

Introducción

Palabras clave: linfadenopatía inguinal, *Bartonella henselae*, Bartonellosis

Bartonella henselae es la causa de la enfermedad de arañazo de gato.¹ Es una bacteria gram negativa, intracelular, que causa bacteriemia prolongada intraeritrocitaria en sus huéspedes y se transmite por insectos hematófagos, piojos del cuerpo humano y las pulgas de gato, o por medio de arañazos y mordeduras de animales.²

La severidad de la infección por *Bartonella* se correlaciona con el estado inmune del paciente. Las manifestaciones clínicas pueden presentarse desde una forma benigna y autolimitada a una enfermedad severa. Las condiciones clínicas asociadas, incluyen linfadenopatía, bacteriemia, endocarditis y colonización de tejidos.² Los nódulos linfáticos comprometidos son principalmente los cervicales y axilares y usualmente el compromiso es unilateral. La localización inguinal es raramente descrita.³

Presentamos el caso de un adolescente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) con linfadenopatía inguinal por *B. henselae* y compromiso vertebral y esplénico.

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente de 15 años con LLA de alto riesgo diagnosticada tres meses previos al ingreso a la institución. En esta ocasión ingresó a un nuevo ciclo de consolidación de la quimioterapia. Durante la hospitalización se documenta una adenopatía inguinal izquierda, de una semana de evolución, dolorosa a la palpación. Al examen físico había una induración de 3cm de diámetro, enrojecida y dolorosa, con una ecografía de tejidos blandos que reportó adenitis inguinal izquierda abscedada. A pesar de no presentar signos de respuesta inflamatoria sistémica, por encontrarse recibiendo quimioterapia y prevenirse la leucopenia y neutropenia, se cubrió con clindamicina y cefepime, durante 10 días. Mejoró el dolor, pero la consistencia y el tamaño de la lesión no por lo que se realizaron estudios histopatológicos y microbiológicos; las tinciones de Gram y cultivo para bacterias fueron negativos, con reporte de KOH en las 2 muestras enviadas de blastosporas y pseudohifas. Por lo anterior se agregó anfotericina B desoxicolato, y por deterioro en la función renal se hizo cambio a anfotericina B liposomal con el plan de completar 21 días de tratamiento. Durante su evolución presentó febrículas y ocasionalmente fiebre.

Por no mejoría se realiza una nueva ecografía, donde se evidencia aumento de la colección. La biopsia fue reportada con la presencia de tejido fibroadiposo con severa reacción inflamatoria de aspecto granulomatoso con necrosis central geográfica. Se realizaron diversas coloraciones para microorganismos las cuales fueron negativas. Por lo que se consideró descartar alguna lesión subyacente que no hubiera sido identificada por ecografía, mediante resonancia magnética nuclear (RMN) contrastada de pelvis. Igualmente, ante índice de sospecha alto de infección fúngica por los hallazgos en KOH, se solicitaron estudios para descartar siembras fúngicas, y antígeno galactomanano que fue negativo.

Los resultados de estas nuevas pruebas se relacionan a continuación.

RMN DE PELVIS: Adenitis abscedada inguinal izquierda, sin evidencia de masas o colecciones en región pélvica.

ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: Imágenes hipoeoicas en bazo de contornos irregulares y bien delimitadas que no presentan señal a la evaluación doppler color y no se visualizan en el estudio previo.

Con el hallazgo histológico, clínica y hallazgos ecográficos de lesiones esplénicas, se planteó la posibilidad de enfermedad por arañazo de gato (cabe anotar que al interrogatorio el paciente negaba contacto con animales, solo 5 años atrás había estado en contacto con un perro) y se llevó a junta con patología e Infectología adultos resolviendo tomar RMN de abdomen con contraste (figura 1) en busca de lesiones en hígado, y el inicio de tratamiento empírico con doxiciclina, ceftriaxona y gentamicina. Se suspendió el antifúngico en el día 12 de tratamiento.

Se solicitaron estudios de serología y PCR para *Bartonella* en sangre y en el tejido resecado, que fueron procesadas en el laboratorio de microbiología de la universidad Javeriana en Bogotá. Se adicionó azitromicina al manejo. Se confirmó la infección por *Bartonella* con IgG positiva 1/128 diluciones. Se dejó manejo con azitromicina y doxiciclina por 3 meses y posteriormente continuaría profilaxis con azitromicina mientras estuviera recibiendo quimioterapia.

En las imágenes de control (2 meses después), RMN abdominopélvica muestra disminución de las imágenes en bazo y en cuerpo vertebral de T12, con resolución de lesiones en T9.

A los 4 meses post diagnóstico de la infección, se documenta recaída de la LLA y se realiza trasplante de médula ósea al quinto mes. Al séptimo mes recae nuevamente la LLA y al octavo mes fallece.

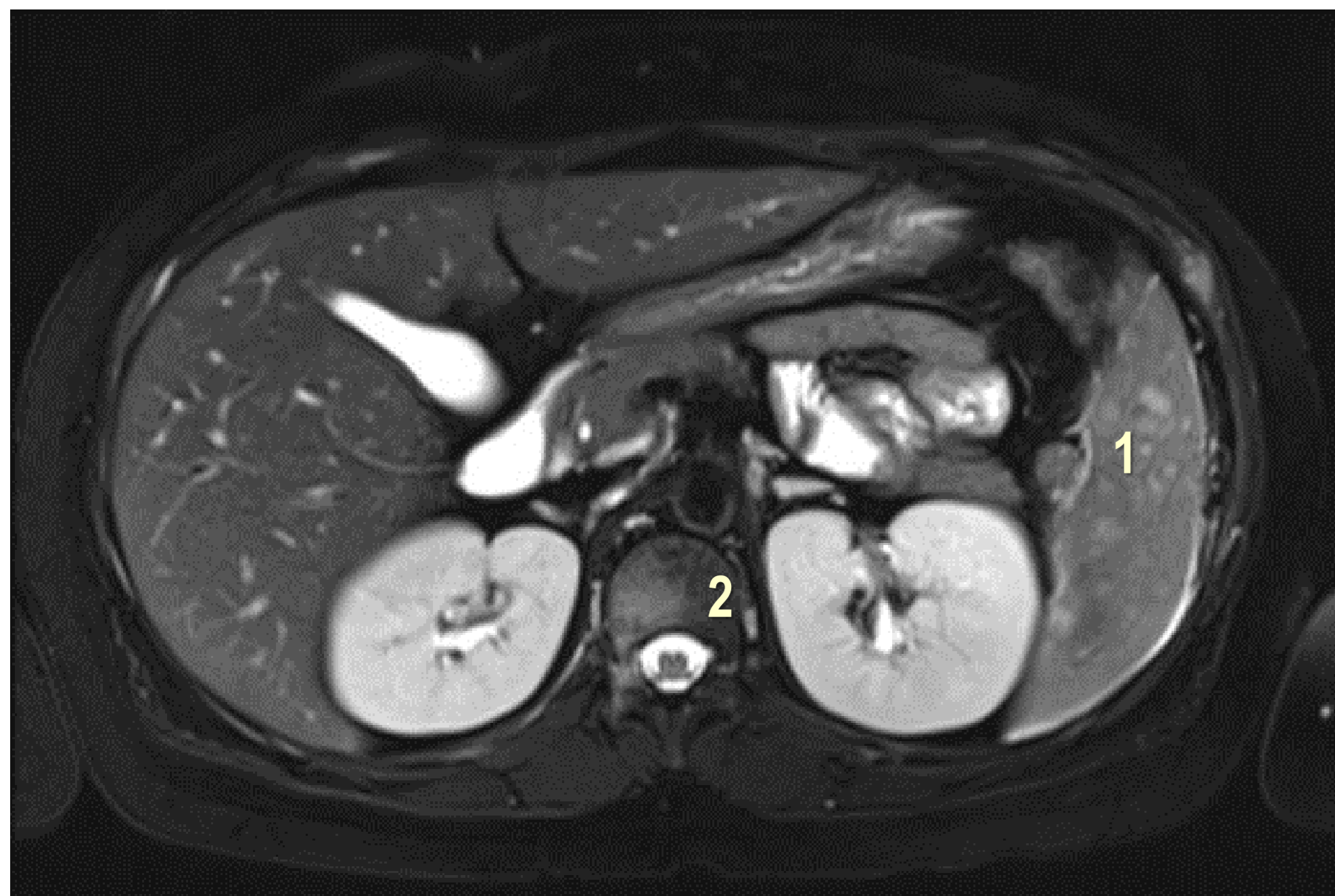


Figura 1. RMN de abdomen donde se evidencia compromiso óseo y esplénico.

1. Múltiples lesiones quísticas en el parénquima esplénico compatibles con lesiones de origen inflamatorio infeccioso.

2. Lesiones óseas en el hemicuerpo izquierdo de T9 y hemicuerpo derecho de T12 con compromiso de la articulación costovertebral en compatibles con focos de procesos infecciosos óseos en relación a osteomielitis con pequeña colección adyacente a la articulación costovertebral derecha de T12.

Discusión

Bartonella henselae, *B. quintana* y *B. bacilliformis* son responsables de la mayoría de infecciones en humanos. La habilidad para causar infecciones agudas o crónicas y proliferación vascular o manifestaciones supurativas es una de sus características. La severidad de dichas manifestaciones clínicas se correlaciona con el estado inmunológico del paciente.²

El ciclo infeccioso en humanos inicia con la colonización del nicho. En este momento la infección se controla por el sistema inmune y se manifiesta clínicamente como una linfadenopatía. Bajo condiciones normales, puede autolimitarse o reaparecer en menos de una semana. Puede darse adhesión intraeritrocitaria y dar las manifestaciones de acuerdo al patógeno. *B. henselae* coloniza focos secundarios, vascularizados como válvulas cardíacas, hígado y bazo, como en el caso de nuestro paciente. *Bartonella* spp. puede circular en la sangre durante semanas o meses. Y la bacteriemia crónica puede ser asintomática o dar pocos síntomas.⁴

Las formas atípicas de la enfermedad comprenden la afectación sistémica, con compromiso hepato-esplénico y óseo. La presentación sistémica es una forma clínica esperable en 5 a 25% de los casos⁵; el compromiso óseo es muy poco frecuente habiéndose descrito en 0,3% de los pacientes⁶, éste se describió por primera vez en 1954 por Adams y Hindman⁷, y son pocos los casos de osteomielitis publicados en la literatura. Predomina el compromiso vertebral y de cráneo. En el caso de nuestro paciente se manifestó atípicamente posiblemente dado su estado de inmunosupresión.

Sin tratamiento, puede causar alta mortalidad. Un único medicamento no es efectivo para esta entidad. En ausencia de revisiones sistemáticas, las decisiones de tratamiento para éstas infecciones son basadas en reportes de caso con un limitado número de pacientes. Los antibióticos no afectan significativamente la tasa de curación en pacientes con linfadenopatía por *Bartonella*. Un régimen de 2 meses de antibióticos es la mínima duración para pacientes inmunosuprimidos. Los pacientes que recaen deben ser tratados por 4-6 meses. Los pacientes con recaídas a repetición deberían recibir antibióticos por el tiempo que dure su inmunosupresión⁴, como se hizo en nuestro paciente.

Bibliografía

1. James Cherry MD MSc, Sheldon L. Kaplan MD, Gail J. Demmler-Harrison MD, William J. Steinbach. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th Edition.
2. Jacomo V, Kelly PJ, Raoult D. Natural history of Bartonella infections (an exception to Koch's postulate). Clin Diagn Lab Immunol 2002;9:8-18.
3. Paola Mancino, Claudio Ucciferri, Katia Falasca, Delia Racciatti, Arturo Di Girolamo, Jacopo Vecchiet, Eligio Pizzigallo. Inguinal lymphadenopathy due to Bartonella henselae. Le Infezioni in Medicina, n. 2, 91-93, 2008
4. Emmanouil Angelakis, Didier Raoult. Pathogenicity and treatment of Bartonella infections. International Journal of Antimicrobial Agents 44 (2014) 16-25
5. Bass J W, Vincent J M, Person D A. The expanding spectrum of Bartonella infections: II. Cat-scratch disease. Pediatr Infect Dis J 1997; 16 (2): 163-79.
6. Tager F, Mariis, Zamorano R J. Osteomielitis, una manifestación inusual de la enfermedad por arañazo de gato. Rev Chil Infect 2000; 17: 326-31.
7. Wolff P E, Muñoz F M P, Zapata C, Ledermann W. Enfermedad por arañazo de gato complicada con compromiso sistémico, osteomielitis osteovertebral y absceso paravertebral. Rev Chil Infect 2000; 17: 332-9.