

## CASO 86

## Bartonelosis una presentación inusual

EITO CUELLO J.J.\*; MIRALBÉS CASTERA X.\*;  
LONCAN MARGALEJO M. D\*\*\*; AZNAR MUÑOZ R\*\*\*\*;  
BIBIAN SANMARTIN A\*\*; LEÓN GARCIA A.\*\*;  
Adjunto Urgencias\*; Residente MFyC \*\*; DUE .\*\*\*; Adjunto  
Medicina Interna \*\*\*\*. Hospital Barbastro. Huesca

### HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 47 años de edad, que consulta por desorientación, tres meses previos presenta erupción pruriginosa papulosa etiquetada de urticaria con fiebre de hasta 39°C, sudores abundantes y aparición de adenopatía inguinal dcha. Fue tratado con antitérmicos e ibuprofeno persistiendo fiebre vespertina que finalmente desaparece. Consulta por presentar fiebre pero con afectación del estado general síndrome confusional. Refiere sensación disérmica de duración indeterminada (meses).

### Antecedentes personales

Padre fallecido de IAM; madre diabética. Casado vive en una población cercana. Dos hijas sanas. Agricultor y ganadero (cerdos) + animales de compañía, tortuga, gatos, perros, jabalis, ardillas y hurones. No alergias conocidas. Niega hábitos tóxicos. Traumatismo de rótula hace 6 años. Seguía tratamiento actual con ibuprofeno y termalgin coeina.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 139/103; Fc: 95 lpm; Tax: 37,1°C ; Sat O2: 97%. ; Regular estado general, consciente, desorientado en tiempo y espacio, nutrido, hidratado, normocoloración de piel y mucosas. SNC: Glasgow: 12, pares craneales normales. No rigidez de nuca. No alteraciones sensitivas ni motoras, reflejos conservados. Auscultación pulmonar: normal. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias palpables. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de tromboflebitis. Piel: lesiones eritematosas de menos de 1 cm de longitud en espalda (micosis?). Se palpan adenopatías inguinales dchas de hasta 3

cm de constancia elástica y adenopatía crural de 1,5 cm con signos inflamatorios en el tejido cutáneo suprayacente. Boca y faringe normales. Pequeño arañazo en nalga izquierda (traumático con un objeto según el paciente). No se palpan mas adenopatías.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**Rx. de tórax:** poco inspirado, sin alteraciones valorables. **ECG:** RS a 81 lpm. **Hemograma:** Leucocitos 9.200/mm<sup>3</sup> ( 73% PMN, 15 % Linfocitos). Hcto.: 45 %, Hb.: 15 g/dl. **Coagulación:** normal. **Bioquímica** Colesterol: 258, triglicéridos: 183. proteína C reactiva: 21.2. TSH: 1.43. procalcitonina: negativa. Autoanticuerpos: negativos. Serología CMV, treponema palidum: negativas. Serología toxoplasma Ig G: positiva. ASLO: negativa. Factor reumatoide: negativo. **Proteinograma e inmunoglobulinas:** normal LCR: líquido claro incoloro. Glucosa: 59. Hematíes: 42. Leucocitos: 2. Serología, **Francisella tularensis y Bartonella Henselae:** positiva. **Ecografía abdominal:** normal.TAc normal

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

1. LINFADENITIS
2. ENCEFALOPATIA
3. SÍNDROME FEBRIL

### EVOLUCIÓN

Paciente permanece afebril durante su ingreso. El cuadro de desorientación cede espontáneamente. Se inició tratamiento empírico con aciclovir y ceftriaxona. Se solicita biopsia de adenopatía ( pendiente cultivos bacterianos, micobacterias y hongos) y anatomía patológica. Se practica TAC toraco-abdominal que se informa como (resumen) adenopatías mediastínicas de tamaño significativo, e hiliares dchas. Ligeramente engrosamiento de septos interlobulillares de ambas bases pulmonares ligeras dilataciones bronquiectásicas en el segmento anterior y apical de LID y LII. Engrosamiento de paredes bronquiales. En región inguinal dcha adenopatía de 21 mm. El paciente se halla actualmente afebril aunque persiste adenitis crural con signos inflamatorios. El día del alta se punciona la adenopatía crural que da salida a un líquido purulento serohemático que se remite a Instituto Carlos III de Madrid para PCR de *Bartonella henselae*.

## DIAGNÓSTICO FINAL

---

BARTOLENOSIS.

## DISCUSIÓN

---

La enfermedad por arañazo de gato, Bartolenosis, se manifiesta típicamente como una linfadenopatía regional subaguda; sin embargo, 5 a 25% de los pacientes infectados por *Bartonella henselae* desarrollan formas atípicas o sistémicas de la enfermedad.

El paciente que presentamos cursó con síndrome febril prolongado, asociado a adenopatía inguinal y rash cutáneo a su llegada presentaba un síndrome confusional que duró 24 h, a pesar de lo aparatoso del cuadro la evolución fue satisfactoria. Recomendamos sospechar infección atípica de Bartolenosis en pacientes con antecedentes de contacto o rasguños por gatos, que cursan con un síndrome febril prolongado, encefalopatía y/o adenopatías, de evolución tórpida sin otra focalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Massei F, Gori L, Macchia P, Maggiore G. The expanded spectrum of bartonellosis in children. *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:691-711.
2. Mirakhor B, Shah S, Ratner A, Goldstein S, Bell L, Kim J. Cat scratch disease presenting as orbital abscess and osteomyelitis. *J Clin Microbiol* 2003;41:3991-3.
3. Anderson B, Neuman M. *Bartonella* spp as emerging human pathogens. *Clin Microbiol Rev* 1997;2:203-19.
4. Tsukahara M, Tsuneoka H, Iino H, Murano I, Takahashi H, Uchida H. *Bartonella henselae* infections as a cause of fever of unknown origin. *J Clin Microbiol* 2000;38:1990-1.

### COMENTARIO EDITORIAL

Se trata de un paciente que lleva tres meses con una sintomatología muy inespecífica, caracterizada por fiebre ocasional. Acude a urgencias con fiebre y disminución del nivel de conciencia. Se realiza TAC craneal, que es normal, y se realiza PL que tan solo muestra 2 leucocitos. Destaca la presencia de adenopatías inguinales. Se inicia tratamiento con aciclovir y ceftriaxona, presentando una correcta evolución. Se realiza una serología de *Bartonella henselae*, que es positiva.

Con este diagnóstico, de manera retrospectiva, podemos afirmar que todo es compatible con esta rara enfermedad. Incluso encontramos –según los autores- una lesión en nalga, compatible con un arañazo de gato.

Hace falta un alto índice de sospecha para diagnosticar esta enfermedad, aunque según que ambientes, puede ser más frecuente “toparse” con una bartonelosis. Este alto índice de sospecha puede ser incoado por un adjunto veterano que ha visto “de todo”, pero también por el R1 que acaba de llegar y que tiene el MIR todavía muy reciente.

De todas maneras no parece exigible a un médico de urgencias enfocar la orientación diagnóstica de este paciente. En urgencias hay que valorar al paciente, y orientar adecuadamente el nivel de gravedad. Hay que saber ser rápidos, centrarse en lo que realmente importa y dejar para más tarde “florituras” diagnósticas.

No obstante, el manejo de este caso es muy correcto: a parte de la cuestión anecdótica, y de lo “vistoso” del diagnóstico, el paciente está bien llevado desde el principio. Las exploraciones complementarias son las correctas (se realizó el TAC antes que la PL?). El tratamiento con ceftriaxona y aciclovir es acertado. Dada la evolución del paciente valdría la pena plantearse administrar también ampicilina.

Suponemos que el análisis detallado de los antecedentes, personales, sociales, laborales; la evolución de los síntomas durante tres meses, y la afectación ganglionar, hicieron sospechar el diagnóstico final.

Actualmente se han identificado 14 bartonellas, de ellas tenemos a la *Bartonella quintana* (fiebre de trincheras, angiomas bacilar), *B. henselae* (arañazo del gato y otras, endocarditis, angiomas bacilar, etc.), *B. elizabethae* (endocarditis). *B. clarridgeia* (arañazo del gato), *B. grahamii* (retinitis), *B. taylori*, *B. doshiae*, *B. alsatica*, *B. tribocarum*, *B. khoelaer*, *B. peromyscii*, *B. vinsonii*, etc.

En pacientes inmunodeprimidos, con SIDA principalmente, este bacilo puede producir una grave enfermedad conocida como angiomas bacilar, que afecta a cualquier órgano, piel y mucosas.

JM Guardiola.  
Hospital de Sant Pau. Barcelona