Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):140

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-35. - ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

J. Rugeles Niño[1], A. Rodríguez Guardado[1], M. Rodríguez Pérez[2], M. Martínez Celada[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Resumen

Objetivos: El síndrome febril con adenopatías es una entidad habitual de consulta, cuya etiología se asocia a procesos infecciosos, neoplásicos o autoinmunes. Una causa poco frecuente en los adultos es la enfermedad por arañazo de gato (EAG), en cuya presentación clínica cabe la posibilidad de una diseminación visceral que puede dar lugar a complicaciones graves, existiendo dudas en la actitud terapéutica en el paciente inmunocompetente. Presentamos tres casos de EAG como causa de fiebre de origen desconocido (FOD), con el fin de alertar sobre la importancia que puede tener esta patología en el diagnóstico diferencial en nuestros pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de las características clínicas, evolución y tratamiento de los pacientes diagnosticados de EAG entre 2011-2014 en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), mediante detección de anticuerpos IgM e IgG de Bartonella henselae en suero por inmunofluorescencia indirecta (IFI) Focus Díagnostics.

Resultados: Se diagnosticaron tres casos de EAG de presentación atípica, confirmados mediante estudio serológico por IFI con títulos superiores a 1/512. Caso 1: varón de 40 años, caso 2: varón de 51 años y caso 3: mujer de 52 años. Todos ellos sin antecedentes personales de interés, inmunocompetentes, con historia de exposición a gatos domésticos. Consultaron en meses de invierno por fiebre de duración media de 42 días (rango entre 20 y 60), asociada en los dos primeros casos con adenopatías periféricas: axilar y submandibular respectivamente, y en el caso restante con adenopatías retroperitoneales y mediastínicas. Todos los casos presentaron afectación visceral, documentada por TAC como lesiones hipodensas en parénquima hepático y esplénico. Dos de los pacientes precisaron tratamiento antibiótico, al caso 1 le fue pautada azitromicina y al caso 3 ceftriaxona más doxiciclina; el caso 2 tuvo una resolución espontánea del cuadro. Únicamente el caso 3 requirió ingreso hospitalario para seguimiento. El estudio microbiológico para otras entidades fue negativo en todos los casos.

Discusión: La FOD asociada a adenopatías es una entidad frecuente en todos los servicios de medicina interna que precisa en ocasiones estudios complementarios amplios y agresivos para llegar a esclarecer su etiología. Bartonella henselae puede ser un agente causante de FOD infradíagnosticado si no se sospecha su presencia ante hallazgos clínicos y epidemiológicos compatibles. La EAG debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en estos pacientes; y aunque no exista consenso acerca del tratamiento antimicrobiano en esta enfermedad, se recomienda la pauta antibiótica preferente con azitromicina ante afectación visceral.

Conclusiones: La EAG como causa de fiebre de origen desconocido está siendo infradiagnosticada en ausencia de sospecha clínica. Dentro de la historia de nuestros pacientes deben documentarse los antecedentes epidemiológicos de la enfermedad, y en caso de ser contemplada, es conveniente solicitar pruebas serológicas dada su rentabilidad diagnóstica. El tratamiento antibiótico será pautado en función del compromiso sistémico en casos de presentación atípica de esta enfermedad.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.