

# Historia Clínica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

CECILIA MACKINTOSH<sup>a</sup>, SOLEDAD RAGGIO<sup>b</sup>, LUCÍA MARTÍNEZ ROMAGOSA<sup>c</sup> y AGUSTÍN IGLESIAS<sup>d</sup>

## DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: D.R.  
Edad: 15 años.  
Sexo: Femenino.  
Fecha de ingreso: 04/03/15.  
Procedencia: Pompeya, CABA.

## MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en miembro superior derecho.

## MOTIVO DE INTERNACIÓN

Celulitis y adenitis de antebrazo derecho de un mes de evolución.

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, con antecedente de mordedura de gato en mano derecha un mes previo a la consulta. Concorre al Departamento de Urgencias del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" por presentar tumefacción eritematosa, dolorosa, en región epitroclear derecha con impotencia funcional leve (*Figura 1*), asociada a un registro febril de 38°C. Se realiza ecografía que informa adenomegalia epitroclear con celulitis circundante. Cumple tratamiento antibiótico vía oral con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX) a dosis adecuada por diez días. Por mala respuesta clínica es valorada en consultorio de infectología indicando siete días de tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico y posteriormente clindamicina por cinco días. Se realiza ecografía de control que informa adenomegalia de 17 mm. Se solicitan serologías (Ig. M e Ig. G) para *Bartonella*

*henselae*, las cuales resultan negativas. Tres semanas más tarde, se agrega una lesión indurada en la muñeca derecha (*Figura 2*).

Por falta de respuesta a esquemas antibióticos, luego de un mes de evolución, se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

## ANTECEDENTES PERSONALES

- Nacida de término (40 semanas)/Peso adecuado para la edad gestacional (3340 mg). Embarazo controlado. Sin antecedentes perinatológicos de relevancia.
- Vacunas: completas por referencia.
- Desarrollo neuromadurativo: acorde a la edad.

**Figura 1. Imagen de lesión eritematosa en región epitroclear derecha**



**Figura 2. Nótese tumoración en cara ventral de muñeca derecha**



- Residente de 2º año de pediatría, HNRG, CABA.
- Residente de 2º año de pediatría, Hospital Durand, CABA.
- Residente de 4º año de pediatría, HNRG, CABA.
- Jefe de Residentes, HNRG, CABA.

- Escolaridad: asiste a 5<sup>to</sup> año de la secundaria.
- Menarca: 13 años.

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Epilepsia parcial. En seguimiento por servicio de neurología entre los 6 y los 8 años de edad. Recibió tratamiento por 2 años con clonazepam. Actualmente asintomática.

Diagnóstico de pubertad precoz a los 7 años. En seguimiento por servicio de endocrinología. Recibió tratamiento con acetato de triptorelina desde los 7 hasta los 11 años.

Cirugía por meñisco discoide a los 13 años de edad.

### Examen físico al ingreso a Unidad 8

Paciente en buen estado general, hemodinámicamente compensada. Afebril. Frecuencia cardíaca: 84 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 15 ciclos por minuto. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Saturación 98% aire ambiente. Abdomen blando, depresible, indoloro. Sin masas ni visceromegalias.

Genitourinario: acorde a sexo y edad. Tanner 5.

En región epitroclear de antebrazo derecho, se observa lesión eritematosa e indurada, de 7 x 8cm de diámetro, no adherida a planos profundos, móvil, de consistencia firme, dolorosa al tacto, que impresiona ganglionar.

En muñeca derecha se observa lesión de 3 x 2 cm de diámetro, eritematosa, indurada, móvil, no adherida a planos profundos, indolora. También impresiona ser un ganglio.

Limitación en la extensión de articulación de codo derecho.

Resto del examen físico sin particularidades.

### Exámenes complementarios

- Hemograma: GB: 7200/mm<sup>3</sup> (NC 2%, NS 70%, L 21%, M 6%, E 1%, B 0%), Hb: 12,3 gr/dl, Hto: 36,6%, Plaquetas: 371000/mm<sup>3</sup> (normal).
- Química: urea: 30 mg/dl, glucemia: 67 mg/dl, ácido úrico: 2,6 mg/dl, Creatinina: 0,48 mg/dl, GPT: 16 U/l, GOT: 20 U/l, Proteínas: 8 gr/dl, Albumina: 4,6 gr/dl (normal).
- Proteína C reactiva (PCR): 5 mg/l (levemente elevada).
- Eritrosedimentación (ERS): 40 mm/h (elevada).
- Coagulograma: TP 83%, KPTT34%, Fibrinógeno: 375 (normal).
- Hemocultivos x 2: negativos.
- Cultivo del área de celulitis con técnica por piel sana: negativo.
- Radiografía de miembro superior derecho: dentro de límites normales.
- Ecografía de partes blandas: tejido celular subcutáneo con aumento de tamaño, espesor y ecogenicidad. Imagen hipoeocogénica de bordes pocos definidos, de contenido particulado en su interior, de 46 x 16mm. Sin compromiso articular ni muscular. Hallazgos compatibles con diagnóstico de celulitis abscedada de codo derecho.
- Ecografía muñeca derecha: imagen hipoeocogénica de bordes poco definidos, de aspecto líquido, de 12 x 4 x 4 mm en tejido celular subcutáneo sin compromiso de planos profundos.
- Serologías virales: HIV no reactivo.
- Anticuerpos anti Bartonella henselae: Ig.G e Ig.M: pendientes.
- PPD: 0 mm.
- Radiografía de tórax frente dentro de límites normales.

### TRATAMIENTO

Ampicilina-Sulbactam 150 mg/kg/día.

Trimetoprima-sulfametoxazol 10 mg/kg/día.

### Planteos diagnósticos

Linfadenopatías localizadas subagudas:

- Infecciosas: bacterianas (*S. pyogenes*, *S. aureus*), enfermedad por arañazo de gato, tuberculosis, micobacterias atípicas, actinomicosis.
- No infecciosas: linfomas, metástasis, Sarcoidosis.

### Evolución clínica durante la internación

Al ingreso, se realizan cultivos de sangre y del área de celulitis con técnica de piel sana, con resultados negativos. Teniendo en cuenta el antecedente de la mordedura de gato, se medica empíricamente con ampicilina-sulbactam y con TMP SMX considerando *Pasteurella multocida* y *Bartonella henselae* respectivamente. A su vez, pensando en otras etiologías de adenopatía subaguda, se solicita PPD, radiografía de tórax, serología para HIV y, teniendo en cuenta la tasa de falsos negativos por el tiempo de demora en la seroconversión, nueva muestra de anticuerpos para *Bartonella henselae*.

Por presentar celulitis abscedada sin compromiso óseo se realiza drenaje quirúrgico por equipo de ortopedia y traumatología, obteniéndose abundante material purulento.

Se recibe el resultado de la serología para *Bartonella henselae*: Ig G >1/200 (positivo) e Ig M positivo, y con diagnóstico de Enfermedad por arañazo de gato se indica TMP SMX rifampicina a dosis adecuadas.

La paciente evoluciona favorablemente con mejoría clínica a nivel local y recuperación de la movilidad del codo derecho. Se otorga el egreso hospitalario con tratamiento vía oral con TMP SMX y rifampicina en seguimiento ambulatorio por infectología.

### DIAGNÓSTICO AL EGRESO

Enfermedad por arañazo de gato.

### COMENTARIO

La enfermedad por arañazo de gato es una entidad producida por el bacilo *Bartonella henselae*. Constituye la causa más frecuente de linfadenitis crónica.

El gato doméstico es el mayor reservorio de *B. henselae*, generalmente los cachorros, así como el principal vector para la transmisión a humanos. Los gatos pueden albergar pulgas infectadas con *Bartonella* y contraer la infección provocan bacteriemia que se transmite al humano durante un rasguño o mordida. Existen también reportes de transmisión por otros animales como perros o monos.

Clínicamente, se caracteriza por la presencia de adenopatías regionales relacionadas al sitio de inoculación, que aparecen entre 7 y 60 días posteriores a la misma. La supuración ocurre en un 10-15% de los casos. Las localizaciones más frecuentes son axilar, epitroclear, cervical, supraclavicular y submandibular. La lesión primaria en piel dura aproximadamente 2 a 3 semanas. Existen formas sistémicas o atípicas que afectan más frecuentemente a hígado, bazo, SNC, ojo y sistema musculoesquelético.

El diagnóstico se realiza mediante la sumatoria entre hallazgos clínicos compatibles y serología. Se deben considerar los siguientes criterios diagnósticos: Contacto con gatos aun cuando el sitio de inoculación no sea visible, serología positiva para *Bartonella henselae* (IFI/ELISA Ig G >1/64) y linfadenopatía donde se hayan descartado otras etiologías.

El CDC recomienda como *gold standard* para el diagnóstico la Ig G mediante inmunofluo-

rescencia (IFI). Un título de Ig G mayor a 1/64 indica infección reciente o activa. Un valor de Ig G menor a 1/64 sugiere ausencia de infección, o secuela serológica. La sensibilidad de la IgG es de 88-100% y la especificidad es de 92-98%. La sensibilidad de la IgM es de 93% y la especificidad es de 98%. Un valor de IgM positivo indica infección activa y permanece elevada aproximadamente por tres meses. En contrapartida, un valor de IgM negativo no excluye infección aguda.

Sólo en casos dudosos debe realizarse biopsia del ganglio con tinción argéntica de Warthin Starry.

La mayoría de los casos resuelven espontáneamente, motivo por el cual la respuesta a antibióticos es relativa y muchas veces ineficaz. La antibioterapia sería beneficiosa particularmente en los casos complicados y en los niños con alteraciones inmunológicas. Se recomienda utilizar macrólidos como azitromicina o claritromicina, o alternativas que incluyen rifampicina, ciprofloxacina, gentamicina y cotrimoxazol. La duración del tratamiento es entre 15 y 21 días, y se finaliza siempre que las adenopatías hayan disminuido de tamaño (hasta 10 mm de diámetro), el paciente permanezca afebril al menos una semana y sin sintomatología general durante 10 días.

En ganglios supurativos, a tensión, muy dolorosos se puede efectuar drenaje quirúrgico. Esta conducta se desaconseja en otras situaciones dado que se asocia a mayor riesgo de fistulización.

### Agradecimientos

Unidad 8 Clínica Pediátrica del "Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez".

### BIBLIOGRAFIA

1. Santarcángelo S, Sosa R, Dondoglio P, Valle L, Navacchia D. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido. *Rev Chilena Infectol* 2013;30(4):441-5.
2. Flores Gómez G. Enfermedad por arañazo de gato. *Revista médica de Costa Rica y Centro-america LXX* 2013;(605):109-11.
3. Navarrete M, Tager M, Wenzel S. Formas atípicas de Enfermedad por Arañazo de Gato. *Rev Chil Infect* 2003;20(4):257-61.
4. Bandyopadhyay A, Burrage L. Pulmonary nodules in an immunocompetent child with cat scratch disease. *Pediatr Infect Dis J* 2013;32(12).
5. Abarca K, Winter M, Marsac D, Carlos Palma, Contreras A, Ferrés M. Exactitud y utilidad diagnóstica de la IgM en infecciones por *Bartonella henselae*. *Rev Chilena Infectol* 2013;30(2):125-8.