Enfermedad por arañazo de gato (EAG)

Raúl González Montero

Concepto

Enfermedad infecciosa que suele consistir en una tumefacción ganglionar, secundaria a una lesión cutánea, que puede ser dolorosa y supurativa y que ocasionalmente puede asociar sintomatología general u otras complicaciones.

Etiología

El germen más directamente implicado en la EAG es la *Bartonella henselae*, aunque en el 5-10% de los pacientes no hay evidencia de infección por este microorganismo. Esta bacteria es un bacilo gramnegativo de crecimiento lento, que crece mejor a 34-37 °C y en aire con un 5% de CO_2. Se puede aislar el organismo de sangre, tejido linfático o de la piel u órganos afectados.

Epidemiología

La incidencia real es desconocida y se estima en 1,9 a 9,3 casos /100.000 habitantes y año, y más del 90% de los enfermos han tenido una mordedura, un arañazo o una lamedura de un gato. El 80% de los casos se dan en niños. También puede adquirirse a través de la conjuntiva ocular si se frota el gato contra la cara. El pico de incidencia está en otoño-invierno. Los gatos menores de un año son más frecuentemente portadores, siendo raro el aislamiento en los gatos mayores de esta edad. Las pulgas parece que juegan un papel en la transmisión entre los gatos pero no en el paso a los humanos. El período de incubación desde la inoculación hasta la aparición de la lesión cutánea es de 7 a 12 días, y el tiempo desde la aparición de esta lesión hasta el desarrollo de la adenopatía es de 5 a 50 días.

Clínica

El cuadro clínico está condicionado por la situación inmunológica; en el paciente inmunocompetente consiste fundamentalmente en linfadenopatía regional, que puede estar precedida de una pápula cutánea correspondiente al punto de inoculación. Los lugares más frecuentes son ganglios axilares, epitrocleares y preauriculares. El ganglio afecto está aumentado de tamaño, doloroso a la palpación, eritematoso, caliente, indurado y hasta en un 30% de casos puede supurar. Aparece fiebre y malestar aproximadamente en un 30% de casos y con menor frecuencia anorexia, vómitos, cefalea y esplenomegalia. La EAG no complicada habitualmente se resuelve en 2 a 6 meses. En un 2-17% de casos puede aparecer un *síndrome óculo-ganglionar* de Parinaud, consistente en inflamación conjuntival y adenopatía preauricular ipsolateral. En su curso natural se resuelve en 2 a 4 meses, sin dejar secuelas, aunque está descrita ceguera transitoria.

Complicaciones. Son muy infrecuentes en el paciente inmunocompetente; son:

- Absceso hepático o esplénico; puede resolverse espontáneamente en 2 a 3 meses.

- Sistema nervioso. Aparecen en el 1-7% de casos; la más frecuente es la encefalopatía, especialmente en el grupo de edad de 7 a 12 años, y puede debutar con convulsiones. También puede verse afectación de pares craneales y nervios periféricos. Más raramente se encuentra encefalitis, meningitis o mielitis. El cuadro neurológico suele recuperarse en días a semanas.
- Neurorretinitis.
- Neumonía y derrame pleural.
- Osteomielitis. Se suele acompañar de fiebre y dolor local y suele resolverse espontáneamente en 4 a 20 meses.
- Alteraciones hematológicas. Púrpura trombocitopénica y anemia hemolítica no inmune.
- Eritema nodoso.
- Endocarditis.
- Bacteriemia.

En el paciente inmunodeprimido, con mayor frecuencia con infección por VIH o tratamiento citostático, las complicaciones citadas son más frecuentes y la EAG puede constituir una amenaza para la vida.

Diagnóstico diferencial

Se debe hacer prácticamente con todas las causas de linfadenopatía en pediatría. Apoyan el diagnóstico de EAG la cronicidad, la unilateralidad y la aparición en las regiones características (ganglios axilares, epitrocleares y preauriculares). Las causas más comunes de linfadenopatía en pediatría son:

- Lifadenitis infecciosa.
- Absceso piógeno.
- Neoplasia.
- Adenitis cervical micobacteriana.
- Toxoplasmosis.
- Enfermedad de Kawasaki.

Histopatología

En los ganglios de las personas afectas pueden verse infiltrados linfocitarios, granulomas epitelioides, microabscesos e hiperplasia folicular; en fases más avanzadas aparece un infiltrado de polimorfonucleares y granulomas necróticos. En el punto de inoculación puede verse necrosis y, al igual que en los ganglios afectos, pueden observarse bacilos con la tinción de Warthin-Starry.

Diagnóstico

Debe considerarse EAG en todos los niños con linfadenopatía regional y exposición a gatos; asimismo debe considerarse EAG en síndromes clínicos inusuales, especialmente en encefalopatía, hepatosplenomegalia asociada a granulomas y en determinadas alteraciones pulmonares, lesiones osteolíticas y lesiones cutáneas. Existen diferentes pruebas que pueden confirmar el diagnóstico de EAG:

- *Serología*. La técnica de inmunofluorescencia indirecta es la que ha mostrado mayor sensibilidad, llegando en algunos estudios hasta un 95 %. Tiene limitaciones para diferenciar infección reciente o pasada. Es cómodo, rápido y asequible; es el método preferido y más utilizado.
- *Aislamiento*. La bacteria es difícilmente obtenible de la sangre en pacientes sin enfermedad sistémica importante. Las muestras que ofrecen mayor sensibilidad son aspirados o muestras obtenidas por escisión quirúrgica de los ganglios. Aparte de suponer procedimientos invasivos para el paciente, requiere de 2 a 6 semanas para

crecer. Su cultivo es factible con la dotación normal de cualquier laboratorio de microbiología y el reconocimiento microbiológico no es complicado.

- *PCR*. Posibilita un diagnóstico rápido y fiable. No obstante supone la obtención de tejido ganglionar por medios invasivos y la dotación necesaria no está al alcance de la mayoría de los laboratorios.
- *Examen histológico*. Mediante la tinción de Warthin-Starry pueden identificarse los bacilos en tejido de la lesión o del ganglio. Supone procedimientos invasivos.

Tratamiento

En el paciente inmunocompetente con enfermedad no complicada el padecimiento es autolimitado en 2-4 meses y no es preciso el tratamiento, aunque la azitromicina pueda quizás acortar los síntomas. Los ganglios dolorosos supurativos pueden aspirarse con aguja y en casos extremos practicar una escisión quirúrgica. El tratamiento antibiótico está indicado en:

- Pacientes agudamente enfermos con síntomas sistémicos.
- Linfadenopatía grande y dolorosa.
- Pacientes inmunocomprometidos.

Antibiótico indicado: azitromicina: 10 mg/kg/día x 3 días.

Información a los padres

¿Cuándo debe contactarse con el médico en caso de arañazo o mordedura por un gato?

- Una lesión de arañazo o mordedura que no se cura en un término razonable.
- Un área de enrojecimiento alrededor de un arañazo o mordedura de gato que continúa creciendo 2 días después del incidente.
- Fiebre que persiste varios días tras el arañazo o mordedura.
- Ganglios hinchados y dolorosos al cabo de 2 ó 3 semanas.
- Dolor óseo o articular, dolor abdominal o cansancio que dura más de 2 ó 3 semanas tras el arañazo o mordedura.

Bibliografía

1. Margileth AM. Recent Advances in Diagnosis and Treatment of Cat Scratch Disease. Curr Infect Dis Rep 2000 Apr, 2(2):141-146.
2. Aguirrebengoa K, Benito JR, Montejo M, Bereciartua E, Pérez-Irezabal J, González-Zarate P. Enfermedad por arañazo de gato: serie de 14 casos. Utilidad diagnóstica de la serología. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999 Jan; 17(1):15-8.
3. American Academy of Pediatrics. [Cat-Scratch Disease (Bartonella henselae)]. In : Pickering LK, ed. 2000. Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village IL: American Academy of Pediatrics, 2000: 201-3.
4. Anderson BE, Neuman MA. Bartonella spp. As emerging human pathogens. Clin Microbiol Rev 1997 Apr,10(2):203-19. Review.