

Bibliografía

- 1 Cervilla JR, Peñalver Barral MD, Curros Novo MC, Pavón Belinchón P, Alonso Alonso C y Fraga JM: Rotavirus: Estudio clínico y epidemiológico en niños hospitalizados menores de dos años. *An Esp Pediatr* 1996;**45**:499-504.
- 2 Sierra Pérez E, Pedrón Giner C, Carrasco Gandía S, Ferro O, De la Loma A y Vázquez González C: Gastroenteritis aguda por rotavirus. *An Esp Pediatr* 1982;**16**:219-228.
- 3 Reina J, Hervás J y Ros MJ: Estudio de las características clínicas diferenciales entre los pacientes pediátricos causadas por rotavirus y adenovirus. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994;**12**:378-84.
- 4 Reguera JI, Ortiz de Lejarazu R, Eiros JM, Bratos MA, Gonzalo MP, González Z, Pérez Pascual P y Rodríguez Torres A: Estudio de 3 años de los patrones de electroforesis de ADN de rotavirus en Valladolid. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993;**11**:309-313.
- 5 Velázquez FR, Matson DO, Calva JJ, Guerrero ML, Morrow AL, Carter-Campbell S, Glass RI, Estes MK, Pickering LK, Ruiz-Palacios GM: Rotavirus infection in infants as protection against subsequent infections. *N Engl J Med* 1996;**335**:1022-28.

I. Obando Santaella¹, M.J. Moreno García¹,
M.J. Díez de los Ríos², P. Martí Belda³,
F. Corrales Barrio¹

An Esp Pediatr 1997;**47**:209-210.

Sr. Director:

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) cursa de forma habitual como una linfadenopatía regional asociada a una lesión de puerta de entrada papular causada por un arañazo o mordedura de un gato joven. En la mayoría de los pacientes, la enfermedad se resuelve espontáneamente en varios meses. Se describen complicaciones clínicas, en ocasiones severas, y que pueden afectar a diversos órganos o sistemas de la economía, en aproximadamente un 10% del total de los pacientes⁽¹⁾.

Se ha demostrado de forma inequívoca la asociación de la enfermedad con la *Bartonella henselae*, anteriormente denominada *Rochalimaea henselae*⁽²⁾. No obstante, no se descarta la posibilidad que *Afipia felis* u otro organismo similar, bien de forma individual o como coinfectante con la *Bartonella henselae*, pudiera ser responsables de un pequeño porcentaje de casos de la EAG⁽³⁾.

La identificación del agente causal ha permitido el desarrollo de tests serológicos que permiten realizar el diagnóstico de la enfermedad de una forma rápida y sencilla, obviando la realización de los tests cutáneos y/o exéresis ganglionar.

Presentamos, a continuación, un caso de un paciente con EAG diagnosticado serológicamente que respondió rápidamente al tratamiento con azitromicina en dosis única.

Niño de 13 años que presenta desde 10 días antes de la con-

Enfermedad por arañazo de gato. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

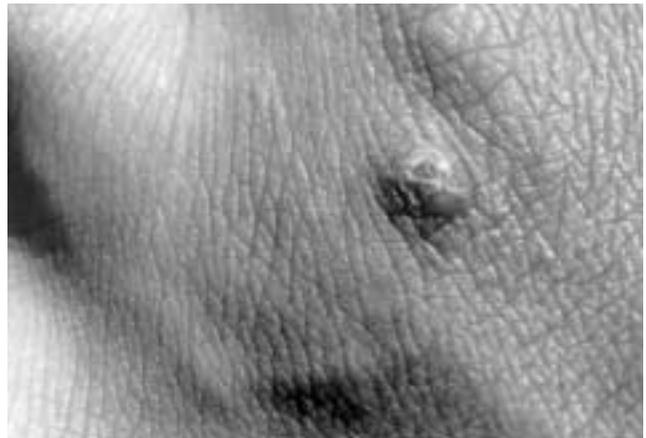


Figura 1. Lesión papulo-necrótica correspondiente a lesión de puerta de entrada de la enfermedad por arañazo de gato.

sulta, dolor a la movilización del codo izquierdo, con aparición progresiva de un abultamiento en cara interna del brazo e impotencia funcional. No hay antecedentes familiares ni personales reseñables. Residía en medio rural y convivía en el domicilio un gato joven. La exploración por órganos y aparatos no evidenció alteraciones, salvo limitación funcional de la movilidad de la articulación del codo izquierdo con presencia de dos adenopatías epitrocleares (tamaño 4 x 5 cm), dolorosas, duras y con aumento de temperatura a la palpación. A nivel del dorso de la 3ª articulación metacarpofalángica existía una lesión papulosa de centro ulcerado (Fig. 1). Se realizaron he-

¹Servicio Pediatría y ²Servicio de Laboratorio. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar (Málaga). ³ATS/DUE. Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal.

Correspondencia: Ignacio Obando Santaella.

Ruta de los Bandoleros, 8. 29740 Torre del Mar. Málaga.

mograma, bioquímica basal y Rx de tórax que fueron normales. Mantoux (-). P.A.A.F. de adenopatía epitroclear: citología ganglionar polimorfa reactiva. Los títulos de anticuerpos (IgG) frente a *Bartonella henselae* por inmunofluorescencia indirecta (IFA) fueron 1/64 en fase aguda y 1/128 fase de convalescente (se consideran positivos títulos \geq 1/64). Con el diagnóstico clínico y serológico de EAG se trató con azitromicina en dosis única de 1 gramo. A las 48 horas habían cedido el dolor y la impotencia funcional y el tamaño de las adenopatías había disminuido marcadamente, siendo impalpables a la semana. Durante toda la evolución clínica del proceso el paciente se mantuvo afebril.

Comentario

B. henselae es la única especie del género *Bartonella* asociada hasta la actualidad con la EGA. Se ha aislado también en las lesiones de dos cuadros relacionados, descritos inicialmente en pacientes infectados con HIV y posteriormente en trasplantados e inmunocompetentes, conocidos como angiomatosis bacilar cutánea y peliosis bacilar hepática⁽⁴⁾. Es un germen fastidioso cuyo crecimiento en medio de cultivos es muy lento, requiriéndose generalmente incubaciones prolongadas (3-4 semanas)⁽⁵⁾. Se ha demostrado también la posible utilidad del empleo de la reacción de cadena de polimerasas (PCR) para el diagnóstico etiológico del proceso⁽⁶⁾.

El advenimiento de tests serológicos con una elevada fiabilidad para el diagnóstico de la EAG soslaya las limitaciones que el cultivo y la PCR plantean en la práctica clínica rutinaria. Se han demostrado respuestas de anticuerpos significativas frente a *B. henselae* por IFA y por ELISA en una gran mayoría de casos con diagnóstico clínico presuntivo de EAG^(7,8).

Resulta llamativa la favorable rápida respuesta clínica experimentada por nuestro paciente tras la administración de una dosis única elevada de azitromicina. Aunque la enfermedad se autolimita en la gran mayoría de ocasiones, la resolución clínica es lenta, por lo que en este caso ha de considerarse que la azitromicina aceleró de forma significativa la curación del proceso, como sucede en pacientes HIV positivos con angiomatosis bacilar secundaria a infección por *B. henselae*⁽⁹⁾. Aunque algunos autores recomiendan la terapia antibiótica únicamente para pacientes con enfermedad severa⁽¹⁰⁾, debe tenerse en consideración que los casos juzgados como leves inicialmente presentan un curso clínico prolongado y no están exentos de com-

plicaciones tardías. Por esta causa, si una terapia antibiótica de fácil administración, como es el caso de la azitromicina, se demostrara eficaz en futuros estudios clínicos controlados, podría recomendarse su utilización como terapia electiva en todos los casos de la enfermedad.

En conclusión, debemos solicitar estudios serológicos frente a *B. henselae* ante la sospecha clínica de fiebre por arañazo de gato. La azitromicina podría ser una alternativa terapéutica a tener en cuenta en niños con sospecha clínica de EGA.

Bibliografía

- 1 Fischer GW. Cat scratch disease. En: Mandell GL, Bennet GE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases. 4ª edición. Churchill Livingstone. New York. 1995:1310-1312.
- 2 Bergmans AM, Groothedde JW, Schellekens JF, Van Embden JD, Osserwaarde JM, Schouls LM. Etiology of cat scratch disease: comparison of polymerase chain reaction detection of Bartonella (formerly Rochalimae) and Afipia felis DNA with serology and skin tests. *J Infect Dis* 1995;**171**:916-923.
- 3 Fumarola D, Petruzzelli R, Giuliani G, Partipilo MR, Pece S. Cat scratch disease in Italy: a serologic approach. *New Microbiol* 1994;**17**:255-258.
- 4 Welch DF, Pickett DA, Slater AJ, Stegeirwalt AG, Brenner AJ. Rochalimae henselae sp nov. a cause of septicemic, bacillary angiomatosis and parenchymal bacillary peliosis. *J Clin Microbiol* 1992;**30**:272-280.
- 5 Welch DF, Slater LN. Bartonella. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover FC, eds. Manual of clinical microbiology. 6ª edición. ASM Press. Washington. 1995:690-695.
- 6 Abbasi S, Chesney PJ. Pulmonary manifestations of cat-scratch disease; a case report and review of the literature. *Pediatr Infect Dis J* 1995;**14**:547-548.
- 7 Regnery RL, Olson JG, Perkins BA, Bibb W. Serologic response to Rochalimae henselae in suspected cat scratch disease. *Lancet* 1992;**339**:1443-1445.
- 8 Szelc-Kelly CM, Goral S, Pérez- Pérez GI, Perkins BA, Regnery RL, Edwards KM. Serologic responses to Bartonella and Afipia antigens in patients with cat scratch disease. *Pediatrics* 1995;**96**:1137-1142.
- 9 Guerra LG, Neira CJ, Boman D. Rapid response of AIDS-related bacillary angiomatosis to azythromycin. *Clin Infect Dis* 1993;**17**:264-266.21.
- 10 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**:474-478.