

3. Sánchez P, Buezas V, Maestre JR. *Staphylococcus lugdunensis* infection: Report of thirteen cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:475-8.
4. Sanchís-Bayarri Vaillant V, Lluçian Rambla R, Sanchís-Bayarri Ber-nal V. 7 cases of *Staphylococcus lugdunensis* infection. *An Med Interna*. 1999;16:361-2.
5. Ros MJ, Ramírez A, Arteaga E, Alberto C, Gil J, Reina J. Infección por *Staphylococcus lugdunensis*: caracterización clinicomicrobiológica de 25 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:223-6.

J.M. Prieto de Paula^{a,*}, S. Franco Hidalgo^b,
L.Á. Sánchez Muñoz^a y J.M. Eiros Bouza^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es

(J.M. Prieto de Paula).

doi:10.1016/j.semerg.2011.12.008

Enfermedad por arañazo de gato. ¿Es necesario el tratamiento antibiótico?

Cat scratch disease. Is antibiotic treatment necessary?

Sr. Director:

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es un proceso infeccioso caracterizado por una linfadenopatía regional autolimitada. El agente etiológico habitual es *Bartonella henselae*, siendo el vector el gato. La mayoría de los pacientes con un cuadro típico experimentan resolución gradual de los síntomas incluso sin tratamiento antimicrobiano específico, aunque es cierto que en un pequeño porcentaje de casos se produce enfermedad diseminada, pudiendo dar lugar a complicaciones graves¹. Por este motivo, en relación con un caso clínico hemos revisado la evidencia científica en lo referente al tratamiento de esta enfermedad. Presentamos el caso de una mujer de 51 años, inmunocompetente, con antecedentes de dislipidemia y síndrome depresivo en tratamiento farmacológico. Convive con gatos. Consulta porque 24 h antes había comenzado con sensación distérmica, fiebre de 38 °C y al mismo tiempo decía haberle aparecido un bulto doloroso en la axila izquierda. Reconocía sufrir con relativa frecuencia arañazos del gato. Negaba cefalea, mialgias, dolor abdominal o alteraciones visuales. Presentaba buen estado general, estaba eupneica, bien coloreada y en ese momento afebril. Se palpaba adenopatía dolorosa, blanda y rodadera sin eritema ni aumento de temperatura local en la axila izquierda, de un tamaño de 2 × 2 cm. No a otros niveles. En el dorso de la muñeca izquierda se observaban heridas producidas por arañazo de gato sin signos inflamatorios. La auscultación cardiopulmonar era normal, el abdomen se mostraba blando, depresible, sin organomegalias y las extremidades inferiores de aspecto normal.

Ante la sospecha de EAG solicitamos una serie de pruebas complementarias para confirmar la enfermedad, entre ellas el hemograma era normal, el perfil bioquímico (incluyendo función renal, calcio y pruebas de función hepática) estaban dentro de límites normales y la velocidad de sedimentación globular era de 6. En cuanto a la serología de inmunoglobulina (Ig) G e IgM de toxoplasma y citomegalovirus fue negativa, IgG de virus de Epstein-Barr

positiva, IgM de virus de Epstein-Barr negativa e IgG de *B. henselae* positiva a título de 1/256 con IgM negativa, hallazgos que diagnostican infección por *B. henselae*. Pautamos tratamiento con azitromicina 500 mg cada 24 h por vía oral durante 5 días con desaparición de la fiebre en 2 y resolución de la adenopatía en 9 días.

Se trata de un caso típico de EAG, que en la mayor parte de los casos se presenta de forma localizada como lesión cutánea y afectación ganglionar cercana al punto de inoculación. En estos casos la enfermedad se resuelve de forma espontánea y no suele ser preciso, según la mayoría de los autores, el empleo de antimicrobianos en pacientes inmunocompetentes. Hasta el momento solo se ha realizado un ensayo clínico en este tipo de pacientes, en que se comparaba azitromicina 500 mg por vía oral una vez al día durante 5 días frente a placebo². Este estudio no demostró más beneficio que la mayor rapidez con que disminuía el tamaño de la adenopatía en aquellos pacientes tratados con azitromicina. A pesar de ello, nosotros nos guiamos por las recomendaciones de los revisores del *Up to Date*³, que aconsejan tratar a todos los pacientes con 500 mg de azitromicina oral al día durante 5 días con un nivel de evidencia 2B. En caso de pacientes intolerantes o alérgicos a azitromicina se recomienda el uso de claritromicina 500 mg al día, rifampicina 300 mg cada 12 h o ciprofloxacino 500 mg cada 12 h durante 5-7 días.

Si existiese enfermedad diseminada con afectación visceral se debería optar por un régimen que incluyese rifampicina (10 mg/kg cada 12 h en niños y 300 mg cada 12 h en adultos) más bien gentamicina a dosis de 2 mg/kg cada 8 h o bien azitromicina 500 mg al día, manteniendo el tratamiento de 10 a 14 días.

En el caso particular de afectación neurológica u ocular debemos emplear fármacos que penetren mejor en el sistema nervioso. Una combinación aceptable sería doxiciclina 100 mg cada 12 h más rifampicina 300 mg⁴ cada 12 h de 4 a 6 semanas en caso de neurorretinitis y de 10 a 14 días si se trata de otro tipo de afectación neurológica.

Bibliografía

1. Zenone T. Systemic Bartonella Henselae infection in immunocompetent adult presenting as fever of unknown origin. *Case Report in medicine*. 2011;4. doi:10.1155/2011/183937, article ID 183937.

2. Bass JW, Freitas BL, Freitas AD, Sisler CL, Chan DJ, Vicent JM, et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1998;17:447–52.
3. Spach DH, Kaplan SL. Treatment of cat scratch disease. *Uptodate.* 2011.
4. Perez Martin L, Blanco JR, Oteo JA. Tratamiento de las infecciones por *Bartonella* spp. *Rev Esp Quimioter.* 2010;23: 109–14.

A. Peña Irún^{a,*}, A. González Santamaría^b,
R. García Espinosa^a y A. Cavadas López^a

^a *Gerencia Atención Primaria. Cantabria, Centro de Salud Sardinero, Santander, España*

^b *Medicina de Familia, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro290475@hotmail.com
(A. Peña Irún).

doi:10.1016/j.semerg.2011.12.009