

## Casos en imagen 2.—ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

## Diagnóstico final

Enfermedad por Arañazo de Gato

## Hallazgos radiológicos

En la imagen de TC cervical alto sin contraste i.v. (Fig. 1), se aprecia una masa de partes blandas, mínimamente hipodensa respecto a la musculatura paravertebral, localizada posteriormente al arco inferior de la mandíbula derecha, sin infiltrar la misma ni afectar la grasa subcutánea del cuello. Dicha masa presenta algunas líneas o planos grasos muy finos en su interior y desplaza medialmente la glándula submaxilar derecha, siendo isodensa respecto a la misma y sin poderse diferenciar claramente de la glándula.

En RM (corte axial en secuencia DP), dicha masa es hipointensa respecto a la musculatura cervical posterior (Fig. 2), y muy hiperintensa en secuencia STIR (Fig. 3), diferenciándose claramente de la glándula submaxilar adyacente y representando un acúmulo de adenopatías. Existían también adenopatías de menor tamaño en cadena yugular derecha y en ángulo submandibular izquierdo.

En el estudio citológico (Fig. 4), obtenido por punción aspiración con aguja fina de las adenopatías que se aprecian en las imágenes de TC y RM que se muestran, se observa un granuloma de células epiteloides, representando linfadenitis granulomatosa no caseificante de histiocitos epiteloides, muy sugestiva de enfermedad por arañazo de gato.

## Comentario

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es la causa más común de linfadenopatías benignas en niños y adultos jóvenes (1). La EAG típica se caracteriza por la aparición, después de sufrir el arañazo de un gato, de adenopatías linfáticas regionales dolorosas que, sin tratamiento, pueden persistir durante semanas o meses, pudiendo confundirse con neoplasias linfáticas (2). Los arañazos son más frecuentes en la cara y en las manos, por lo que las adenopatías suelen ser cervicales (caso que mostramos), pectorales, axilares y epitrocleares (2). El agente causal de la EAG es la *Bartonella henselae*, y las adenopatías suelen aparecer una o dos semanas después de la inoculación, tras el paso por una fase de pápula-pústula-costra, pudiendo haber curado la pápula de manera espontánea antes de la aparición de las adenopatías (2) (en el momento del estudio no había lesión cutánea evidente). Aunque, en general, no hay fiebre (en el caso presentado sí existía), los síntomas generales son frecuentes y consisten en malestar general, anorexia y pérdida de peso. La enfermedad suele ser autolimitada.(2).

En el caso presentado, existía una sospecha de absceso apical dentario, por lo que se realizó TC sin contraste intravenoso, en lugar de solicitar una ecografía (estudio de imagen de primera elección para el estudio de una masa cervical palpable en un paciente joven, que además puede servir de guía para la realización de PAAF), con el fin de poder establecer mejor la posible afectación de estructuras de vecindad, como, por ejemplo, alteraciones óseas por extensión del posible flemón dentario. Dada la disponibilidad de RM en nuestro centro, se prefirió realizar dicha técnica (RM sin contraste i.v.) en lugar de completar el estudio con TC con contraste intravenoso, pudiéndose establecer la independencia de la masa (conglomerado adenopático) respecto a la glándula submaxilar adyacente.

La imagen por RM aporta, en la mayoría de los casos, una información anatómica del cuello más favorable comparada con la TC; sin embargo, su superioridad no ha sido establecida de for-

ma concluyente para todas las indicaciones (3). Otra ventaja de la RM es el soberbio contraste y la presentación multiplanar (3, 4). La RM es especialmente útil en aquellos pacientes en los que existe una pobre distinción por TC entre la masa y las estructuras de partes blandas circundantes de coeficiente de atenuación similar (3); no obstante, aunque es un tema controvertido, la TC suele preferirse a la RM en la evaluación por imagen de las adenopatías cervicales (3, 5), siendo probablemente superior la RM para detectar ganglios retrofaríngeos (3, 6). En resumen, la decisión sobre si utilizar la TC o la RM como modalidad de imagen primaria para el estudio de una masa cervical es controvertida y dependiente de la dotación de *hardware* y *software* disponible, el coste y la experiencia del radiólogo (3).

Profundizando en la anamnesis, se constató el antecedente de contacto con gatos, aunque ni el paciente ni sus familiares recordaban si, previamente a la aparición de adenopatía, éste había sufrido alguna lesión cutánea papulosa o pustulosa que reforzara la sospecha diagnóstica de EAG.

El diagnóstico definitivo lo proporcionó el hallazgo de anticuerpos anti-*Bartonella Henseleae* por inmunofluorescencia indirecta a títulos altos (1/256), en el contexto de citología muy sugestiva de enfermedad por arañazo de gato.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wong TZ, Kruskal J, Kane, RA y Trey G. Cat-Scratch Disease Simulating Lymphoma. J Comput Assist Tomogr 1996; 20:165-6.
2. Tompkins LS. Capítulo 165 «Infecciones por Bartonella, incluida la Enfermedad por Arañazo de Gato» En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. McGraw-Hill — Interamericana de España, Madrid 1998. p. 1125-8.
3. Wippold II FJ. Capítulo 4 «Cuello» En: Lee JKT, Stanley RJ, Sagel SS y Heiken JP eds. Body TC. Correlación RM. 3ª ed. Marbán libros S.L. Madrid 1999. p. 110-1 y 158.
4. Hoover LA, Wortham DG, Lufkin RB, Hanafee WN. Magnetic resonance imaging of the larynx and tongue base: clinical applications. Otolaryngol Head Neck Surg 1987; 97:245-56.
5. Madison MT, Remley KB, Latchaw RE, Mitchell SL. Radiologic diagnosis and staging of head and neck squamous cell carcinoma. Radiol Clin North Am 1994; 32:163-81.
6. Takashima S, Noguchi Y, Takeuchi N, et al. Head and Neck carcinoma: detection of extraorgan spread with MRI imaging and CT. Eur J Radiol 1992; 14:228-34.

**Agradecimientos:** Al Dr. Vicente Torres, del servicio de Anatomía Patológica del Hospital «Dr. Peset», por su amable colaboración en la cesión, asesoramiento y selección de las imágenes citológicas del caso presentado.

## Correspondencia:

Alberto Miguel Dasit  
C/ Pintor Peris Aragó 35-12  
46120. Alboraya. Valencia.  
Tfno: 961859924. Fax: 963862534.