



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1296 - MANEJO DE ADENOPATÍA INGUINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Mediavilla Oteiza^a, N. Rezola Merino^b, U. García Azcarate^a, C. Martínez Esquiroz^c, M. Girona Martínez y M. Chouza Sanín^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Chantrea del Complejo Hospitalario de Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Huarte. Pamplona. Navarra. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mendillorri del Complejo Hospitalario de Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Mutilva. Pamplona. ^eAnestesia y reanimación. Complejo hospitalario Navarra. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 39 años. AP sobrepeso e hipercolesterolemia; IQ apendicitis, torsión ovárica izquierda y cesárea; fumadora con un índice de 14 paquetes-año, convive con su pareja y dos gatos, hostelera. Acude por bultoma inguinal izquierdo desde hace 20 días, doloroso y de crecimiento rápido. Mejoría inicial con amoxicilina-clavulánico durante 10 días, sin aumentar más de tamaño pero sí en consistencia. Astenia. No supuración. Niega síntomas B. No síndrome miccional. No relaciones sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias: EF: afebril. En zona inguinal izquierda, conglomerado de adenopatías de 3 cm, duras y dolorosas. En región inguinal derecha adenopatía de 1 cm aproximadamente. En zona axilar pequeñas adenopatías menores de 1 cm bilaterales. ACP sin alteraciones. Abdomen no doloroso, sin masas ni megalias. PPR no dolorosa. EN normal. ECG normal. Rx de tórax normal. Serologías negativas. Ecografía inguinal: adenopatías patológicas aumentadas de tamaño, con morfología redondeada, engrosamiento cortical y pérdida del hilio graso de la mayor (12 × 15 mm) e hipervascularizadas de etiología inespecífica (tumoral vs infecciosa) en región inguinal izquierda. TAC toracoabdominal: adenopatía inguinal izquierda de 2 cm de diámetro con área abscesificada, de probable etiología infecciosa. Biopsia: linfadenitis granulomatosa necrotizante, tinciones para BAAR negativas, morfología de granulomas sugestiva de tuberculosis.

Juicio clínico: Infección por *Bartonella henselae*. Enfermedad por arañazo de gato.

Diagnóstico diferencial: Toxoplasmosis, *Sporothrix schenckii*, linfadenitis bacteriana inespecífica, linfogranuloma venéreo, sífilis, infección por micobacterias típicas o atípicas, tularemia, brucelosis, mononucleosis, blastomycosis, histoplasmosis, micosis sistémicas, *Aspergillus fumigatus*, infección por HVS tipo 6, VIH, neoplasias, linfomas, histiocitosis X, sarcoidosis, enfermedades del tejido conectivo, enfermedad de Kawasaki, enfermedad de Kikuchi, fenitoína...

Comentario final: La base de la atención primaria es la realización de una buena HC y exploración del paciente. Las pruebas complementarias nos ayudan a completar el estudio siendo necesario en ocasiones la derivación a consultas especializadas para concluir el diagnóstico.

Bibliografía

1. Arlet G, Perol-Vauchez Y. The current status of cat-scratch disease: an update. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis.* 1991;14(3):223-8.
2. Chomel BB, Kasten RW, Floyd-Hawkins K, et al. Experimental transmission of *Bartonella henselae* by the cat flea. *J. Clin. Microbiol.* 1996;34(8):1952-6.

Palabras clave: *Bartonella henselae*. Enfermedad por arañazo de gato.