

# Falsas apariencias

Helen Rodríguez<sup>(1)</sup>; Irati Sarriugarte<sup>(1)</sup>; Cristian Delgado<sup>(1)</sup>; Ana M<sup>a</sup> Nieto<sup>(1)</sup>;  
Rein Willekens<sup>(2)</sup>; Sebastián Hernández<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servei d'Urgències, <sup>(2)</sup>Servei de Medicina Interna.  
Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Nom autora: Helen Rodríguez

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: rodrigueztrevijanohelen@gmail.com

Forma citació: Rodríguez H, Sarriugarte I, Delgado Cm Nieto AM, Willekens R, Hernández S.

*Falsas apariencias*. ReMUE.c@t 2020;7(2):15-19

## MOTIVO DE CONSULTA:

Fiebre, malestar general y adenopatías a nivel inguinal y epitrocLEAR con 2 lesiones papulosas costrosas.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

- Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.
- Melanoma temporal izquierdo extirpado quirúrgicamente hace 20 años sin tratamiento adyuvante.
- Hemorragia Subaracnoidea tras accidente de tráfico.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

Mujer de 52 años que consulta por malestar general, astenia, hiporexia, náuseas y sensación distérmica de 10 días de evolución junto con adenopatías a nivel de epicóndilo medial izquierdo y en cadena inguinal derecha coincidentes con inicio del cuadro clínico. Presenta además, dos lesiones cutáneas en antebrazo izquierdo y pretibial derecha, que relaciona con posible picadura de insecto/ artrópodo sin que lo haya llegado a visualizar.

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

Constantes: Temperatura axilar 35.8°C. Presión arterial 89/62 mmHg. Frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno 100%.

Se palpan adenopatías dolorosas, adheridas a planos profundos en epicóndilo medial izquierdo de gran tamaño e inguinal izquierda. No se palpan adenopatías en resto de cadenas ganglionares.

**Piel:** Deshidratación de piel y mucosas. Lesiones papulosas costrosas en antebrazo izquierdo (1) y región pretibial derecha (1).

**Auscultación cardiaca:** Tonos rítmicos, sin soplos audibles.

**Auscultación pulmonar:** Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

**Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No signos de abdomen agudo. No edemas periféricos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS:

**Análítica sanguínea:** Hemoglobina 10.6 g/dl (12.00-16.00); Leucocitos  $14,77 \times 10^3/\text{mm}^3$  (4,40- 11,00); Neutrófilos  $11,02 \times 10^3/\text{mm}^3$  (1,70-7,70); Plaquetas  $497 \times 10^3/\text{mm}^3$  (130,00-450,00). Proteína C reactiva 43,7 mg/L (0,00-5,00).

**Electrocardiograma:** Rítmico a 85 latidos por minuto. PR 0,15. QRS 0,7. QTc 0,44. Sin alteraciones de la repolarización.

**TC craneal:** Normal.

**Radiografía de tórax:** Silueta cardiopericárdica no aumentada de tamaño. Resto sin alteraciones significativas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS:

·**Neoplásico:** Recidiva melanoma, Neoplasia sólida metastásica de novo, Síndrome linfoproliferativo.

·**Infecioso:** Infección local estreptocócica o estafilocócica, VIH, Mononucleosis infecciosa, Sífilis secundaria, Tuberculosis, Micobacterias atípicas, Bartonella, Tularemia, Brucella, Fiebre Q, Histoplasmosis, Esporotricosis, Leishmaniasis.

·**Autoinmune:** Sarcoidosis, Lupus Eritematoso Sistémico.

### EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS FUERA DE URGENCIAS:

**Serologías:** *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Epstein Barr, Parvovirus B19, Citomegalovirus, *Borrelia burgdoferi*, *Coxiella burnetti*, Brucella, Virus Hepatitis C, Virus Hepatitis B, *Rickettsia conorii*, todas ellas negativas, excepto *Bartonella henselae* que fue IgM positiva.

**Hemocultivos seriados (2):** negativos.

**Biopsia excisional ganglio inguinal izquierdo:** cultivos negativos. Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) M. tuberculosis negativo, PCR *B.henselae* positivo.

**AP:** linfadenitis granulomatosa necrotizante.

**Radiografía de abdomen Antero Posterior:** sin alteraciones significativas.

**Radiografía de tórax:** sin alteraciones significativas.

**TC toracoabdominal (20.09.19):** Múltiples lesiones hipodensas quísticas esplénicas sugestivas de corresponder en el contexto clínico de la paciente con lesiones metastásicas secundarias a melanoma, visualizándose al menos dos lesiones hepáticas de las características descritas probablemente de la misma naturaleza. Adenopatías en hueco axilar izquierdo y en región inguinal derecha sospechosas de malignidad.

### Evolución:

En Urgencias se objetiva febrícula de 37,6°C, se realizan hemocultivos y se pauta antibioterapia endovenosa empírica con amoxicilina-ácido clavulánico ante sospecha de posible adenitis bacteriana por infección local.

Durante el ingreso, estando pendiente de resultados de serologías y ante fiebre elevada diaria de hasta 38,9°C se añade empíricamente doxiciclina. En la TC inicial, aparecen lesiones múltiples en bazo e hígado, así como adenopatías a nivel axilar izquierdo e inguinal derecho, que se orientan como de probable origen neoplásico por lo que se suspende amoxicilina-ácido clavulánico y doxiciclina, habiendo completado 3 días de tratamiento. Se realiza exéresis quirúrgica de adenopatía inguinal derecha con salida abundante de material purulento por lo que se reinicia tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico.

A nivel serológico destaca positividad de IgM para *Bartonella henselae*, por lo que, con la sospecha de

enfermedad por arañazo de gato sistémico con afectación hepatoesplénica, se suspende amoxicilina-ácido clavulánico y se inicia tratamiento con azitromicina 500 mg al día vía oral. Al reinterrogatorio la paciente refiere contacto estrecho diario con gatos y probables picaduras recientes por pulga de gato. Ante buena evolución clínica, permaneciendo afebril y con mejoría progresiva del estado general, se decide alta para continuar manejo ambulatorio.

### DIAGNÓSTICO FINAL:

“ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO CON AFECTACIÓN HEPATOESPLÉNICA”.

### DISCUSIÓN:

La enfermedad por arañazo de gato está producida por un bacilo gram negativo aerobio llamado *Bartonella henselae*, cuyo principal reservorio son los gatos, y transmitido a los humanos por arañazo o mordedura de gato o de pulga, aunque también hay evidencia de transmisión por garrapatas.<sup>1</sup>

Un estudio realizado en el año 2018, encontró que la prevalencia de la enfermedad en Cataluña fue entre 6,4-7,9 % en grupos de 0-14 años y de 30-44 años.<sup>3</sup>

La clínica consiste en fiebre, malestar general, cefaleas, anorexia, y linfadenopatías, que pueden acompañar el cuadro hasta en el 50 % de los casos.

Habitualmente cursa asintóticamente con evolución benigna autolimitada. La forma más habitual de presentación es una linfadenitis regional en el sitio de inoculación, afectando a ganglios inguinales y axilares. Hasta un 60-90% de pacientes presentan lesiones cutáneas en el sitio de inoculación. Sin embargo, aunque es poco frecuente, en ocasiones la enfermedad puede presentarse de forma atípica, con compromiso sistémico severo y formación de granulomas hepáticos y esplénicos en cuya imagen radiológica por TC se visualizan micro abscesos hepatoesplénicos con imágenes hipoecoicas que generalmente se han diseminado por vía hematogena y que suelen autolimitarse en 1-5 meses. Puede confundirse con otras entidades a la espera de resultados.<sup>2</sup>

Se han propuesto diferentes pautas antibióticas, incluido macrólidos, tetraciclinas, fluoroquinolonas, rifampicina, solas o en combinación. A pesar de no haber una evidencia tan clara de superioridad de cualquiera de estas pautas, se han obtenido buenos resultados con azitromicina en monoterapia a 500 mg al día vía oral durante 5 días.<sup>4,5</sup>

**BIBLIOGRAFÍA:**

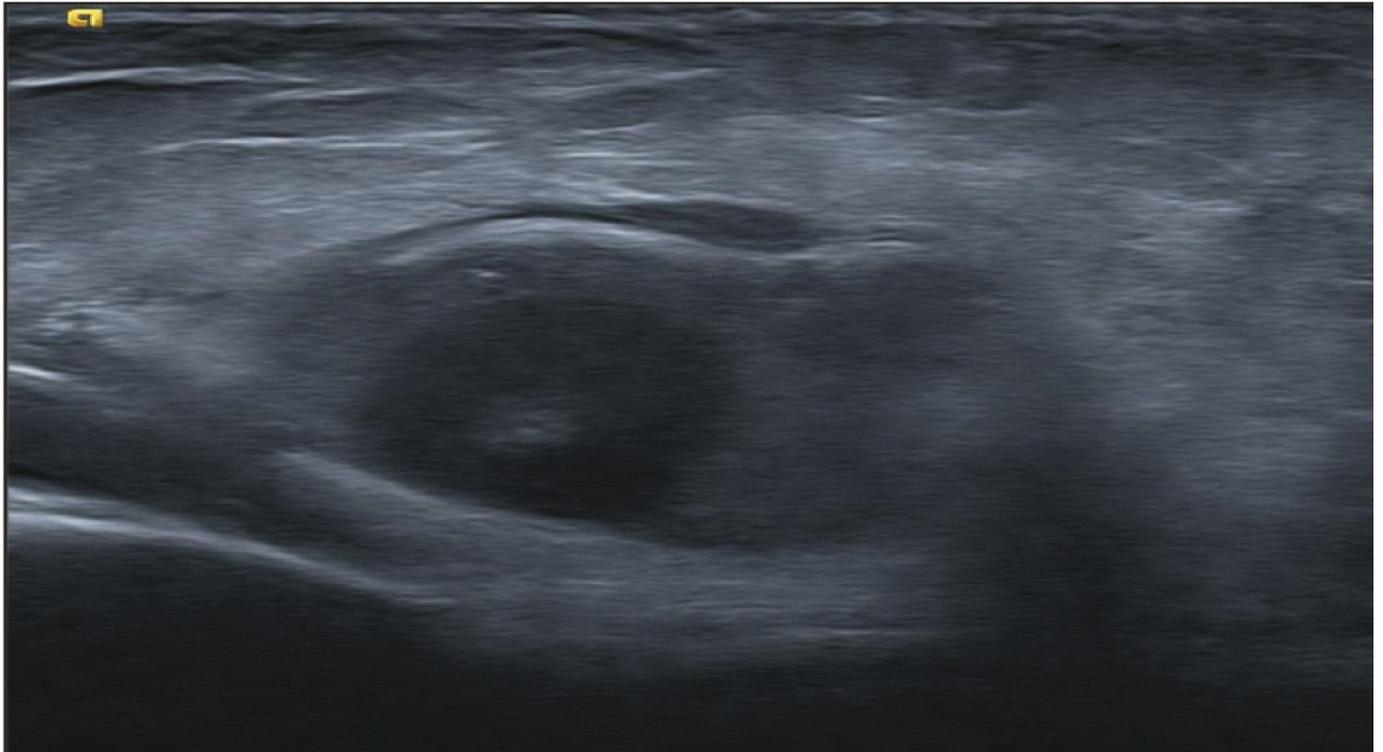
1. JacomoV, Kelly PJ, Raoult D. Natural histórico of Bartonella infecciones (años excepción to Koch's postúlate). Clínica Lab Immunol. 2002; 9:8-18.
2. Apache D, Kaplan S. Microbiólogo, epidemiologías, clínica manifestaciones, and diagnosis of cat socrático disease. 2014. Disponible en : <http://www.uptodate.com/contenos/microbiólogo-epidemiologías-clinical-manifestaciones-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease>.
3. Fernández-Arias Carmen, Borrás- Mañez María, Colomina-Rodríguez Javier, Cuenca-Torres María, Guerrero-Espejo Antonio. Incidencia de la infección por Bartonella henselae en la Comunidad Valenciana durante el periodo 2009-2012. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Nov 26]; 89 (2):227-230. Disponible [http://sácielo.isciii.es/sácielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272015000200010&Ing=es](http://sácielo.isciii.es/sácielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000200010&Ing=es).
4. Thyerry Zenone, "Systemic Bartonella henselae Infection ni Immunocompetent Adult Presenting as Fever of Unknown Origin" Case Reports ni Medicine, vol. 2011, Article ID 183937, 4 Pagés, 2011. <https://dio.org/10.1155/2011/183937>.
5. García JC, Núñez MJ, Castro B, te al. Hepatosplenic cat socrático disease ni immunocompetent adults: Report of 3 cases and review of the literatura. Medicine 2014; 93:267-270.12.

**IMÁGENES:**

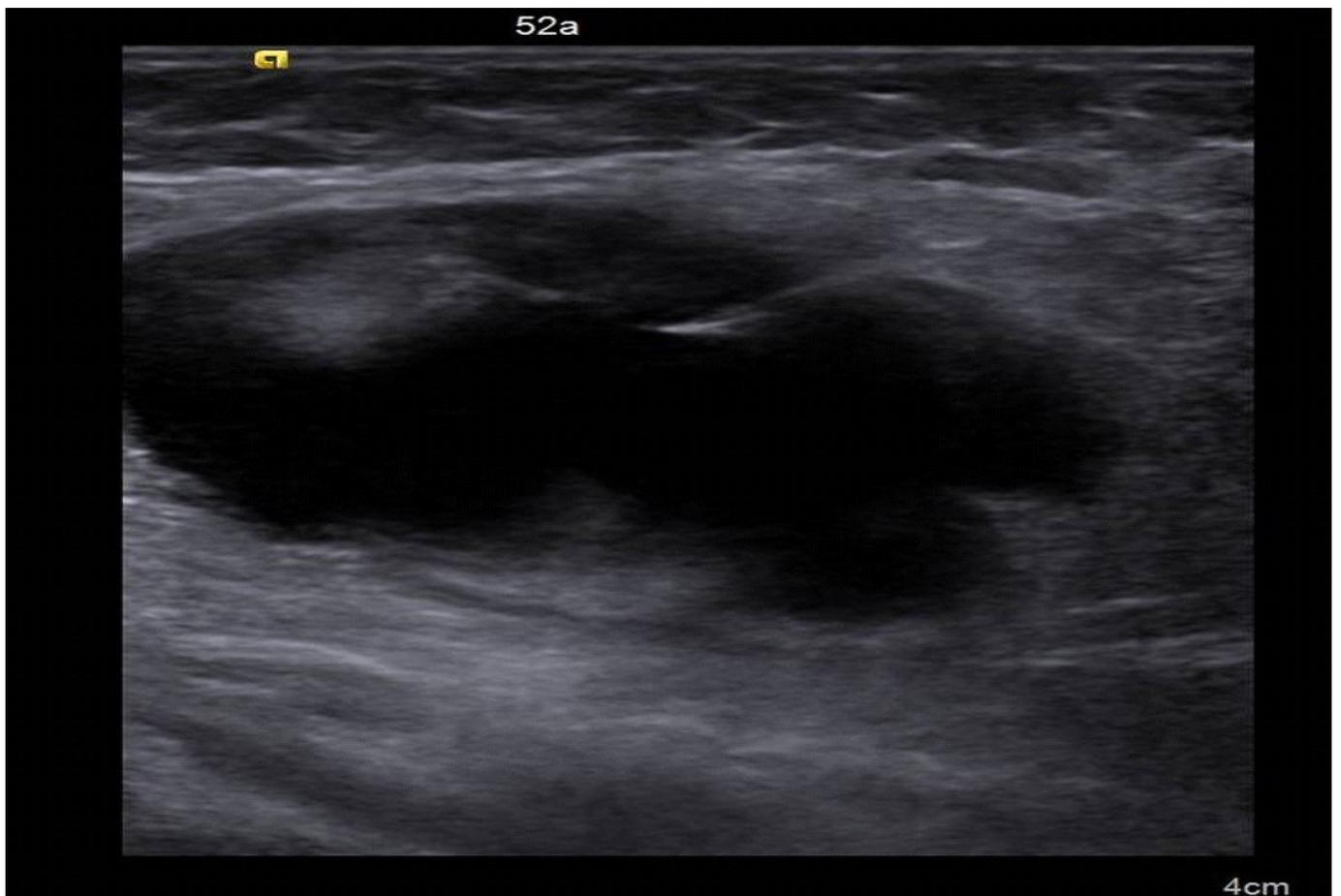
1. Lesión cutánea pretibial derecha al ingreso en servicio de Urgencias



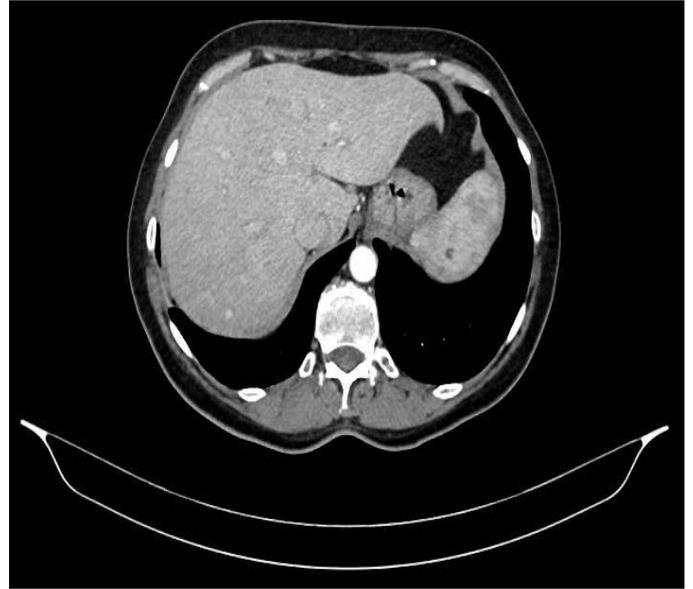
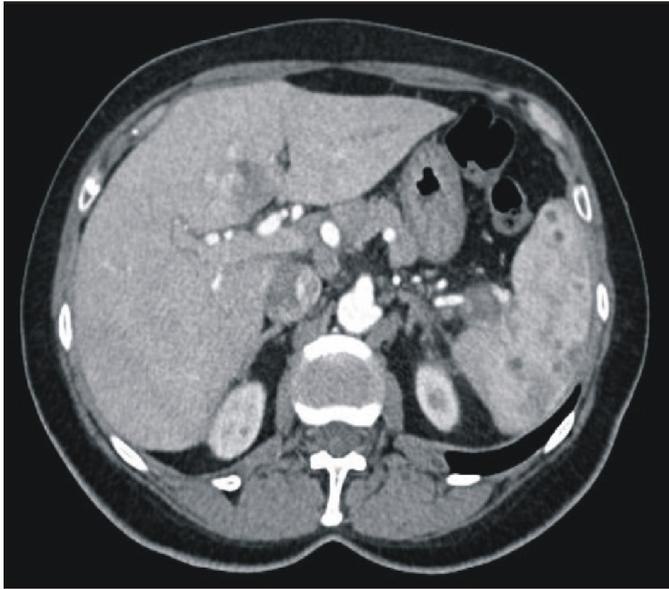
2. Lesión cutánea en antebrazo izquierdo al ingreso en el Servicio de Urgencias



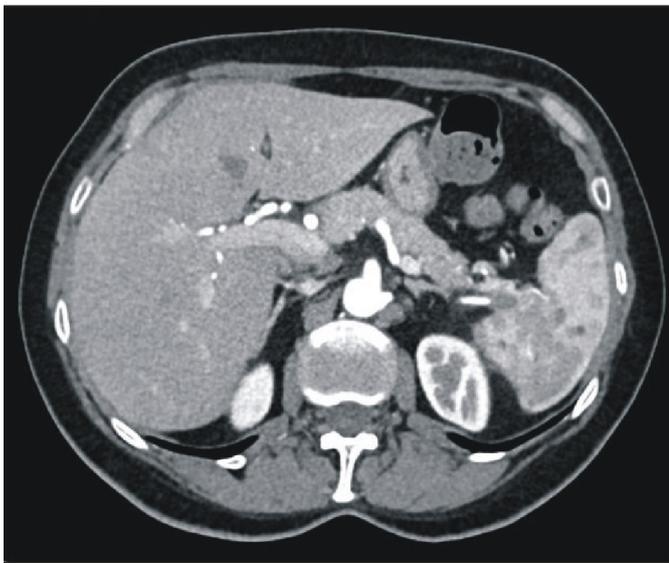
3. Ecografía de adenopatía epitrocLEAR izquierda



4. Ecografía de adenopatía inguinal derecha



5 y 6. TC tóraco-abdomino-pélvico inicial. Se observan múltiples lesiones hipodensas esplénicas y hepáticas.



7. TC tóraco-abdomino-pélvico de control una vez finalizado tratamiento con azitromicina.