

Osteomielitis vertebral asociada a enfermedad por arañazo de gato. Reporte de caso

Uzziell Gariazzo¹, Danitza Adriana Rojo-García², Fernando Carballo², Rubén López²

¹Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú

²Medicina Interna. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú

Recibido: 28/07/2019

Aceptado: 15/10/2019

En línea: 31/12/2019

Citar como: Gariazzo U, Rojo-García DA, Carballo F, López R. Osteomielitis vertebral asociada a enfermedad por arañazo de gato. Reporte de caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Dic); 4(3): 129-131. doi: 10.32818/reccmi.a4n3a10.

Cite this as: Gariazzo U, Rojo-García DA, Carballo F, López R. Vertebral osteomyelitis associated with cat scratch disease. Case Report. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Dic); 4(3): 129-131. doi: 10.32818/reccmi.a4n3a10.

Autor para correspondencia: Danitza Adriana Rojo-García. danitza.rojo.garcia@gmail.com

Palabras clave

- Enfermedad por arañazo de gato
- *Bartonella henselae*
- Osteomielitis

Keywords

- *Cat-scratch disease*
- *Bartonella henselae*
- *Osteomyelitis*

Resumen

La osteomielitis asociada a enfermedad por arañazo de gato es una presentación atípica, poco frecuente en adultos, cuyo pronóstico es favorable con tratamiento de primera línea (rifampicina). Se presenta el caso de un varón de 27 años quien cursó con adenopatía axilar y fiebre posterior a lesión por arañazo de gato, agregándose después lumbalgia e hiperalgesia en dermatomas D10-D11. Recibió tratamiento de amplio espectro, incluyendo esquema de segunda línea (azitromicina y doxiciclina), presentando mejoría clínica. Se concluye la eficacia del tratamiento de segunda línea en el paciente, no presentando recaídas.

Abstract

Osteomyelitis associated with Cat Scratch Disease is an uncommon atypical presentation in adults whose prognosis is good with first-line treatment (rifampicin). The case of a 27-year-old male who has axillary lymphadenopathy and subsequent cat scratch injury is added, after which he added back pain and hyperalgesia in dermatomes D10-11. He received broad spectrum treatment including second line scheme (azithromycin and doxycycline) presenting clinical improvement. We conclude the effectiveness of the second-line treatment in this patient by not presenting relapses.

Puntos destacados

- Se presenta un caso de osteomielitis vertebral como presentación atípica de la enfermedad por arañazo de gato en un adulto.
- El tratamiento de elección es rifampicina; sin embargo se reporta la eficacia del tratamiento con azitromicina y doxiciclina.

Introducción

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis ocasionada por *Bartonella henselae* y *clarridgeiae* transmitida a través de las pulgas (*Ctenocephalides felis*) entre los gatos contaminando su saliva¹. La transmisión a los humanos se produce por vía hematogena, linfática o por contigüidad, siendo frecuente la hematogena por inoculación a través de un arañazo, mordedura o lamido de gato². La incidencia anual en Estados Unidos varía entre 4,5-9,3 casos/100.000 habitantes, siendo el grupo etario de 5-9 años el más afectado, presentándose en el Perú reporte de casos donde predominaron la población infantil y las formas típicas de presentación³.

La EAG tiene dos presentaciones:

- Presentación típica. Caracterizada por aparición de pápula, desarrollándose entre 3-10 días en el sitio de inoculación, persistiendo 1-2 semanas y

progresando a una adenopatía regional que puede persistir 2-3 meses asociándose a síntomas generales.

- Presentación atípica. Presente en el 5-20% de los casos, incluye manifestaciones sistémicas como síndrome oculoglandular de Parinaud, neurorretinitis, lesiones hepatoesplénicas, osteomielitis y fiebre de origen desconocido³.

El diagnóstico se establece cumpliendo tres de los cuatro criterios sugeridos por Margileth:

1. Contacto con gato o pulgas ante la presencia de un sitio de inoculación.
2. Serología negativa por otras causas distintas de linfadenopatía.
3. Serología positiva para *B. henselae* con títulos superiores a 1:64.
4. Biopsia donde se observa lesión compatible con EAG o positividad con tinción de plata de Warthin-Starry⁴.

Caso clínico

Se presentó a nuestro servicio un varón de 27 años que hacía 15 días tuvo contacto con gatos, produciéndole lesiones por arañazo en antebrazos. Tras esto, presentaba una lesión papuloeritematosa no pruriginosa en antebrazo derecho (**Figura 1**).



Figura 1. Lesión papular en antebrazo derecho, ulcerada durante la progresión de la enfermedad

Una semana después, presentaba sensación de bulto en región axilar derecha, indolora, con presencia de malestar general. Tres días después, asoció fiebre y lumbalgia de moderada intensidad irradiada a flancos laterales que progresivamente se volvió incapacitante, impidiendo la deambulación y el decúbito. Tras el ingreso, la lumbalgia se exacerba, no cediendo con analgésicos opioides e irradiándose dolor en forma de cinturón hasta la región umbilical.

A la exploración, el paciente presentaba una lesión papular violácea de 1 cm de diámetro en antebrazo derecho, ulcerada además de múltiples lesiones lineales cicatriciales de 0,5-1 cm en ambos antebrazos y dos adenopatías: la primera de 4 x 4 cm en pared medial de región axilar derecha y la otra de 1 x 1 cm en región epitrocLEAR derecha, ambas no adheridas a planos profundos y de superficie regular, dolorosas a la palpación. En la región lumbar, presentaba dolor a la palpación y percusión de apófisis espinosas, además de limitación a la flexión y extensión. Presentó en la evaluación neurológica aumento de tono muscular en miembros inferiores, hiperalgesia en dermatomas D10-D11, hiperreflexia rotuliana y aquilea bilateral, además de marcha espástica.

Los resultados de los exámenes realizados fueron:

- Hemoglobina 12,9 g/dl; leucocitos 15.970/mm³; PCR 77 mg/l; VSG 65 mm/hora.
- Examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) no patológico.
- Serológicos negativos contra VHB, VIH y sífilis.
- Cultivo para gérmenes en sangre, LCR, además de biopsia negativos.
- Mantoux y TB-quantiferón negativos.
- Radiografía de tórax sin alteraciones.
- Biopsia de ganglio axilar. Evidenció hiperplasia reactiva, no se demostró *Bartonella* con la tinción de Warthin-Starry.

Se realizó resonancia magnética de la columna dorsolumbar, hallándose lesión hiperintensa en T2 en cuerpo de vértebra dorsal 11, no hallándose lesiones en la médula espinal (**Figura 2**).

Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro contra los principales agentes etiológicos durante 7 días, con vancomicina 1 g/12 h intravenosa, azitromicina 500 mg/24 h vía oral, y doxiciclina 100 mg/12 h vía oral; además de morfina

10 mg intravenosa (2 ml/h) durante 3 días, presentando mejoría clínica evidenciado por disminución en la intensidad de lumbalgia, hiperalgesia y tamaño de adenopatías, además de involución de lesión papular en antebrazo derecho.

Se recibieron al séptimo día los resultados de inmunofluorescencia indirecta (IFI) para la EAG, con IgG positivo (1/128) e IgM positivo (1/20), confirmando se diagnóstico de esta enfermedad. Se finalizó el tratamiento antibiótico con azitromicina y doxiciclina hasta completar 30 días, presentando mejoría clínica. A los 2 meses, los títulos de IFI fueron: IgG positivo (1/128) e IgM negativo.

Discusión

La EAG afecta frecuentemente a jóvenes, siendo un diagnóstico diferencial ante la presentación de lesión papular, adenopatía y fiebre, presentados por el paciente además del contacto con gato²; sin embargo, la presencia de lumbalgia y componente neurológico orientó una presentación atípica, siendo abordado inicialmente como una espondilodiscitis³. El compromiso óseo es poco frecuente, presentándose en 0,2-0,3% de los casos; sin embargo, se ha reportado en 28 casos de pacientes inmunocompetentes, de los cuales ocho se presentaron en adultos, siendo la fiebre y el dolor de espalda síntomas frecuentes³.

El diagnóstico de EAG se realizó cumpliendo los criterios sugeridos por Margileth y la osteomielitis confirmada mediante resonancia magnética por el hallazgo de una imagen hiperintensa en T2, descritas en el 0,27% de pacientes con esta patología, siendo afectadas frecuentemente la columna vertebral (51,9%), seguida de extremidades (32,7%)⁴. La biopsia del ganglio axilar evidenció una hiperplasia reactiva descrita en estadios tempranos, siendo la presentación de granulomas reportada en estadios crónicos¹; aunque no se evidenció *Bartonella* con la tinción de Warthin-Starry y no se realizó biopsia de hueso por ser un procedimiento invasivo con difícil aislamiento de *Bartonella* en medios de cultivo⁵. Se confirmó el diagnóstico con IFI, que presenta sensibilidad y especificidad del 90%, además de que los títulos altos de IgM indican infección aguda⁶.

El tratamiento en pacientes inmunocompetentes es sintomático, al ser una patología autolimitada. Sin embargo, se ha demostrado que iniciar antibioterapia acorta la duración de los síntomas y detiene su progresión; no obstante, se inició tratamiento de amplio espectro esperando la confirmación diagnóstica, siendo tratado con azitromicina y doxiciclina, ambos

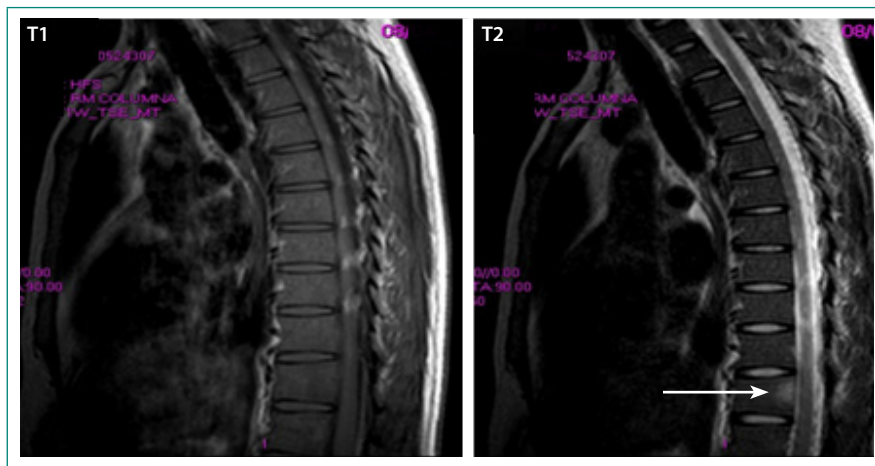


Figura 2. La flecha blanca muestra lesión hiperintensa en T2 a nivel de cuerpo vertebral D11 comparada con el estudio en T1

Bibliografía

tratamientos de segunda línea. Rifampicina, por su mayor disponibilidad en tejido óseo, es el agente de elección; sin embargo, en el Perú se encuentra restringido a infecciones por tuberculosis y brucelosis⁴.

Nuestro paciente presentó mejoría clínica con esquema de segunda línea, resultado reportado en estudios donde se demostró su eficacia frente al placebo⁷. La terapia de mantenimiento con doxiciclina duro 4 semanas, sin que se produjeran recurrencias, habiendo sido descritos estos resultados en pacientes inmunocompetentes⁸.

Conclusión

El compromiso vertebral en la EAG es una forma atípica de presentación en pacientes inmunocompetentes, que resulta de difícil diagnóstico. Se debe pensar esta forma si existe un antecedente de arañazo de gato, junto con fiebre persistente, adenopatías y dorsalgia o lumbalgia.

En el caso reportado, el tratamiento de amplio espectro permitió la recuperación inicial del paciente, pudiendo posterior al diagnóstico confirmatorio continuar con tratamiento específico. Son necesarios mayores estudios en cuanto al tratamiento, pues se tienen pequeñas series de casos donde se reporta la mejoría clínica con diferentes regímenes terapéuticos.

1. Maguiña C, Guerra H, Ventosilla P. Bartonellosis. *Clin Dermatol.* 2009; 27(3): 271-280. doi: 10.1016/j.clindermatol.2008.10.006.
2. Huarcaya E, Maguiña C, Merello J, Cok J, Birtles R, Infante B, Vidal J, Tello A, Ventosilla P. A prospective study of cat-scratch disease in Lima-Peru. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2002; 44(6): 325-330. doi: 10.1590/s0036-46652002000600006.
3. Donà D, Nai Fovino L, Mozzo E, Cabrelle G, Bordin G, Lundin R, Giaquinto C, Zangardi T, Rampon O. Osteomyelitis in cat-scratch disease: a never-ending dilemma. A case report and literature review. *Case Rep Pediatr.* 2018 Apr 1; 2018: 1679306. doi: 10.1155/2018/1679306.
4. Margileth AM. Recent advances in diagnosis and treatment of cat-scratch disease. *Curr Infect Dis Rep.* 2000; 2(2): 141-146.
5. Hulzebos CV, Koetse HA, Kimpen JL, Wolfs TF. Vertebral osteomyelitis associated with cat-scratch disease. *Clin Infect Dis.* 1999; 28(6): 1310-1312.
6. Biancardi AL, Curi AL. Cat-scratch disease. *Ocul Immunol Inflamm.* 2014; 22(2): 148-154. doi: 10.3109/09273948.2013.833631.
7. Bass JW, Freitas BC, Freitas AD, Sisler CL, Chan DS, Vincent JM, et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1998 Jun; 17(6): 447-452.
8. Yu VL, Merigan TC, Barriere SL, editors. *Antimicrobial therapy and vaccines.* Baltimore. Williams & Wilkins, 1999; 1460.