

# Abscesos esplénicos y enfermedad por arañazo de gato

L. Valdesoiro Navarrete<sup>a</sup>, V. Pineda Solas<sup>a</sup>, C. Martín Martín<sup>b</sup>, I. Sanfeliu Sala<sup>c</sup>, R.M.<sup>a</sup> Cabezas MasPOCH y M. Sánchez Oespina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Servicios de <sup>b</sup>Radiología y <sup>c</sup>Microbiología. UDIAT. Corporació Parc Taulí. Barcelona.

(An Esp Pediatr 2001; 55: 365-368)

La enfermedad por arañazo de gato es una infección causada por un bacilo gramnegativo conocido como *Bartonella henselae*. Esta enfermedad se comporta habitualmente de forma benigna causando un cuadro de adenitis regional que no precisa tratamiento; sin embargo, algunos pacientes desarrollan formas atípicas y más graves entre las que se encuentra un cuadro caracterizado por una afectación visceral en forma de granulomas hepáticos y esplénicos.

Se presenta el caso de una niña de 14 años con síntomas de fiebre elevada de 12 días de evolución y abdominalgia. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) abdominal mostraron abscesos esplénicos que junto al antecedente de exposición a gatos hizo sospechar el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato que se confirmó por serología. Fue tratada con ceftriaxona intramuscular con muy buena evolución clínica.

La afectación hepatoesplénica suele ser una forma poco común de la enfermedad. En ocasiones se presenta como un síndrome febril de origen desconocido por lo que debemos tener en cuenta esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de fiebre prolongada. Aunque la evolución suele ser favorable se recomienda tratamiento antibiótico en las formas atípicas de la enfermedad por arañazo de gato.

## Palabras clave:

*Enfermedad por arañazo de gato. Bartonella henselae. Absceso esplénico. Fiebre prolongada.*

## SPLenic ABSCESS AND CAT-SCRATCH DISEASE

Cat-scratch disease is caused by a Gram-negative bacillus known as *Bartonella henselae*. This disease is usually benign and causes regional adenitis that does not require treatment. However, some patients develop more serious atypical forms of the disease including prolonged systemic illness with hepatic and splenic abscesses.

A 14-year-old girl was admitted to hospital with a 12-day history of persistent high fever and abdominal pain. Ultrasonography and computerized tomography of the abdomen revealed splenic abscesses. These findings, together with an antecedent of cat exposure, led to the suspicion of cat-scratch disease, which was confirmed by serology. The girl was treated with intramuscular ceftriaxone and clinical evolution was favorable.

Splenic cat-scratch disease is infrequent. Cat-scratch disease sometimes presents as fever of unknown origin and consequently this disease should be considered in the differential diagnosis of prolonged fever. Although evolution is usually favorable, antibiotic therapy is recommended in systemic manifestations of cat-scratch disease.

**Key words:**  
*Cat-scratch disease. Bartonella henselae. Splenic abscess. Prolonged fever.*

## Key words:

*Cat-scratch disease. Bartonella henselae. Splenic abscess. Prolonged fever.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es una infección causada por un bacilo gramnegativo conocido como *Bartonella henselae*. Esta entidad es una causa común de adenitis regional en niños y adolescentes. Es característica la presentación de una adenopatía regional a los 7-10 días del arañazo de un gato que supura en el 30% de los casos<sup>1,2</sup>. Se observa el antecedente de contacto con gatos hasta en el 90% de los casos<sup>3</sup> y suele comportarse de forma benigna y autolimitada sin precisar tratamiento. *B. henselae* se ha identificado como agente etiológico de la angiomasosis bacilar y la peliosis hepática en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia hu-

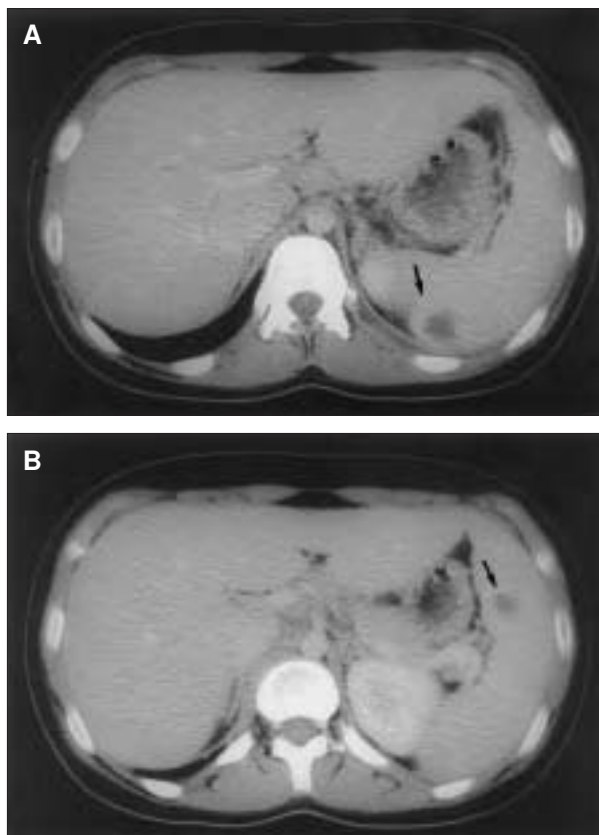
**Correspondencia:** Dra. L. Valdesoiro Navarrete.  
Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí.  
Servicio de Medicina Pediátrica.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona.  
Correo electrónico: elisenda.valdesoiro@psdf.icnet.es

Recibido en octubre de 2000.

Aceptado para su publicación en enero de 2001.



**Figura 1.** Ecografía del bazo, corte longitudinal donde se observa imagen hipoecogénica en el polo posterior indicativa de absceso (flecha). Otra imagen semejante se visualizó en la parte anterior del bazo.



**Figura 2.** TC con contraste donde pueden observarse dos lesiones redondeadas de baja densidad con tenue captación periférica (flechas) situadas en el polo posterior del bazo (A) y en su zona anterior (B).

mana (VIH). Se han descrito, también, presentaciones atípicas que pueden afectar cualquier órgano y abarcar manifestaciones propias de otras enfermedades infecciosas

como síndrome oculoglandular, osteomielitis, afectación del sistema nervioso central, fiebre prolongada con afectación sistémica, abscesos hepáticos y esplénicos<sup>2-5</sup>.

Se presenta el caso de una niña de 14 años de edad que acudió al hospital por fiebre prolongada y que fue diagnosticada de abscesos esplénicos por enfermedad por arañazo de gato.

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 14 años, sin antecedentes patológicos previos, que acudió por presentar fiebre elevada de 12 días de evolución. Dos días después del inicio de la fiebre fue diagnosticada de infección respiratoria, por lo que se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico, con lo que remitió por completo la fiebre a las 48 h. El tercer día de tratamiento los padres decidieron interrumpir la administración de antibiótico y a las pocas horas se reinició la fiebre, que se acompañaba de dolor en fosa lumbar y hemiabdomen izquierdos, cefalea, astenia y anorexia.

Consultó en el servicio de urgencias en dos ocasiones sin que se encontrara foco infeccioso y finalmente se decidió el ingreso para estudio de fiebre prolongada de origen desconocido.

En la anamnesis destacaba la convivencia con un gato, con el que incluso dormía la paciente. En la exploración física destacaba alteración del estado general y dolor en hemiabdomen izquierdo. El resto de la exploración por aparatos fue normal, no hallándose adenopatías palpables ni hepatoesplenomegalia. Se practicó hemograma que presentaba 6.400 leucocitos/ml con 85% de neutrófilos, 0,5% de eosinófilos y una serie plaquetaria y roja normales. El sedimento de orina, urinocultivo, hemocultivo y PPD fueron negativos. Se realizó radiografía simple de abdomen y tórax que fueron normales y ecografía abdominal en la que se observaban dos lesiones hipoecogénicas en bazo compatibles con abscesos (fig. 1). La TC abdominal con contraste detectó dos lesiones esplénicas de baja densidad con tenue captación periférica del contraste y discreto derrame pleural izquierdo (fig. 2).

Se cursaron serologías para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasma, *Brucella* y *Salmonella typhi* que fueron negativas. La serología para *B. henselae* fue positiva (1/64), aumentando dos veces su valor (1/128) a los 10 días de la primera determinación. No se realizaron otras determinaciones serológicas dado el entorno epidemiológico ni se efectuaron técnicas diagnósticas más agresivas.

Al ingreso se inició antibioterapia parenteral con ceftriaxona que se mantuvo hasta completar 10 días. No se pasó a tratamiento oral para asegurar su cumplimiento. La niña se encontró afebril en pocas horas, aunque persistieron los síntomas abdominales, así como cierta astenia y anorexia. En el seguimiento posterior al alta la niña presentó un cuadro de astenia, anorexia, cefalea, dificultad para la concentración y otras manifestaciones psicológi-

cas que precisaron tratamiento con alprazolam. En los controles ecográficos y de TC abdominal realizados un mes después del alta no se observaron lesiones (fig. 3).

## DISCUSIÓN

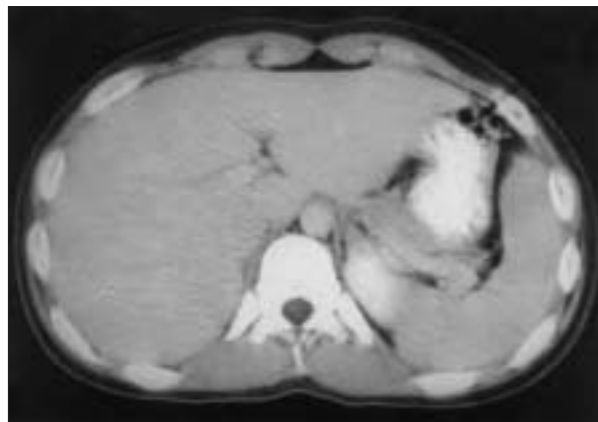
La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa causada por *B. henselae*. Existe contacto con gato hasta en el 99,1% de los casos<sup>4</sup>, aunque no siempre se detecta un arañazo o lesión. Se ha especulado con el posible papel de las pulgas como vector para la transmisión entre gatos, pero esta transmisión a través del vector en seres humanos no se ha podido demostrar. Sin embargo, ésta podría explicar los casos en los que no hay el antecedente de mordisco o arañazo<sup>2-4,6</sup> como en el caso presentado.

Habitualmente se comporta de forma benigna y autolimitada siendo la manifestación clínica más frecuente una linfadenopatía regional crónica o subaguda<sup>1,2</sup>. No obstante, se han descrito presentaciones atípicas hasta en el 10% de los pacientes, pudiendo afectar a cualquier órgano<sup>2-5</sup> como la afectación hepatoesplénica en forma de granulomas hepáticos y/o esplénicos multifocales.

La afectación hepatoesplénica descrita por primera vez en 1985 por Rocco et al<sup>7</sup>, consiste en la formación de granulomas necrosantes en hígado y/o bazo. Habitualmente cursa de forma benigna desapareciendo los granulomas en 1-5 meses aunque se ha descrito en algún caso su evolución a calcificaciones hepáticas y viscerales<sup>8</sup>. La abdominalgia constituye el signo guía de la forma hepatoesplénica, como en nuestro caso, ya que aparece hasta en el 64% de los casos<sup>9</sup>. En nuestra paciente la abdominalgia junto con la fiebre eran las dos únicas manifestaciones clínicas. El diagnóstico clínico de las formas atípicas de esta enfermedad es difícil, en especial cuando no existen adenopatías periféricas o no se refiere el antecedente de contacto con gatos u otros animales domésticos que transmitan la enfermedad. En las formas hepatoesplénicas, la TC o la ecografía abdominal son las únicas pruebas que pueden hacer sospechar enfermedad por arañazo de gato hepatoesplénica<sup>4,9-13</sup>. Las lesiones hipodensas en hígado y/o bazo en la TC abdominal o hipocogénicas en la ecografía son características, pero no patognomónicas. Ante estas lesiones debe considerarse la enfermedad y confirmar el diagnóstico mediante serología. Por ello, ante una historia indicativa de enfermedad por arañazo de gato se ha propuesto la práctica de una ecografía abdominal, incluso en pacientes sin síntomas de dolor abdominal<sup>9</sup>.

Cabe destacar que la afectación por *B. henselae* no parece relacionarse con el estado inmunológico del paciente, pues se ha observado con frecuencia en pacientes inmunocompetentes<sup>4,9-13</sup>.

El diagnóstico definitivo se basa en el aislamiento de la bacteria, la serología, los hallazgos histológicos y la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). *B. henselae* crece en medios habituales, pero presenta el



**Figura 3.** TC con contraste un mes más tarde donde puede observarse la desaparición de las lesiones.

inconveniente de tener un crecimiento lento (más de un mes de incubación) y la necesidad de muestras obtenidas por métodos invasivos. La técnica de PCR<sup>14</sup> tiene la ventaja de la rapidez, pero precisa también de muestras tisulares, al igual que la histología. En muchos de los casos publicados inicialmente se establece el diagnóstico a través de la biopsia hepática con la tinción de Whartin-Starry<sup>15-18</sup>, pero estos mismos autores opinan que con la experiencia actual la práctica de estas exploraciones invasivas es innecesaria.

De todos los métodos disponibles la serología es la que parece aportar más ventajas, siendo la técnica inmunofluorescencia indirecta (IFI) para la detección de los anticuerpos séricos contra los antígenos de *Bartonella* sp, con una alta sensibilidad y especificidad, que es la más utilizada<sup>4,19</sup>. El 88% de los pacientes con sospecha de enfermedad por arañazo de gato tienen IgG mayor o igual de 64 mediante IFI<sup>13</sup>. Nosotros utilizamos este método y repetimos la determinación a los 10 días hallando una duplicación en los títulos (1/64-1/128). Se ha desarrollado un enzoinmunoanálisis sensible (95%) y específico<sup>2,20</sup>, aunque esta técnica no ha sido tan evaluada y algunos estudios concluyen que no es tan sensible como IFI.

El tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato en su forma típica debe ser inicialmente sintomático dado que esta entidad es habitualmente autolimitada, resolviéndose de manera espontánea en 2 o 6 meses, aunque puede prolongarse hasta 1 o 2 años<sup>1,2</sup>. El tratamiento antibiótico está discutido en pacientes inmunocompetentes con manifestaciones típicas. Sólo está indicado en pacientes con manifestaciones agudas graves o con síntomas sistémicos, como el caso de nuestra paciente, sobre todo en aquellos que presentan hepatoesplenomegalia o adenopatías muy dolorosas y en inmunocomprometidos como los pacientes con sida en los que sí se ha demostrado efectivo<sup>1,2,4</sup>.

Dado que la enfermedad por arañazo de gato puede cursar en su forma atípica como de fiebre prolongada de

origen desconocido debe considerarse en el diagnóstico diferencial y si ésta se asocia a dolor abdominal valorar la realización de técnicas de imagen que permitan diagnosticar esta forma atípica. Tener presente esta entidad puede evitar la realización de técnicas invasivas en aquellos pacientes en quienes se detecten lesiones hepáticas y/o esplénicas en este contexto clínico, aunque sin olvidar que ninguno de estos datos es patognomónico de la enfermedad por arañazo de gato.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- American Academy of Pediatrics. Cat Scratch Disease. En: Peter G, ed. 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 24.<sup>a</sup> ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997; 165-166.
- Klein JD. Enfermedad por arañazo de gato. *Pediatr Rev* 1994; 15: 392-397.
- Bass JW. The expanding spectrum of Bartonella infections: Cat-Scratch Disease. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 163-179.
- Aldamiz-Echevarria L, González Pérez-Yarza E, Morrás I, Ormaechea V, Eizaguirre I, Albisu Y. Enfermedad del arañazo de gato. Forma atípica. *An Esp Pediatr* 1984; 20: 395-399.
- Zangwill KM, Hamilton DH, Perkins BA, Regnery RL, Plikaytis BD, Hadler JL et al. Cat scratch disease in Connecticut: epidemiology, risk factors and evaluation of a new diagnostic test. *N Engl J Med* 1993; 329: 8-13.
- Rocco VK, Roman RJ, Eigenbrodt EH. Cat-scratch-disease: report of a case with a hepatic lesions and a brief review of the literature. *Gastroenterology* 1985; 89: 1400-1406.
- Talenti E, Cesaro S, Scapinello A, Perale R, Zanescio L. Disseminated hepatic and splenic calcifications following cat-scratch-disease. *Pediatr Radiol* 1994; 24: 342-343.
- Dunn MW. Hepatoesplenic cat-scratch disease and abdominal pain. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 269-272.
- Siret D, Hardy R. Cas radiologique du mois. *Arch Pédiatr* 1996; 3: 391-392.
- Tan TQ, Wagner ML, Kaplan SL. *Bartonella (Rochalimaea) henselae* Hepatoesplenic infection occurring simultaneously in two siblings. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 721-722.
- 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.
- Guptill L, Slater L, Wu CHCH, Lin TL, Glickman LT, Welch DF et al. Experimental infection of young specific pathogen-free cats with *Bartonella henselae*. *J infect Dis* 1997; 176: 206-216.
- Anderson B, Sims K, Regnery R, Robinson L, Schmidt MJ, Goral S et al. Detection of *Rochalimaea henselae* in specimens from cat scratch disease patients by PCR. *J Clin Microbiol* 1994; 32: 942-948.
- Estrada B, Silio M, Begue RE, Van Dyke RB. Unsuspected hepatoesplenic involvement in patients hospitalized with cat-scratch-disease. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15 (8): 720-721.
- Rivero-Panera T, Nielsen K, Hell TR. Radiological case of the month. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 87-88.
- Port J, Leonidas JC. Granulomatous hepatitis in cat-scratch-disease. *Pediatr Radiol* 1991; 21: 598-599.
- Larsen CE, Patrik LE. Abdominal (liver, spleen) and bone manifestations of cat scratch disease. *Pediatr Radiol* 1992; 22: 353-355.
- Regnery RL, Olson JG, Perkins BA, Bibb W. Serologic response to *Rochalimaea henselae* antigen in suspected cat scratch disease. *Lancet* 1992; 339: 1443-1445.
- Teichberg S, Farber BF, Wolff AG, Roberts B. EIA for detection of *Rochalimaea henselae*-Reactive IgG, IgM, and IgA Antibodies in Patients with Suspected Cat-Scratch disease. *J Infect Dis* 1993; 167: 1503-1504.