

Omar Palmieri
Marcelo Corti

Hospital de Enfermedades Infecciosas
F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Correspondencia:
Marcelo Corti
Puan 381 2° C 1406CQG,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina
E-mail: marcelocorti@fibertel.com.ar

Enfermedad por arañazo de gato con peliosis esplénica.

Comunicación de un caso y revisión de la literatura

CASO CLÍNICO

Resumen

La enfermedad por arañazo de gato es una infección provocada por un bacilo gramnegativo denominado *Bartonella henselae*. El 80% de los casos se diagnostica en niños y más del 90% de los pacientes presenta antecedentes de mordedura, arañazo o lamedura de gato. El cuadro clínico depende de la situación inmunitaria del paciente. En los inmunocompetentes consiste en un síndrome febril con linfadenopatía regional precedida por una pápula cutánea en el sitio de inoculación. En el 5% al 10% de los casos la infección puede diseminarse con compromiso visceral esplénico, hepático u óseo.

Se presenta un paciente adulto inmunocompetente con enfermedad por arañazo de gato y peliosis esplénica.

Palabras clave: Enfermedad por arañazo de gato. Peliosis. Compromiso hepatoesplénico.

Summary

Cat-scratch disease is an infectious disease caused by a gramnegative bacillus named *Bartonella henselae*. The majority of cases, 80%, caused lymphadenitis in immunocompetent children and 90% of patients have history of a cat scratch or a bite. Clinical manifestations depend on the immune status of the host. In immunocompetent patients cat-scratch disease is usually a benign cause of acute lymphadenitis associated with fever and a papule in the inoculation site. In 5% to 10% individuals, hepatosplenic and bone involvement usually associated with prolonged fever are atypical clinical presentations of the disease.

We report a case of an adult immunocompetent male with *B. henselae* lymphadenitis and prolonged fever who progressed to splenic peliosis.

Key words: Cat-scratch disease. Peliosis. Hepatosplenic involvement.

Introducción

La enfermedad por arañazo de gato es una infección aguda, benigna, causada por *Bartonella henselae*. Se caracteriza por una lesión cutánea en el lugar del rasguño, lamedura o mordedura de gato, seguida por la aparición de linfadenopatía regional que puede ser dolorosa y

supurativa, acompañada de síntomas generales que pueden durar semanas a meses¹. Es una zoonosis de distribución universal que predomina en adolescentes y niños que en más del 90% de los casos refieren el antecedente de rasguño, lamedura o mordedura de un gato joven. Los gatos que transmiten la infección son por lo general menores de un

año, no tienen signos de la infección y se desconoce el tiempo que dura la contagiosidad². El compromiso sistémico se observa en el 5% al 10% de los casos³.

Se presenta un paciente con enfermedad por arañazo de gato y compromiso sistémico bajo la forma de peliosis esplénica.

Caso clínico

Paciente varón de 43 años sin antecedentes de enfermedades previas. Tres meses antes de la consulta había sido mordido en el dedo índice de la mano derecha, a nivel de la articulación interfalángica proximal por un gato cachorro. Días después presentó síndrome febril con adenopatía axilar derecha. Fue tratado con cefalexina sin respuesta. El motivo de consulta fue la persistencia de la fiebre, el dolor y la tumefacción en la articulación afectada y en el ganglio axilar homolateral.

En la analítica clínica mostró: hematocrito 42%; glóbulos blancos 10.800/mm³; plaquetas 394.000/mm³; velocidad de sedimentación globular 120 mm en la primera hora; bilirrubina total 0,46 mg; transaminasa glutamicooxalacética (TGO) 70 UI/L (V.N. hasta 30 UI/L); transaminasa glutamicopirúvica (TGP) 126 UI/L (V.N. hasta 33 mU/mL); fosfatasa alcalina 304 UI/L (VN 45 a 213 UI/L); gammaglutamiltranspeptidasa (γ GT) 102 UI/L (VN 8 a 38 UI/L).

Ante la alteración de las enzimas hepáticas, se le efectuó una ecografía abdominal que mostró hígado, vías biliares y páncreas sin alteraciones. En el polo superior del bazo se observaron varias imágenes hipoeoicas, la mayor de 9 mm, con leve refuerzo posterior, compatibles con compromiso esplénico (Figura 1). Se solicitaron 3 hemocultivos con resultado negativo. La inmunofluorescencia indirecta (IFI) para *Bartonella henselae* fue positiva para IgM 1/20 e IgG 1/64.

Se inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP/SMX) y ciprofloxacina que se prolongó durante 4 semanas. El cuadro evolucionó con desaparición de la fiebre, mejoría de la lesión del dedo índice y la ausencia de dolor en la adenopatía. La ecografía de control reveló la desaparición de las lesiones esplénicas. El laboratorio posterior al tratamiento mostró: glóbulos blancos 6 400/mm³; normalización de las transaminasas, FAL y γ GT y disminución de la eritrosedimentación a 23 mm en la primera hora.

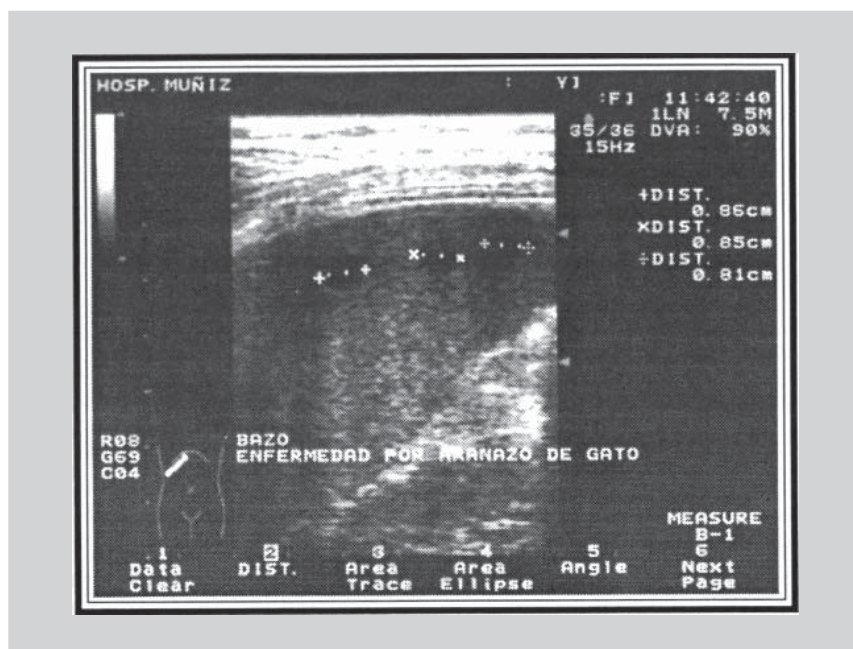


Figura 1. Ecografía abdominal: varias lesiones hipoeoicas en el bazo configurando imágenes compatibles con peliosis.

Discusión

La enfermedad por arañazo de gato fue descrita por primera vez por Debré en 1950 y se manifiesta generalmente por una linfadenitis crónica regional⁴. Sin embargo recién en 1988 se describe como agente causal un bacilo gramnegativo denominado en aquel momento *Afipia felis*⁴. Posteriormente se describe otro, denominado *Bartonella henselae*, que también se asocia con la angiomasosis bacilar y la peliosis hepatoesplénica en pacientes con sida⁵ y que ha podido identificarse en la mayor parte de los casos de enfermedad por arañazo de gato con compromiso hepatoesplénico⁶.

La diseminación de la infección con compromiso sistémico se observa en el 5 -10% de los casos, lo que ocurre especialmente en huéspedes inmunocomprometidos⁷. El compromiso hepatoesplénico, denominado peliosis, es una de las formas clínicas atípicas de la enfermedad por arañazo de gato y habitualmente se asocia con fiebre prolongada, de más de tres meses de duración⁸, como ocurrió en el paciente que se presenta.

Las manifestaciones clínicas iniciales fueron las clásicas de la enfermedad caracterizada por la lesión inicial y la linfadenitis aguda regional. La persistencia de la fiebre a pesar del tratamiento antibiótico instituido y las alteraciones del hepatograma motivaron la realización de la ecografía abdominal que permitió poner en evidencia las lesiones esplénicas compatibles con el diagnóstico de peliosis⁵. Si bien las alteraciones en el hepatograma revelan la afectación del parénquima hepático, la ecografía no pudo demostrar la presencia de granulomas a ese nivel. La fiebre persistente por más de 3 meses se describe como una de las manifestaciones asociadas con la enfermedad por arañazo de gato con compromiso hepatoesplénico⁸. En el caso que se presenta, el diagnóstico de linfadenitis y peliosis se confirma por el antecedente epidemiológico de contacto con un gato cachorro y

la evidencia serológica de infección aguda por *Bartonella henselae*.

El compromiso sistémico no se limita exclusivamente a las vísceras abdominales; es frecuente la afectación ósea fundamentalmente bajo la forma de lesiones osteolíticas^{7,9}. Sin embargo, existen descripciones de lesiones osteomielíticas, por lo general únicas y alejadas del sitio de inoculación^{9,10}. El compromiso multisistémico con localizaciones en ganglios, vísceras abdominales (hígado y bazo) y huesos sugiere la diseminación linfohemática del bacilo.

En casos de presentación atípica y diseminada como el que se describe, las imágenes, ecografía y tomografía computarizada, muestran el compromiso granulomatoso de hígado y bazo, con o sin hepatoesplenomegalia, con múltiples lesiones redondeadas, ovaladas o irregulares, de diferente tamaño, hipodensas o hipoecoicas, que desaparecen o se calcifican luego del tratamiento⁵.

Las técnicas serológicas más sensibles para el diagnóstico son la IFI y el ELISA para la detección de anticuerpos de tipo IgM e IgG, que permiten la mayoría de las veces alcanzar el diagnóstico sin necesidad de la biopsia de las lesiones tisulares^{1,2}. La IFI, que es la más utilizada, ha mostrado en algunos estudios una sensibilidad de hasta el 95%¹¹. En la actualidad existen técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que permite identificar el ADN de *Bartonella henselae*, tanto en tejidos como en fluidos corporales, además de discriminar entre las diferentes especies del género *Bartonella*^{1,2}. El examen histopatológico de los ganglios afectados muestra infiltrados linfocitarios, granulomas epitelioides, microabscesos, necrosis e hiperplasia folicular. Mediante la tinción de Warthin-Starry pueden identificarse los bacilos en los tejidos de la lesión cutánea o en los ganglios^{4,6}.

La mayoría de los pacientes inmunocompetentes sólo requieren tratamiento sintomático y no es necesario el tratamiento antimicrobiano aunque la azitromicina puede acortar la evolución de la sintomatología. Las linfadenopatías son autolimitadas y se resuelven en 2 a 6 meses. En un 2% a 17% de los casos puede aparecer un síndrome óculo-ganglionar de Parinaud, que consiste en la inflamación conjuntival con adenopatía preauricular ipsilateral. Esta forma clínica también se resuelve espontáneamente en 2 a 4 meses, sin dejar secuelas.

El tratamiento con antimicrobianos está indicado en pacientes con localizaciones sistémicas de la enfermedad, en casos de linfadenopatías grandes con tendencia al re-blandecimiento y la supuración y en todos los pacientes inmunocomprometidos. El tratamiento de elección es la azitromicina a la dosis de 500 mg/día durante 10 días. En las formas diseminadas con compromiso sistémico o en inmunocomprometidos se aconseja prolongar el tratamiento durante 3 a 4 semanas.

Las adenopatías que han evolucionado hacia el re-blandecimiento supurativo no deben ser drenadas quirúrgicamente. Sólo hay que evacuarlas mediante punciones aspirativas que se reiterarán si fuera necesario.

B. henselae es sensible a otros antimicrobianos como la rifampicina y la claritromicina que junto con la azitromicina son los de primera elección. Los aminoglucósidos, tetraciclinas, cotrimoxazol y quinolonas son también buenas alternativas terapéuticas^{1,12}. El paciente que se describe fue tratado con una combinación de ciprofloxacina y cotrimoxazol con buena respuesta clínica.

Peliosis es la denominación que se da al compromiso hepático y/o esplénico provocado por *Bartonella henselae*, y está caracterizado por la dilatación de los capilares y vénulas que configuran espacios llenos de sangre denominados cavernomas. Los pacientes con estas localizaciones pueden presentar dolor abdominal, visceromegalias y alteraciones de las pruebas de función hepática como en el caso que se presenta.

Bibliografía

1. Bass JW, Vincent JM, Person DA. The expanding spectrum of Bartonella infections: Cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis* 1997;16:163-79.
2. Carithers HA. Cat-scratch disease: an overview based on a study of 1 200 patients. *Am J Dis Child* 1985;139:1124-33.
3. Carithers HA, Carithers CM, Edwards RO. Cat-scratch disease. Its natural history. *JAMA* 1969;207:312-6.
4. Stastny JF, Wakely PE, Frable WJ. Cytologic features of necrotizing granulomatous inflammation consistent with cat-scratch disease. *Diag Cytopathol* 1996;15:108-15.
5. Corti M, Villafañe MF, Castello T, Méndez N, Gancedo E, Palmieri O. Bacillary angiomatosis with hepatic peliosis in an AIDS patient. *Medicina (Buenos Aires)*. 2006;66:153.
6. Lamps LW, Gray GF, Scott MA. The histologic spectrum of hepatic cat-scratch disease. A series of six cases with confirmed *Bartonella henselae* infection. *Am J Surg Pathol* 1996;20:1253-9.
7. Margileth AM. Cat-scratch disease. *Adv Pediatr Infect Dis* 1993;8:1-21.
8. Pasticci MB, Di Candilo F, Egidi MA, et al. *Bartonella henselae* lymphadenitis progressing to hepatosplenic disease with slow clinical response despite early diagnosis and treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1956-7.
9. Carithers HA. Cat-scratch disease associated with an osteolytic lesion. *Am J Dis Chil*. 1983;137:968-70.
10. Robson JMB, Harte GJ, Osborne DRS, Mc Cormack JG. Cat-scratch disease with paravertebral mass and osteomyelitis. *Clin Infect Dis*. 1999;28:274-8.
11. Aguirrebengoa K, Benito JR, Montejo M, Bereciartua E, Pérez-Irezabal J, González-Zárate P. Enfermedad por arañazo de gato: serie de 14 casos. Utilidad diagnóstica de la serología. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:15-8.
12. 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 J*. 1992;11:474-8.