

Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido: reporte de caso

José Mori-Collantes,¹ María Salazar-Llanos,¹ Elena Salcedo-Espejo^{2,*}

¹ Estudiante de Medicina Humana en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú; ² Médico Pediatra. Hospital Belén de Trujillo, Perú.

RESUMEN

Objetivo: Mostrar el caso de un niño con enfermedad por arañazo de gato que tuvo una presentación atípica. **Presentación del caso:** Paciente de tres años y cinco meses de edad con fiebre elevada de más de tres semanas de evolución, acompañada de hiporexia y pérdida de peso. En la exploración física no se detectó alguna anormalidad, incluyendo adenopatías o crecimiento visceral. Diversos estudios de laboratorio fueron negativos; en ultrasonido se detectaron abscesos en hígado y bazo, por lo que se inició tratamiento antimicrobiano. Ante la falta de respuesta, mediante interrogatorio dirigido, se detectó antecedente de arañazo de gato; se solicitaron anticuerpos para *Bartonella henselae*, los cuales fueron positivos. Tras el inicio de tratamiento con azitromicina, rifampicina y gentamicina la evolución del paciente fue favorable. **Conclusiones:** Ante la presencia de un paciente con fiebre de origen desconocido, dentro de los diagnósticos diferenciales se debe considerar a la enfermedad por arañazo de gato.

Palabras clave: Enfermedad por arañazo de gato, fiebre de origen desconocido, niños.

ABSTRACT

Objective: To describe the case of a child with cat-scratch disease who had an atypical presentation. **Case presentation:** Three-year-old patient, with a high fever of three weeks of evolution, accompanied by hyporexia and weight loss. The physical examination did not detect any abnormality, including adenopathies or visceral growth. Various laboratory studies were negative; Ultrasound detected abscesses in the liver and spleen, so antimicrobial treatment was initiated. In the absence of a response, a history of cat scratch was identified through targeted interrogation; antibodies were requested for *Bartonella henselae* which were positive. After starting treatment with azithromycin, rifampin and gentamicin, the patient's evolution was favorable. **Conclusions:** In the presence of a patient with fever of unknown origin should consider the diagnosis of cat-scratch disease, in the differential diagnosis.

Keywords: Cat scratch disease, fever of unknown origin, children.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es causada por *Bartonella henselae*, bacilo Gram negativo pleomórfico intracelular. Su principal reservorio es el gato doméstico, el cual se infecta a través de la mordedura de la pulga *Ctenocephalides felis*; la transmisión en humanos se da por inoculación en la piel secundaria a un

arañazo o mordedura de gato, o también directamente por mordedura del vector artrópodo.^{1,2}

Dentro de las manifestaciones clínicas, el cuadro típico está caracterizado por la formación de la pápula o pústula de tres a ocho días después del arañazo en el sitio de la lesión, junto con una adenopatía regional crónica y solitaria que aparece dos semanas posteriores. También puede presentarse con manifestaciones me-

* Correspondencia: ESE, elysesal22@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Mori-Collantes J, Salazar-Llanos M, Salcedo-Espejo E. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido: reporte de caso. Rev Mex Pediatr 2019; 86(3):123-125.

[Cat scratch disease as cause of fever of unknown origin: a case report]

nos frecuentes, en las cuales se incluye el compromiso extra-ganglionar, destacando la fiebre persistente.³

Se puede sospechar de la enfermedad cuando el paciente refiere algún contacto previo con un gato; sin embargo, el diagnóstico se realiza mediante la detección de anticuerpos *anti-Bartonella henselae* de tipo IgG e IgM mediante la inmunofluorescencia indirecta (IFI).⁴

En la literatura existen pocos reportes de casos clínicos pediátricos con manifestaciones atípicas, por lo que el objetivo es la presentación de un paciente preescolar en quien fue difícil llegar al diagnóstico de EAG, dado que solamente presentaba manifestaciones sistémicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de tres años y cinco meses de edad que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo, en Perú, por presentar fiebre de tres semanas de evolución caracterizada por picos febriles de hasta 39.9 °C, sin predominio horario, que al inicio cedía a antipiréticos como paracetamol. Además, el paciente tenía hiporexia, así como disminución de peso.

A los seis días de iniciada la fiebre, es evaluado por médico particular, quien diagnostica faringoamigdalitis e indica amoxicilina más ácido clavulánico 50 mg/kg/día por cinco días; por persistencia de fiebre al término del tratamiento acude al hospital, donde se decide su hospitalización para un mayor estudio. No refiere viajes en los últimos tres meses, ni contacto con pacientes con tuberculosis.



Figura 1: Ecografía abdominal donde se muestran quistes hepáticos.



Figura 2: Ecografía abdominal donde se muestran quistes esplénicos.

Al examen físico, el paciente se observó en regular estado general, eutrófico, febril, pálido +/+++; no presentaba adenopatías, faringe no congestiva y tampoco tenía hepatomegalia o esplenomegalia.

Se solicitaron diferentes estudios durante su estancia hospitalaria para identificar posible causa de la fiebre. El hemograma completo reveló leucocitosis de 14.3×10^3 con 69% de neutrófilos, 5% de bastonados, 64% de segmentados; el valor de proteína C reactiva fue de 34.85 mg/L. El perfil hepático, perfil de coagulación, aglutinaciones para *Salmonella*, serología para toxoplasmosis, hepatitis, sífilis, monotest para virus de Epstein-Barr, examen de orina, urocultivo, así como el panel inmunológico resultaron negativos, lo mismo que PPD (3 mm).

Al quinto día de hospitalización se solicita ecografía abdominal (Figuras 1 y 2), donde se evidencian múltiples microabscesos en hígado y bazo, por lo que se sospecha de etiología bacteriana. Además, se le realiza un aspirado de médula ósea (mielocultivo y mielograma). Se inicia antibiótico como terapia empírica, con ceftriaxona más metronidazol; tras tres días de tratamiento y persistencia del cuadro febril, se decide cambiar a imipenem más metronidazol.

En el mielograma no se observa infiltración neoplásica y el mielocultivo fue negativo para *Salmonella* y *Brucella*. Se solicita tomografía axial computarizada abdominal, donde se observan imágenes de microabscesos esplénicos y hepáticos.

Al no presentar mejoría se amplió la anamnesis, encontrándose el antecedente de haber recibido un arañazo de gato en el antebrazo derecho una semana antes de la aparición de la sintomatología, por lo que se solicita IFI para *Bartonella henselae*. Pasados 10 días, se obtienen resultados de anticuerpos positivos de tipo IgG: 1/256 e IgM > 1/20, por lo que se diagnostica enfermedad por arañazo de gato (sistémica), iniciándose

tratamiento sugerido por infectólogo con azitromicina (10 mg/kg VO c/24 horas por 30 días), rifampicina (10 mg/kg VO c/12 horas por 42 días) y gentamicina (3 mg/kg EV c/24 horas por 14 días).

Se realiza una ecografía control a los 10 días de iniciado el tratamiento y los resultados fueron hepatomegalia leve e imágenes hipoecoicas-quísticas focales en hígado y bazo, sugestivas de abscesos en remisión.

DISCUSIÓN

La EAG es una zoonosis que afecta predominantemente a niños, tiene como principal reservorio al gato y como vector a las pulgas. El agente etiológico asociado con mayor frecuencia es *B. henselae*; sin embargo, otras especies como *B. quintana* o *B. clarridgeiae* también pueden causar la enfermedad. La *B. henselae* es un bacilo Gram negativo pleomórfico, intracelular y de crecimiento lento. Una vez infectada la persona, se requiere un periodo de incubación entre siete y 10 días para el desarrollo de la enfermedad.^{5,6}

Las manifestaciones de la EAG pueden ser como presentación típica con adenitis regional en 85-90% de los casos, la cual inicia con la aparición de una pápula o pústula no dolorosa en el sitio de la lesión y posterior tumefacción de los ganglios regionales próximos al sitio de inoculación, siendo el orden de frecuencia los ganglios axilares, epitrocleares, de cabeza y cuello, inguinales y femorales. En 50% se acompaña de fiebre, cefalea, hiporexia y mialgias.⁷ Por otro lado, la forma atípica con compromiso sistémico se da en un 5-10% de casos, incluso en personas inmunocompetentes y se puede evidenciar como síndrome oculoglandular de Parinaud, neurorretinitis, compromiso cerebral, óseo, miocarditis, glomerulonefritis, o bien, como fiebre de origen desconocido (FOD) con compromiso hepatoesplénico, tal como el caso de nuestro paciente. Esta última forma constituye un reto diagnóstico por los múltiples diagnósticos diferenciales que van desde infecciones por otros virus y bacterias como CMV, Epstein-Barr, *Salmonella*, *Brucella*, hasta neoplasias.^{8,9}

Con relación con el diagnóstico de la enfermedad, si bien el antecedente epidemiológico del contacto con un gato y las imágenes hipoecoicas en la ecografía abdominal orientan al diagnóstico, el examen serológico confirmatorio es mediante IFI. En la actualidad, se considera que tiene sensibilidad y especificidad de 66-83 y 95-98%, respectivamente.¹⁰

En cuanto al tratamiento, las especies de *Bartonella* *in vitro* han demostrado ser sensibles a diferentes tipos de antibióticos; sin embargo, esto varía cuando la actividad es *in vivo*. Esta disminución en su actividad puede

ser por falta de penetración de la membrana celular o por baja actividad bactericida. La mayoría de casos de EAG con linfadenopatía regional no amerita tratamiento antibiótico; no obstante, en las presentaciones sistémicas, éstos ayudan a acelerar la resolución de los signos y síntomas. Hasta ahora no existe un consenso sobre los medicamentos idóneos, ni la duración exacta de la terapia, se suele asociar gentamicina más un fármaco oral como azitromicina, rifampicina, doxiciclina o trimetoprim más sulfametoxazol.⁷ Además de la terapia antimicrobiana, algunos autores sugieren el uso de corticoides en las presentaciones atípicas y con fiebre prolongada, pero no hay consenso.¹¹

CONCLUSIONES

Ante la presencia de una fiebre de origen desconocido, el antecedente en la historia clínica de contacto con gatos, así como lesiones hipoecoicas en bazo e hígado, se debe considerar el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato.

REFERENCIAS

1. Miranda E, Candela J, Díaz J, Fernández A, Kolevic L, Patiño L et al. *Bartonella henselae* en niños con adenitis regional atendidos en un hospital nacional del Perú, 2012. *Rev Perú Med Exp*. 2014; 31(2): 274-277.
2. Oliveros O, Palacio M, Rojas J. Enfermedad por arañazo de gato en paciente pediátrico y revisión de la literatura. *Rev Colomb Salud Libre*. 2017; 12(1): 43-52.
3. Gómez G. Enfermedad por arañazo de gato. *Rev Med Cos Cen*. 2013; 70(605): 109-111.
4. Acuña F, Barrera V, Lascanob M, Maierb M, López E. Enfermedad por arañazo de gato y compromiso pulmonar. *Rev Hosp Niños (B. Aires)*. 2017; 59(266): 192-196.
5. Barros S, de Andrade GC, Cavalcanti C, Nascimento H. Cat scratch disease: not a benign condition. *Ocul Immunol Inflamm*. 2018; 26(7): 1115-1122.
6. Armitano R, Lisa A, Martínez C, Cipolla L, Iachini R, Prieto M et al. *Bartonella henselae*: evidencia serológica en pacientes pediátricos con sospecha clínica de enfermedad por arañazo de gato. *Rev Argent Microbiol*. 2018; 30(20): 1-4.
7. Chen C, Jie C, Shiou L, Jan C, Chering Y. Disseminated cat-scratch disease: case report and review of the literature. *Paediatrics and International Child Health*. 2016; 36(3): 232-234.
8. Atıcı S, Kadayıfçı EK, Karaaslan A, Topper MH, Celikel CA, Soysal A et al. Atypical presentation of cat-scratch disease in an immunocompetent child with serological and pathological evidence. *Case Rep Pediatr*. 2014; 2014: 397437.
9. Díaz V, Díaz M. Enfermedad por arañazo de gato como enfermedad sistémica. *Revista Experiencia Medicina*. 2015; 1(2): 66-68.
10. Baptista M, Lo D, Hein N, Hiroseb M, Miyao C, Betta S et al. Cat-scratch disease presenting as multiple hepatic lesions: case report and literature review. *Autopsy Case Report*. 2014; 4(2): 43-48.
11. Phan A, Castagnini L. Corticosteroid treatment for prolonged fever in hepatosplenic cat-scratch disease: a case study. *Clinical Pediatrics*. 2017; 56(14): 1291-1292.