

Equipo Coordinador: COORDINADORAS:

Gallego Alcaide M^a J., Peláez Cabrera M^a J., Portero García N.
gallegoalcaide@gmail.com, marpelcab@gmail.com, nieves.maria.np@gmail.com
Residentes de Pediatría del Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva



Varón con fiebre y adenopatías.

Peláez Cabrera M.J., Gallego Alcaide M.J.,
Portero García N.M., Jiménez Fernández E.R.
Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez; Huelva.

Dir. Corresp.: Peláez Cabrera M.J. marpelcab@gmail.com

Resumen: Paciente de diez años que consulta por fiebre en picos, adenopatía inguinal y sudoración nocturna de quince días de evolución, sin antecedentes de interés. No refiere contacto con animales, viajes recientes, ni consumo de alimentos no procesados. La clínica persiste a pesar de tratamiento antibiótico empírico.

Palabras clave: Fiebre; adenopatía; sudoración

Abstract: A ten years old child who displays fever, inguinal lymphadenopathy and night sweating for the last fifteen days, with no interesting medical history. He does not relate any contact with animals, recent travel abroad or non-processed food consumption. Symptoms persist in spite of having commenced empirically antibiotic treatment.

Keywords: Fever, adenopathy; sweating.

Vox Paediatrica 2014; XXI(1):76-78

Caso Clínico

Anamnesis

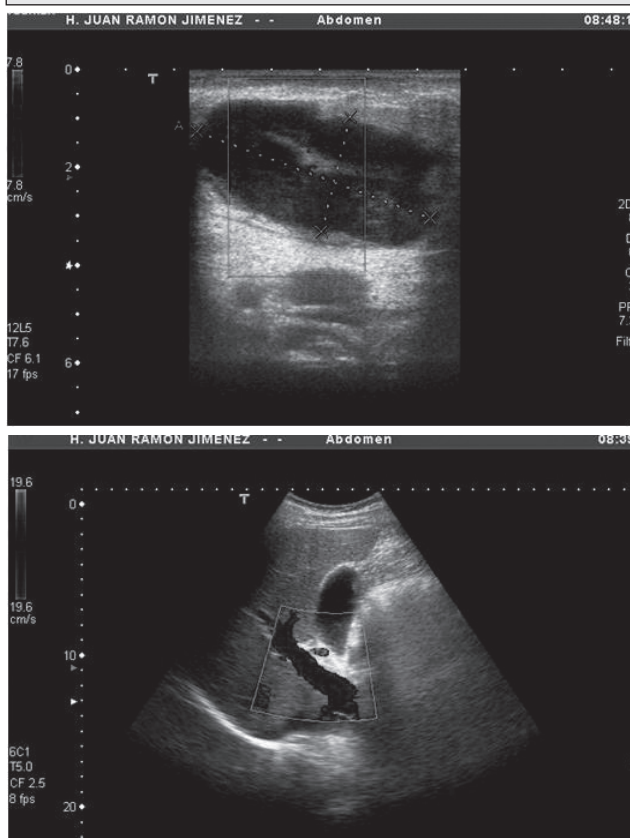
Niño de diez años de edad, sin antecedentes familiares y personales de interés; procedente de entorno urbano, que es derivado por presentar fiebre de hasta 40°C de quince días de evolución, que durante los primeros días era mantenida y posteriormente aparece en picos de predominio vespertino con sudoración nocturna. Así mismo refiere dolor en miembro inferior derecho, que no imposibilita la deambulaci3n. No convive con animales, suele ir al campo pero hace varios meses que no va. No consumo de productos no higienizados. No viajes recientes. No refiere p3rdida de peso.

En la evaluaci3n inicial, se objetiva un regular estado general; sin palpase adenopatías periféricas, salvo en la raíz del miembro inferior derecho, de consistencia blanda pero de tamaño aproximado de cinco centíme-

tros. No se observan lesiones cutáneas, salvo una encarnada en el primer dedo del pie izquierdo. A la palpaci3n abdominal tan solo destaca una discreta esplenomegalia no dolorosa.

Los datos de laboratorio iniciales incluyeron hemograma y bioquímica normales, con VSG 46 mm/hora, mantoux 0 mm, perfiles hepáticos y tiroideo normales, Ig normales, a excepci3n de IgG 1721; ANA positivos (1/320). Y se obtuvieron muestras para la realizaci3n de serologías de agentes infecciosos y cultivos.

En las pruebas de imagen se comprobó la normalidad de la radiografía de t3rax y en la ecografía abdominal tan solo destacaba una ligera esplenomegalia sin lesiones focales y dos grandes adenopatías inguinales inferiores derechas de 5 y 4.5 cm de diámetro de características patológicas (*engrosamiento e hipoecogenicidad corticales*). No hay adenopatías retroperitoneales, ni iliacas ni inguinales izquierdas. (**Imágenes 1 y 2**)

Imágenes 1 y 2: Ecografías de las adenopatías.


Ante la sospecha de infección bacteriana se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico, sin remisión de la fiebre y abscesificación de la adenopatía; se decide entonces la realización de exéresis de la misma y estudio anatomopatológico, donde se observaron formaciones granulomatosas de tamaño variable que contenían material necrótico fibrinoleucocitario en el centro sin evidentes células gigantes multinucleadas.

¿Qué antibiótico hubiera utilizado de primera elección?

- Amoxicilina
- Amoxicilina-clavulánico
- Azitromicina.
- Rifampicina.
- Doxiciclina.

¿Se puede descartar alguna patología a priori?

- Enfermedad por arañazo de gato.
- TBC.
- Brucelosis.
- Fiebre botonosa mediterranea.
- Ninguna.

A los diez días de la extracción de serologías, obtenemos su resultado, siendo negativas para VEB, CMV, VHS, VIH, toxoplasma, rickettsia, clamidia, coxiella, rosa de bengala y treponema pallidum. Obtenemos resultado positivo para Bartonella Henselae a títulos de 1/1280. Los hemocultivos, urocultivos y cultivo de adenopatía fueron negativos. Con respecto a la anatomía patológica, teniendo en cuenta la morfología y los datos clínicos, las alteraciones que se encontraron eran compatibles con enfermedad por arañazo de gato.

Por tanto, se inicio tratamiento con azitromicina (500 mg cada 24 horas durante 5 días), desapareciendo la fiebre y la demás sintomatología al segundo día de tratamiento.

Soluciones

1ª pregunta: ante la falta de datos concluyentes en la serología, debido a la baja sospecha de enfermedad infecto contagiosa, y con el antecedente de una uña encarnada, el tratamiento empírico de elección debe cubrir gérmenes anaerobios, por eso se decidió la

Tabla I: Diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO			
INFECCIOSA	CONECTIVOPATÍAS	ONCO-HEMATOLÓGICA	MISCELÁNEA
BACTERIANA: - Localizadas: <u>Pielonefritis aguda</u> , TBC, abscesos (abdominales), óseas, endocarditis... - Sistemáticas: TBC, Enfermedad de <u>Lyme</u> , <u>Bartonelosis</u> , <u>Brucelosis</u> , <u>Rickettsiosis</u> , fiebre tifoidea, Enfermedad por arañazo de gatos... VIRAL: CMV, VEB, VH, Adenovirus... HONGOS: Aspergillus... PARÁSITOS: <u>Leishmania</u> , malaria, toxoplasmosis...	Artritis idiopática juvenil, Lupus eritematoso sistémico, Fiebre reumatoide, Enfermedad inflamatoria intestinal, Vasculitis, Enfermedad de Kawasaki...	Leucemias, Linfomas (<u>Hodgkin</u>), <u>Neuroblastoma</u> , Tumores sólidos, <u>Síndrome mielodisplásico</u> , <u>Síndrome hemofagocítico</u> , <u>histiocitosis</u> ...	Diabetes insípida causa central y nefrogénica, fiebre por fármacos, displasia ectodérmica, fiebre facticia, <u>Disautonomía familiar</u> , tirotoxicosis...

elección de una penicilina junto con un betalactámico.

Solución: amoxicilina-clavulánico.

2ª pregunta: No debemos descartar ninguna patología infecciosa a priori. Ante un cuadro de fiebre de larga duración de origen desconocido, se debe realizar además de una anamnesis rigurosa, una analítica que incluya toda la batería de serologías disponibles, no pudiendo descartarse ninguna infección por improbable que nos haya parecido durante la entrevista y/o la exploración física. (**Tabla 1**).

Discusión

La enfermedad por arañazo de gato consiste en una infección bacteriana que cursa con inflamación de los ganglios linfáticos y se suele contraer a consecuencia de un arañazo, lametón o mordedura de gato. Más del 90% de las personas que la contraen han estado previamente en contacto con gatos o cachorros de gato. El agente etiológico habitual es *Bartonella henselae*. La mayoría de los pacientes con un cuadro típico experimentan resolución gradual de los síntomas incluso sin tratamiento antimicrobiano específico, aunque es cierto que en un pequeño porcentaje de casos se produce enfermedad diseminada, pudiendo dar lugar a complicaciones graves.

La mayoría de las personas que contraen una enfermedad por arañazo de gato recuerdan contacto con gatos, aunque no suelen recordar haber recibido un arañazo o una mordedura de gato. Varios días después de haber recibido el arañazo o la mordedura se desarrolla una ampolla o bultito, que se puede confundir con la picadura de un insecto. Este bultito o ampolla recibe el nombre de lesión de inoculación (*una herida en el lugar por donde la bacteria entra en el cuerpo*) y suele aparecer en brazos, manos, cabeza o cuero cabelludo. Se trata de lesiones que suelen ser indoloras.

Habitualmente, en un período de un par de semanas tras la recepción del arañazo o de la mordedura, uno o más ganglios linfáticos próximos al área de la lesión de inoculación se inflaman y se vuelven sensibles o dolorosos.

Los ganglios linfáticos que se inflaman más a menudo son los de la axila y los del cuello, aunque en los casos en que la lesión de inoculación se encuentra en la pierna, se suelen inflamar los ganglios linfáticos de la ingle. Su diámetro oscila entre poco más de 1 y 5 cm y pueden estar rodeados por un área inflamada bajo la piel.

En la mayoría de los niños que padecen una enfermedad por arañazo de gato, la inflamación de los ganglios linfáticos es el síntoma principal y se suele tratar de una enfermedad leve. Otros síntomas generales que también se pueden presentar son: fiebre, astenia, pérdida del apetito, dolor de cabeza, erupciones, dolor de garganta y malestar general.

Pueden ocurrir casos atípicos, aunque no son frecuentes. En estos casos, la enfermedad por arañazo

de gato puede cursar con infecciones de hígado, bazo, huesos, articulaciones o pulmones, o con fiebre alta persistente no asociada a otros síntomas.

Bibliografía

1. González R. Enfermedad por Arañazo de Gato. Protocolo de Infectología. Asociación Española de Pediatría. 2001; 2:65-7.
2. Abarca K. Controversias terapéuticas. Enfermedad por arañazo de gato. Rev Chil Infect. 1996; 13: 78-80.
3. Schutze GE. Diagnosis and treatment of *Bartonella henselae* infections. Pediatr Infect Dis J. 2000; 19: 1185-7.
4. Martín Díaz M, Rubio Flores C, Corral de la Calle M, Lucas Laguna R. Enfermedad por arañazo de gato. An Pediatr. 2006; 65(5): 500-510.
5. Obando Santaella I, Moreno García MJ, Díez de los Ríos MJ, Martín Belda P, Corrales Barrio F. Enfermedad por arañazo de gato. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. An Esp Pediatr 1997; 47: 209-210.
6. Dorado Moles MJ, López-Ibor B, Figueredo MA, Gonzales Laguillo A. Forma atípica de enfermedad por arañazo de gato en escolar inmunocompetente. An Pediatr. 2007; 66 (4): 417-28.
7. Florín TA, Zaoutis TE, Zaoutis LB. Beyond cat scratch disease: Widening spectrum of *Bartonella henselae* infection. Pediatr. 2008; 121: 1413-25.