

Enfermedad por arañazo de gato. Presentación como una hernia crural irreductible

G.M. Martín y Gracia y A. Urgel Velilla

Centro de Salud de Daroca. Zaragoza. España.

La enfermedad por arañazo de gato es un proceso infeccioso causado por *Bartonella henselae* (bacilos gramnegativos aerobios). El cuadro clínico más habitual es la presencia de una lesión de inoculación seguida de linfadenitis granulomatosa regional y puede acompañarse de fiebre, malestar general, cefalea y anorexia. Tiene un pronóstico relativamente bueno en la mayoría de los casos, aun sin antibióticos. Actualmente se diagnostica básicamente con la combinación de la clínica, el estudio histológico y la serología. El cultivo y la tinción de Whartin-Starry son técnicamente difíciles, por lo que habitualmente no se recurre a ellos. Se dispone de técnicas de reacción en cadena de polimerasa (PCR), cuyo uso queda limitado a los casos complicados. Describimos un caso de enfermedad por arañazo de gato, en un paciente varón de 33 años, que debutó con adenopatía inguinal, sin lesión de inoculación próxima a ingle; el diagnóstico se confirmó mediante serología (inmunofluorescencia indirecta) y su evolución clínica fue buena, desapareciendo las adenopatías de forma espontánea al cabo de mes y medio.

Palabras clave: enfermedad por arañazo de gato, *Bartonella henselae*, linfadenitis granulomatosa, inmunofluorescencia indirecta.

The cat scratch disease is an infectious condition caused by *Bartonella henselae* (bacillus aerobic negative gram). The most common clinical presence of an inoculation lesion followed by regional granulomatous lymphadenitis and it can be accompanied by fever, general malaise, migraine and anorexia. It has a relatively good prognosis in most of the cases even without antibiotics. It is currently diagnosed basically with the combination of the symptoms, histological study and serological test. Culture and stain of Whartin-Starry are technically difficult, so they are not generally used. There are polymerase chain reaction (PCR) techniques whose use is limited to complicated cases. We describe a case of cat scratch disease in a 33 year-old male patient that debuted with inguinal node without inoculation lesion close to the groin. The diagnosis was confirmed by means of serological test (indirect immunofluorescence), and his clinical evolution was good. The abnormal lymph nodes disappeared spontaneously after one and a half months.

Key words: cat scratch disease, *Bartonella henselae*, granulomatous lymphadenitis, indirect immunofluorescence.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa de curso habitualmente benigno, caracterizada por la presencia de una adenopatía regional, de larga evolución.

El microorganismo causal es *Bartonella henselae*, un diminuto bacilo gramnegativo aerobio, difícil de aislar con los medios empleados habitualmente en los laboratorios¹.

El reservorio y principal fuente de contagio para el hombre parece ser el gato, siendo los gatos jóvenes y gatos

callejeros los portadores más habituales; la transmisión al hombre se produce por medio de arañazos, mordeduras o lametones en el 95% de los casos, o bien posiblemente por picaduras de sus pulgas o garrapatas².

La forma más frecuente de presentación es la de una adenopatía regional, después de un arañazo de gato; en el lugar de la inoculación pueden evidenciarse en los primeros 8 días unas lesiones pápulo-pustulosas. Posteriormente (a menudo después de la resolución de la lesión cutánea), entre 3-50 días, aparece una adenopatía que suele ser única (80%), puede ser inicialmente dolorosa y tener signos inflamatorios importantes. Su tamaño fluctúa entre 1-5 cm y raramente supura (17%). Cabeza, cuello y axilas son los territorios afectados con mayor frecuencia. En el 80% de los casos se produce una involución de forma espontánea en menos de 6 meses, aunque su desaparición puede tardar hasta 12-24 meses³.

Correspondencia: G.M. Martín y Gracia.
Avda. Gómez de Avellaneda, n.º 45, 4.º C.
50018 Zaragoza.
Correo electrónico: demartinyvives@hotmail.com

Recibido el 02-07-05; aceptado para su publicación el 10-02-06.

Las manifestaciones generales son inespecíficas, y consisten en fiebre superior a 38,5 °C (30%), malestar (15%), cefalea, odinofagia, náuseas, vómitos, dolor abdominal y raramente un exantema transitorio generalizado de tipo maculopapular o petequial.

El diagnóstico se basa en: a) la presencia de una adenopatía regional después de un contacto con gatos, especialmente si hay lesión de inoculación; b) examen de la punción ganglionar a fin de excluir otras posibles causas; c) serología por inmunofluorescencia indirecta frente a *Bartonella henselae*, y d) biopsia ganglionar con histología característica y más si con la tinción de Warthin-Starry se demuestran bacilos típicos.

El cultivo de *Bartonella henselae* es muy dificultoso, y también lo es la tinción de Whartin-Starry, específica, pero técnicamente complicada.

En cuanto al tratamiento antibiótico no existe evidencia de que modifique la evolución. Si se requiere su prescripción, aminoglucósidos y ciprofloxacino serían quizás los más activos. El cotrimoxazol y la rifampicina se han utilizado en casos graves en niños⁴.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 33 años, sin antecedentes familiares de interés, y entre cuyos antecedentes personales destaca la enfermedad de Scheuermann (protusiones y hernias discales así como alteración de las curvaturas de la columna). De profesión administrativo, fumador de 10 cigarrillos/día, practica deporte a diario –gimnasia en barra fija, *footing*– y ha convivido siempre con gatos.

El paciente consulta por primera vez por aparición brusca en región inguinal de un bulto que le produjo dolor tras la realización de un esfuerzo (piensa que se ha herniado), se acompaña de sudoración nocturna y dispepsia. No refiere fiebre.

En la exploración abdominal en posición de decúbito supino se observa a la inspección una elevación localizada en zona inguinal derecha, el aspecto de la piel es normal y no se objetivan lesiones próximas; se palpa una tumora-ción redondeada de unos dos centímetros de diámetro, de consistencia dura, de superficie lisa, dolorosa a la presión profunda, irreductible y de escasa movilidad, no se aprecian visceromegalias; a la percusión hay matidez y no se oyen soplos al auscultar.

En la posición de bipedestación no se modifican las características. Al contraer la musculatura abdominal aumenta el dolor, pero no se altera el tamaño.

No se palpan ganglios en otras regiones del cuerpo y aparecen múltiples arañazos en brazos y manos.

El resto de la exploración general es normal.

Posibles diagnósticos diferenciales en relación al bultoma:

- Hernia crural irreductible.
- Adenitis ganglionar (por proceso infeccioso y su drenaje linfático correspondiente).
- Aneurisma arterial (el cual late, se expande y tiene soplo).
- Absceso frío (tras una adenitis con peradenitis y su posterior fusión).

- Dilatación varicosa del cayado de la safena interna (que suele ser redondeada, muy blanda, depresible, aumenta de tamaño con el esfuerzo y la tos y se reduce en decúbito supino) o la trombosis de la misma.

Ante la duda diagnóstica es enviado a Cirugía General para descartar la posibilidad de hernia crural irreductible, ya que su estrangulación es una complicación frecuente y grave.

En Cirugía General se solicita una ecografía inguinal derecha, con el siguiente resultado: “La lesión problema, bultoma inguinal derecho, de 22 mm, es compatible con adenopatía inespecífica que se acompaña de dos imágenes satélites similares y milimétricas”.

También se realiza un estudio citológico, punción aspiración con aguja fina (PAAF) del nódulo inguinal derecho compatible con “linfadenitis granulomatosa”, sin necrosis, ni células gigantes.

El paciente se remite de nuevo a Atención Primaria (AP) para su estudio.

En AP se solicita una batería de pruebas (tabla 1)⁵.

Los resultados de la serología son negativos y las restantes determinaciones solicitadas son normales a excepción de un Mantoux positivo.

Con estos datos y una clínica general inespecífica solicitamos la colaboración con el Servicio de Medicina Interna desde donde se pide serología frente a enfermedad por arañazo de gato y biopsia ganglionar y de estructuras adyacentes (para cultivo de Lowestein y anatomía patológica).

El diagnóstico se confirmó mediante anticuerpos frente a *Bartonella henselae* (inmunofluorescencia indirecta); no fue necesario realizar la biopsia.

Tabla 1. Exploraciones complementarias a realizar ante adenopatías sin causa evidente

Iniciales

Hemograma completo y VSG

Transaminasas hepáticas

Pruebas de serología infecciosa:

Virus de Epstein-Barr

Citomegalovirus

Toxoplasmosis

Rubéola

VIH

Hepatitis

Herpesvirus

Brucelosis

Salmonella

Mantoux

Radiografía de tórax

Estudio inmunológico (en caso de linfadenopatía generalizada):

Factor reumatoide

Anticuerpos antinucleares y anti-ADN

Proteinograma

Posteriores

Citología

Biopsia ganglionar

Tomografía computarizada

VSG: velocidad de sedimentación globular; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2. Causas más frecuentes de adenopatías en localización inguinal

Reactivas benignas
Celulitis, infección en extremidad inferior
Enfermedad de transmisión sexual
Herpes genital
Linfogranuloma venéreo
Chancro blando
Linfomas
Melanomas
Carcinomas genitales: pene, vulva
Cáncer de ano

Se informó al paciente sobre su enfermedad, la cual se resolvió espontáneamente sin necesidad de antibioticoterapia, tan solo se prescribieron antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para disminuir el dolor y la inflamación.

DISCUSIÓN

La aparición de una enfermedad ganglionar inflamatoria de localización inguinal nos debe hacer descartar siempre otros procesos (tabla 2)⁵, algunos de ellos malignos o de pronóstico grave, por ello es importante no informar al paciente (que suele estar muy preocupado) hasta que no tengamos un alto índice de certeza en cuanto al diagnóstico.

Es fundamental reseñar entre los antecedentes epidemiológicos la convivencia con gatos; en nuestro caso el úl-

timo gato era un cachorro callejero que el paciente había adquirido hacía pocos meses.

En la mayoría de las ocasiones el estudio se inicia con las exploraciones complementarias tardías –eco y PAAF– para descartar básicamente una neoplasia.

Las pruebas específicas para arañazo de gato son muy relevantes, pero difíciles de llevar a cabo con los medios empleados habitualmente en los laboratorios; la serología es diagnóstica cuando la IgM específica es igual o superior a 1/64 o se comprueba la seroconversión de IgG específica⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maurin M, Birtles R, Raoult D. Current Knowledge of Bartonella species. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1997;16:487-506.
2. Anderson BE, Neuman MA. Bartonella spp. as emerging human pathogens. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10(2):203-9.
3. Kordick DL, Hilyard EJ, Hadfield TL, Wilson KH, Steigerwalt AG, Brenner DJ, et al. Bartonella Clarridgeiae, a new recognized zoonotic pathogen causing inoculation papules, fever, and lymphadenopathy (cat scratch disease). *J Clin Microbiol.* 1997;35:1813-8.
4. Segura Porta F, Font Creus B, Oteo Revuelta JA, et al. Enfermedades Infecciosas. En: Farreras- Rozman, editor. *Medicina Interna.* 15.ª ed. Barcelona: Doyma; 2004. p. 2360-1.
5. Abanades Herranz JC, Abreu Galán MA, Aguar Fernández M, et al. Adenopatías locales y generalizadas. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria.* 2.ª ed. Barcelona: Semfyc; 2002. p. 15-9.
6. Donnelly A, Hendricks G, Martens S, Strovers C, Wiemerslage S, Thomas PA. Cytologic diagnosis of cat scratch disease (CSD) by fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol.* 1995;13:103-6.