection caused by *Bartonella henselae*, a Gram negative bacteria. Usually is a benign disease, severe complications such as cutaneous bacillary angiomatosis and hepatic bacillary peliosis may occur in immunocompromised patients.

We present the case of an 11 year old girl undergoing immunosuppressive treatment for renal transplantation two years previously. She begins with fever, axillary adenomegaly, and a nodular lesion in the thorax anterior region. Diagnosis was made with serology. Treatment was successful with azithromycin.

CSD is an entity that should be suspected in pediatric patients with fever and lymphadenopathy.

Keywords: cat scratch disease, lymphadenopathy, fever of unknown origin.

Introducción

La enfermedad por arañazo de gato es causada por *Bartonella henselae*, una bacteria Gram negativa aerobia difícilmente cultivable.¹ Se transmite por saliva de gato al tener contacto con algún área expuesta de la piel o mucosa del humano.² Se manifiesta mediante linfadenopatía y fiebre, su evolución es benigna y autolimitada en personas inmunocompetentes.³ El diagnóstico se hace con tres de los siguientes elementos: a) historia de contacto con animales, b) arañazo o lesión primaria dérmica u ocular, c) linfadenopatía regional, d) serología positiva (mayor de 1: 256) o e) biopsia ganglionar positiva.⁴

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 11 años, vive en un medio rural, de nivel socioeconómico bajo, convive estrechamente con dos gatos pequeños, con hábitos de higiene deficientes. Su alimentación es con dieta estricta por nefropatía. Cuenta con inmunizaciones completas. A los seis años de edad fue diagnosticada con riñones hipoplásicos e insuficiencia renal, inició tratamiento con diálisis peritoneal durante un año, a los nueve años se le realizó trasplante renal de donador vivo relacionado, hasta ahora recibe tratamiento inmunosupresor con prednisona (0.1 mg/kg/día), ácido micofenólico (30 mg/kg/día) y ciclosporina (2 mg/kg/día).

* Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, Secretaría de Salud, México.
Correspondencia: Dra. Mariana Gil Veloz

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, Secretaría de Salud, San Carlos la Roncha, CP 37660, León, Gto., México
Dirección electrónica: marianagil3@hotmail.com

El padecimiento actual inició con dolor abdominal y una evacuación abundante líquida, a lo que se agregó fiebre de 39°. Acudió a consulta donde durante la exploración se detectó en la región anterior del tórax una lesión única nodular de aproximadamente 1.5 cm, elevada, con costra necrótica en el centro y eritema leve en la periferia (figura 1). En la región axilar izquierda se encontró una masa dura, no dolorosa, no adherida a planos profundos, móvil, de bordes mal definidos, de 6 × 5 cm. En la biometría hemática presentaba neutrofilia y plaquetopenia; así como incremento en creatinina sérica y proteína c reactiva elevada. Se le realizó ultrasonido de la región axilar, el cual reportó una lesión hipoecoica de 35 mm × 26 mm × 21 mm, de bordes bien delimitados. Se le hizo biopsia de piel. Recibió tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino y clindamicina, presentó drenaje espontáneo de absceso contiguo a ganglio axilar y hubo mejoría clínica, disminuyó el dolor en el área axilar, y se mantiene afebril. Aumentó el conteo plaquetario, disminuyeron PCR y creatinina. El reporte de serología para *B. henselae* fue IgG 1:1020 positivo e IgM positivo 1:320. Patología reportó zonas de necrosis sin que se lograra identificar microorganismos. Se ajustó el tratamiento con azitromicina la cual recibió durante 14 días, tuvo buena respuesta con resolución de las lesiones, no hubo complicaciones.

Discusión

Por la gravedad de sus manifestaciones, la enfermedad por arañazo de gato se diagnostica con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos, ya que éstos presentan enfermedad diseminada en 71.4%, frente al clásico cuadro autolimitado de fiebre y adenopatías regionales propio del inmunocompetente.³ La localización de la adenopatía depende del lugar de la inoculación. Los ganglios axilares son los más afectados, seguidos de los cervicales, submandibulares, inguinales, femorales y poplíteos. La afección de un único grupo ganglionar es más frecuente que la múltiple. El tamaño de las adenopatías se normaliza entre dos y seis meses. Entre 5 y 20% de los pacientes con EAG presentan otras manifestaciones clínicas distintas de la linfadenopatía, entre las que destacan el síndrome oculoglandular de Parinaud, manifestaciones oculares (neurorretinitis, retinitis, exudado macular y edema de cabeza del nervio óptico), manifestaciones neurológicas (encefalitis, meningitis, mielitis, arteritis cerebral, radiculitis, polineuritis, parálisis de Bell, afectación de pares craneales), así como manifestaciones pulmonares (neumonía y derrame pleural (0.2%).^{2,5} Los pacientes postrasplantados con enfermedad diseminada presentan abscesos localizados, como en el caso que presentamos, algunos pueden presentar enfermedad hepática, atribuible a inflamación crónica y medicamentos inmunosupresores que disminuyen la activación de los linfocitos T.³

Actualmente es posible realizar el diagnóstico definitivo mediante la titulación de anticuerpos séricos utilizando análisis inmunoenzimático para IgM e IgG y técnicas de inmunofluorescencia indirecta (sensibilidad 88% y especificidad 97%, mayor que para ELISA). El método más rentable cuando

se dispone de muestras tisulares o de pus es la reacción en cadena de la polimerasa; presenta mayor sensibilidad que el cultivo para detectar *Bartonella* en aspirados de tejido linfático y establece el diagnóstico de forma más temprana (detección e identificación de la especie en uno o dos días, comparados con las dos o tres semanas necesarias para el aislamiento primario e identificación mediante cultivo).⁶ Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen causas infecciosas y causas no infecciosas. En las primeras se incluyen: infección por CMV, adenitis por *Streptococcus*, infección por virus de Epstein-Barr, infección por micobacterias no tuberculosas, abscesos por *Staphylococcus aureus*, toxoplasmosis, y entre las causas no infecciosas habrá que descartar leucemia y linfoma.² Los pacientes con poca repercusión sistémica y manifestaciones típicas no requieren tratamiento antibiótico, ya que tiene resolución espontánea. En los pacientes con síntomas atípicos e inmunosuprimidos, la antibioterapia es efectiva, con rápida resolución de los signos y síntomas, donde el antibiótico de elección es azitromicina (10 mg/kg/día), también se puede utilizar eritromicina, doxiciclina, rifampicina, ciprofloxacino y gentamicina.⁵ La duración del tratamiento es entre 15 y 21 días, siempre que las adenopatías hayan disminuido de tamaño (hasta 10 mm de diámetro), no haya fiebre durante una semana y sin sintomatología general durante 10 días. En casos de bacteriemia, se debe mantener el tratamiento durante al menos seis semanas. Sólo 15% de los pacientes con enfermedad típica presentan supuración en las adenopatías, de no ser así se recomienda el drenaje con aguja de gran calibre, a fin de disminuir el dolor y obtener muestra para estudios diagnósticos. La buena evolución depende de un diagnóstico y tratamiento oportuno.^{7,8}

La infección por *Bartonella henselae* es una entidad que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con fiebre y linfadenopatía regional.

Figura 1
Dermatosis en la región anterior del tórax con costra necrótica en el centro y eritema leve en la periferia



Figura 2
El ultrasonido de la región axilar reporta una lesión hipoeoica de 35 mm × 26 mm × 21 mm con bordes bien delimitados

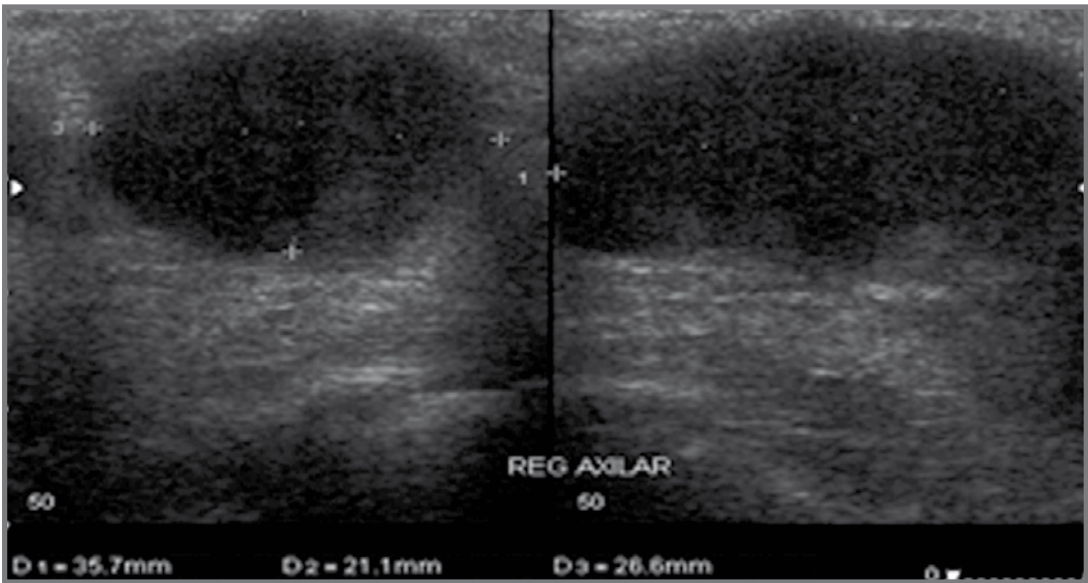
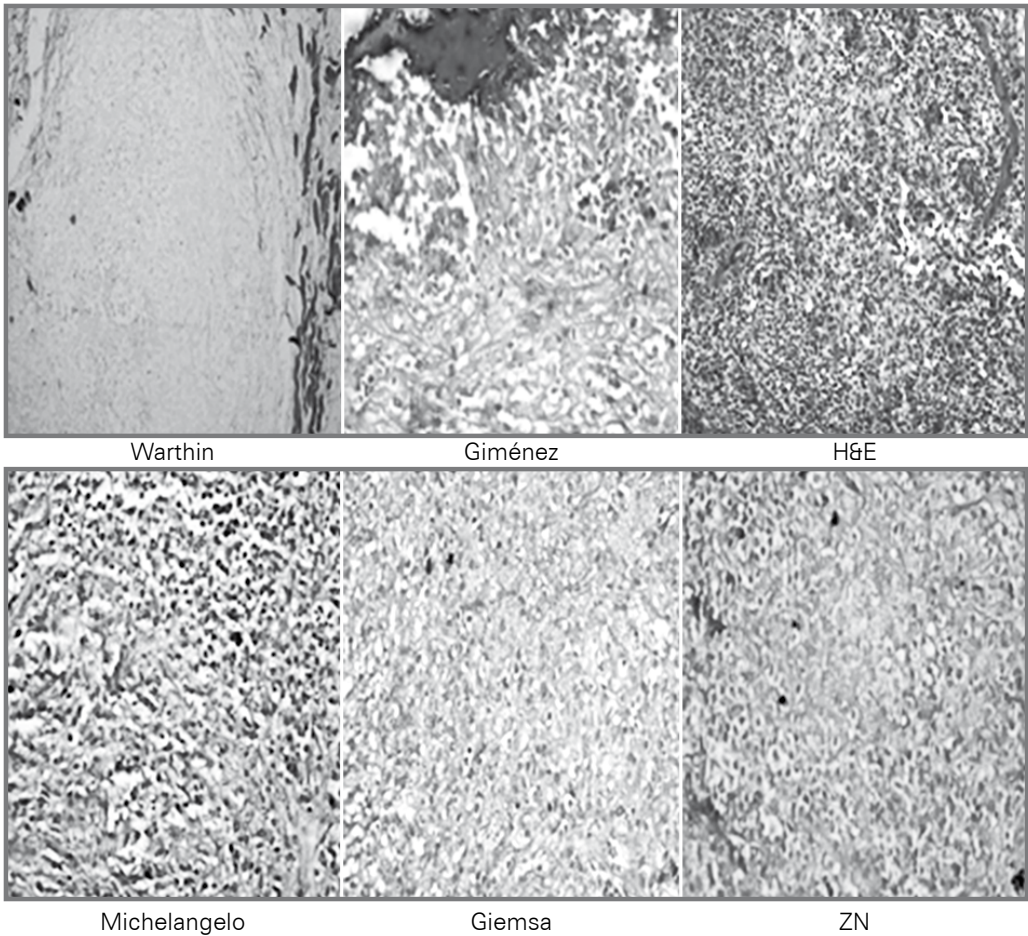


Figura 3
Biopsia de piel con tinciones específicas



Referencias

1. Lafenetre, M., Herbigneaux, R.M., Michoud, M., Des-cours, G. y Debillon, T., "Osteomyelitis in cat scratch disease: a case report and literature review", *Arch Pediatr*, 2016, 23: 188-191.
2. Klotz, S.A., Ianas, V. y Elliott, S.P., "Cat-scratch disease", *Am Fam Physician*, 2011, 83: 152-155.
3. Rostad, C.A., McElroy, A.K., Hilinski, J.A., Thompson, M.P., Drew, C.P., Denison, A.M., Zaki, S.R., Mahle, W.T., Rogers, J., Abramowsky, C.R. y Shehata, B., "*Bartonella henselae*, mediated disease in solid organ transplant recipients: two pediatric cases and a literature review", *Transpl Infect Dis*, 2012, 14 (5): E71-81.
4. Opavsky, M.A., "Cat scratch disease: the story continues", *Can J Infect Dis*, 1997, 8 (1): 43-49.
5. Shin, O.R., Kim, Y.R., Ban, T., Lim, T., Han, T.H., Kim, S.Y. *et al.*, "A case report of seronegative cat scratch disease, emphasizing the histopathologic point of view", *Diagn Pathol*, 2014, 9 (1): 1-4. Disponible en: Diagnostic Pathology.
6. Atici, S., Kadayifci, E.K., Karaaslan, A., Toper, M.H., Celikel, C.A., Soysal, A. y Bakir, M., "Atypical presentation of cat-scratch disease in an immunocompetent child with serological and pathological evidence", *Case Rep Pediatr*, 2014: 397-437.
7. Gómez Flores, G., "Enfermedad por arañazo de gato", *Rev Med Costa Rica y Centroamérica*, 2013, LXX (605): 109-111. Santarcángelo, S., Sosa, R., Dondoglio, P., Valle, L.E. y
8. Navacchia, D., "Cat scratch disease as fever of unknown origin", *Rev Chilena Infectol*, 2013, 30: 441-445.