

rea) debe descartarse la presencia de *Salmonella enteritidis* mediante coprocultivo, incluso en ausencia de dicha clínica en los casos en los que no se encuentre otra etiología.

M. Moros Peña, M. Labay Matías, J. Martín-Calama Valero y A. Morte Pérez*

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel
Obispo Polanco.

BIBLIOGRAFÍA

- Romero González B, Fernández Ortiz B. Eritema nudoso en la infancia. *An Esp Pediatr* 1998; 29: 317-319.
- Gómez Campdera J, Navarro M, Medrano C, Escudero B. Eritema nudoso en la infancia. Estudio de 30 casos. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 423-427.
- Artola Aizalde E, Gorrotxategui Gorrotxategui P, López Palma F, Guerrero Pereda R, Unanue Tejera G, Palacio Pina M et al. Eritema nudoso en pacientes pediátricos. Un estudio de 22 casos. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 191-193.
- Martinón Sánchez F, Casares Mourino FJ, Miramón Jiménez MC, Martinón Sánchez ML, Rodríguez Miguélez MV, Mato Prada J. Eritema nudoso. Estudio de 22 casos en edad pediátrica. *Pediatrka* 1984; 4: 294-299.
- Concha Torre JA, Díaz Martín JJ, Cué García R, Bousoño García E, Ramos Polo E, Crespo Hernández M. Estudio clínico-epidemiológico del eritema nudoso en 23 casos pediátricos. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 230-234.
- Aleixandre FA, Carrera González V. Eritema nudoso asociado a gastroenteritis por *Salmonella enteritidis* en una niña. *An Esp Pediatr* 1987; 27: 213-214.
- Canduela Martínez V, Mongil Ruiz Y, Cagigas Daza P, Docio Nieto S. Eritema nudoso asociado a infección por *Salmonella enteritidis*. *Acta Pediatr Esp* 1998; 56: 411-412.
- Villirillo A, Balsano L, Quinti S, Ughi C, Ventura A, Maggiore G. Erythema nodosum associated with *Salmonella enteritidis* infection [carta]. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 919-920.

Acrodermatitis papulosa infantil (Gianotti-Crosti) e infección por *Bartonella henselae*

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 299-300)

Sr. Director:

La acrodermatitis papulosa infantil (API) ha sido descrita como entidad clínica por Gianotti y Crosti^{1,2}. Desde entonces se ha relacionado con diversas infecciones, sobre todo de etiología viral. Inicialmente, se asoció con hepatitis anictérica³ y más tarde con hepatitis B⁴.

Posteriormente ha sido relacionada con múltiples agentes infecciosos.

Por otra parte, la enfermedad por arañazo de gato (EAG) es un cuadro que, en su forma clásica, consiste en linfadenitis regional precedida de una lesión cutánea primaria, ocasionada por la mordedura o el arañazo de un gato. Recientemente, se ha relacionado con la infección por *Bartonella henselae*.



Figura 1.

Presentamos el caso de un niño con lesiones cutáneas compatibles con acrodermatitis papulosa infantil y serología positiva para *Bartonella henselae*.

Se trata de un varón de 7 años, sin antecedentes excepto asma tratada con budesonida (400 µg/día). Ingresa en el hospital para estudio de exantema pruriginoso de dos semanas de evolución. En los últimos 9 días presenta fiebre alta (40 °C), sin otra sintomatología.

Exploración física: buen estado general. Peso: 41,200; talla: 137 cm; temperatura: 38,3; presión artificial: 110/60.

Exantema constituido por múltiples pápulas puntiformes no foliculares, pruriginosas en la cara, tronco, miembros inferiores y nalgas, con distribución simétrica (fig. 1). Hiperemia faríngea con lengua "en fresa". Pequeña adenopatía retroauricular derecha. El resto de la exploración fue normal.

Estudios complementarios: Hemograma (al ingreso): leucocitos 7.100/µl (50 s, 9 c, 21 l, 4 m, 16 e); hematócrito 31%. Plaquetas: 158.000/µl.

Hemograma (40 días inicio exantema): leucocitos: 8.400/µl (51 s, 1 c, 21 l, 3 m, 24 e). Hb:12,6 g%. Plaquetas y coagulación normales.

Bioquímica: Urea, Cr, glucosa, proteínas totales, albúmina, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, Na, K, Ca, amilasa y CPK normales.

Perfil hepático (al ingreso): GOT: 165 U/l, GPT: 123 U/l, GGT: 42 U/l, LDH: 1.650 U/l.

Perfil hepático (40 días inicio): GOT: 1.120 U/l, GPT: 1.435 U/l, GGT: 35 U/l, LDH: 2.155 U/l.

Perfil hepático (8 semanas inicio): GOT: 46 U/l, GPT: 41 U/l, GGT: 23 U/l, LDH: 509 U/l.

Serología: virus hepatitis A, B, C; CMV; virus Epstein-Barr; toxoplasma; lúes; coxackie A-16; parvovirus B-19; *Mycoplasma neumonie*; *Coxella burnetii*; *R. conorii*; *Triquinella spiralis*; *Equinococcus granulosis* y *Brucella*: negativos.

Anticuerpos anti*Bartonella (rochalimaea) henselae* IgG: Positivo 1:256 (valores significativos a partir de 1:64).

Anticuerpos anti*Bartonella (rochalimaea) henselae* IgM: Positivo 1:128 (valores significativos a partir de 1:64).

Proteinograma, α-1 antitripsina, inmunoglobulinas, C3-C4: normales.

ANA, anticuerpos músculo liso y Mantoux negativos.

Radiografías de tórax y abdomen y ecografía abdomen normales. Parásitos en heces: negativo.

La fiebre desaparece espontáneamente al segundo día del ingreso, aunque presentó febrícula durante las siguientes 2 semanas. El exantema fue cediendo paulatinamente hasta su total desaparición a las 6 semanas del inicio. Al conocer el resultado de la serología para *B. henselae* se pautó eritromicina oral durante 10 días (a las 6 semanas del inicio exantema). Desde entonces está asintomático, con controles clínicos y analíticos normales.

Además de la clásica asociación con la hepatitis B, la API ha sido relacionada con múltiples infecciones víricas: Epstein-Barr, citomegalovirus, coxsackie A y B, echo, parotiditis, VIH, etc. También se ha descrito asociada a toxoplasmosis, borreliosis e incluso a vacunas.

Presentamos un caso de acrodermatitis pustulosa en relación con infección por *Bartonella henselae*. Desde la primera descripción de la EAG por Debré et al en 1950⁵, la búsqueda del agente etiológico ha sido fuente de controversia y confusión. Aunque inicialmente ha sido atribuida a virus y clamidias, desde 1983 las bacterias pasan a ser el centro de atención⁶. Actualmente está ampliamente aceptado que la *B. henselae* es el principal agente etiológico de la EAG.

Nuestro caso se inició con un exantema papular pruriginoso y fiebre. No presentó adenopatía regional típica ni se ha podido evidenciar puerta de entrada (aunque el niño jugaba diariamente con su gato). Pero, como es sabido, la EAG puede presentarse de forma atípica: como enfermedad febril sistémica que no se acompaña de adenopatías⁷, como fiebre de origen desconocido⁸, etc.

También se han descrito manifestaciones cutáneas en un 4-5% de los pacientes con EAG, como eritema nudoso, eritema marginado, exantemas maculopapulares y petequiales^{9,10}. Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso de API asociado a enfermedad por arañazo de gato.

Se pensó en la posibilidad de EAG por la persistencia de hepatitis y eosinofilia. La serología fue claramente positiva para dicha enfermedad. La evolución fue favorable con eritromicina oral, si bien antes de iniciar el tratamiento ya había mejorado el cuadro clínico y analítico.

Para concluir diremos que se debe añadir a la ya extensa lista de infecciones que se relacionan con API la enfermedad por arañazo de gato, y pensar en esta posibilidad aunque no exista un cuadro típico.

**M. Silveira Cancela^a, F. Valdés Tascón^b,
J. Pita Carretero^c, M. Montes Fontao^a
y M. Rico Bouza^a**

^aServicios de Pediatría, ^bDermatología y ^cMicrobiología.
Hospital Da Costa. Burela. Lugo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gianotti F. Rilievi di una particolare casuistica tossinfettiva caratterizzata da una eruzione eritemato infiltrativa desquamativa a focali lenticolari, a sede elettiva acroesposta. Ital Dermatol Venereol 1955; 96: 678-697.
2. Crosti A, Gianotti F. Dermatosi infantile eruttiva acroesposta de probabile origine virosica. Minerva Dermatol 1956; 31 (Supl 12): 483-507.
3. Gianotti F. L'epatite anitterica virale nell' acrodermatite papulosa infantile. Epatologia 1966; 12: 171.
4. De Gasperi G, Bardere M, Constantino D. Au antigen in Crosti-Gianotti acrodermatitis. Lancet 1970; 1: 1116.
5. Debré R, Lamy M, Jammet M-L, Costil L, Mozziconacci. La maladie des griffes de chat. Bull Mem Soc Med Hop 1950; 66: 76-79.
6. Wear D, Margileth AM, Hadfield TL, Fischer GW, Schlagel CJ, King FM. Cat scratch disease: a bacterial infection. Science 1983; 221: 1403-1404.
7. Margileth AM, Wear DJ, English CK. Systemic cat scratch disease: report of 23 patients with prolonged or recurrent severe bacterial infection. J Infect Dis 1987; 155: 390-402.
8. Dangman BC, Albanese BA, Kacica MA, Lepow ML, Wallach MT. Enfermedad por arañazo de gato en dos niños con fiebre de origen desconocido como forma de presentación. Características de los hallazgos de las técnicas de imagen y asociación con un nuevo agente etiológico, *Rochalimaea henselae*. Pediatrics (ed., esp.) 1995; 39: 309-312.
9. Carithers HA. Cat-scratch disease. An overview based on a study of 1.200 patients. Am J Dis Child 1985; 139: 1124-1133.
10. Margileth AM. Dermatologic manifestations and update of cat scratch disease. Pediatric Dermatology 1998; 5: 1-9.