



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

A-35. - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATÍA. ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

N. Moya Notario¹, R. Apolinario Hidalgo¹, L. Suárez Hormiga¹, E. Verdugo Espinosa¹, A. Hernández Betancor², A. Ojeda Sosa¹, C. González Arencibia¹, J. Gómez Díaz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) de Medicina Interna permiten el estudio ambulatorio de pacientes con enfermedades potencialmente graves. Las adenopatías patológicas son uno de los motivos de consulta más frecuentes. Pueden tener origen en un proceso infeccioso, inmunológico/inflamatorio o tumoral. Una de las causas de adenopatías es la enfermedad por arañazo de gato, causado por *Bartonella henselae* que clínicamente se manifiesta como adenopatía regional, aunque en pacientes inmunodeprimidos se puede presentar como formas diseminadas. El tratamiento del paciente inmunocompetente puede ser expectante, ya que las adenopatías suelen autolimitarse en 2-3 meses.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante SPSS 18.0 de las características clínicas, evolución de los pacientes y manejo diagnóstico-terapéutico. Se realiza detección de anticuerpos IGM e IgG de *Bartonella* en suero por inmunofluorescencia indirecta.

Resultados: Entre enero del 2009 y enero del 2013 se diagnosticaron cinco pacientes de enfermedad por arañazo de gato, lo que constituyó el 6,7% (5/75) del total de pacientes remitidos por adenopatías. Todos fueron varones con edad media de 38 años, sin enfermedades médicas de interés, ni estado de inmunodepresión. La exposición a gatos se objetivó en todos los pacientes (60% gatos domésticos). Las adenopatías fueron múltiples en todos los pacientes, y en el 40% se afectaron varios territorios ganglionares (axilar y laterocervical, axilar y epitroclear respectivamente). Los territorios ganglionares afectados por orden de frecuencia fueron axilar, inguinal y cervical o epitroclear. El tamaño máximo objetivado de la adenopatía fue de 3.5 cm. La fiebre se constató de manera uniforme. El tiempo medio de aparición de la clínica fue de 36 días (mediana 30 días, rango 15-90). En el 80% de los pacientes se presentó en otoño-invierno. Se sospechó el diagnóstico desde el principio en tres casos, y en los otros dos, la sospecha inicial fue de síndrome linfoproliferativo. No se obtuvo relación entre parámetros de inflamación y presentación clínica (tamaño tumoración y sintomatología sistémica). Se realizó estudio anatomopatológico en el 80% de los casos, principalmente biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía. Hubo resolución del cuadro tras toma de antibioterapia (macrólidos, quinolonas, doxiciclina) en el 60% de los pacientes. El tiempo medio de desaparición de adenopatías fue de 156 días (5 meses). Desde la primera visita a UDR hasta el diagnóstico por serología transcurrieron de media 12.8 días, mediana 14 días (rango 2-21).

Discusión: Dentro del diagnóstico diferencial de adenopatía, aunque la primera patología a descartar sea, por su importancia, un síndrome linfoproliferativo, hay que pensar en otras etiologías, como la enfermedad por

arañazo de gato. En nuestra serie, detectamos como principal presentación clínica adenopatías múltiples, en vez de la clásica presentación única. Aunque el diagnóstico puede ser clínico y serológico, ocasionalmente es necesario realizar biopsia con aguja gruesa para descartar malignidad, a la espera de la confirmación serológica que apoye el diagnóstico. No es necesario pauta de antibiótico, sin embargo, preferimos iniciarlo para mejorar sintomatología del paciente, dado el tamaño de las lesiones.

Conclusiones: Siempre ha de considerarse la posibilidad diagnóstica de la enfermedad por arañazo de gato en un paciente joven con adenopatías únicas o múltiples, sobre todo en los territorios axilar e inguinal.