

Doença de Arranhadura do Gato em Adolescente

Cat Scratch Disease in Adolescent

Miguel Pereira¹, Sofia Carneiro¹, Mónica Braz¹, Sílvia Bacalhau¹, Cristina Borges², Ana Serrão Neto¹

Autor Correspondente:

Miguel Pereira [miguel.paiva.pereira@jmellosaude.pt]
R. Mário Botas, 1998-018 Lisboa, Portugal

RESUMO

A doença da arranhadura do gato manifesta-se, na maioria dos casos, por linfadenopatia regional e autolimitada, com resolução gradual sem antibioterapia.

Apresentamos o caso de uma adolescente com tumefação da região ântero-medial do cotovelo direito com sinais inflamatórios com 4 semanas de evolução, associada a febre e cansaço. Medicada inicialmente em ambulatório com amoxicilina/ácido clavulânico, azitromicina e clindamicina sem melhoria, pelo que ficou internada sob ceftriaxone e clindamicina. A ecografia revelou coleções abcedadas que foram puncionadas, com saída de conteúdo purulento. Serologias compatíveis com infeção recente a *Bartonella henselae*. Teve alta clinicamente melhorada sob ciprofloxacina oral.

Relatamos uma apresentação persistente da infeção a *Bartonella henselae* com lesões abcedadas, com necessidade de internamento para antibioterapia endovenosa e punção da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Doença da Arranhadura do Gato; *Bartonella henselae*

1. Centro da Criança e do Adolescente, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal.

2. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal.

Recebido: 22/03/2018 - Aceite: 20/12/2018

ABSTRACT

Cat-scratch disease is typically characterized by self-limited regional lymphadenopathy with gradual resolution of symptoms, even without specific antibiotic therapy.

We present a case of an adolescent with anterior swelling of the right elbow evolving for 4 weeks, together with fever and asthenia.

Intravenous antibiotics (ceftriaxone+clindamycin) were started due to absence of improvement with oral antibiotics (amoxicillin-clavulanic acid, azithromycin, clindamycin). Ultrasonography revealed abscesses, which were punctured, yielding purulent liquid. Serologies were positive for Bartonella henselae. The patient was discharged with oral ciprofloxacin, evolving favorably.

This case shows an atypical presentation of Bartonella henselae's infection with abscesses, with need of hospital admission for intravenous antibiotics and abscess drainage.

KEYWORDS: Adolescent; Cat-Scratch Disease; Bartonella henselae

INTRODUÇÃO

A doença da arranhadura do gato é uma doença infecciosa com espectro clínico amplo, cujo agente etiológico mais comum é a *Bartonella henselae*.¹⁻³ Em 85% a 90% das crianças, a manifestação clínica inicial é uma linfadenopatia regional e autolimitada, com regressão sintomatológica gradual sem antibioterapia.⁴ Contudo, podem surgir apresentações atípicas que requerem outras abordagens. O diagnóstico é clínico e apoiado pela história de exposição a gatos jovens.^{1,5,6} A confirmação da suspeita faz-se com testes serológicos,^{7,8} no entanto, um resultado negativo não exclui o diagnóstico nem deve atrasar o início de terapêutica empírica.⁹⁻¹²

CASO CLÍNICO

Adolescente de 11 anos do sexo feminino, com desenvolvimento estaturoponderal acima do percentil 97 para a idade, menarca aos 10 anos, sem antecedentes familiares relevantes, internada no Hospital CUF Descobertas (HCD) por tumefação da região ântero-medial do terço inferior do braço direito com sinais inflamatórios, associada a febre e cansaço, com 4 semanas de evolução.

No início dos sintomas foi observada noutra instituição por tumefação e discretos sinais inflamatórios na região mencionada, sem aparente porta de entrada, tendo alta com tratamento sintomático.

Regressou ao quinto dia de doença ao mesmo serviço de urgência por agravamento da dor e início de febre. Na anamnese foi apurada história de contacto com gatos recém-nascidos. Analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, fez ecografia que revelou “2 formações ovulares na face lateral interna do cotovelo direito, hipoecogénicas, a maior de 17x15 mm,

com marcada hipoecogenicidade da gordura envolvente (...) que poderão estar em relação com formações ganglionares (adenofleimão)”. Foi medicada por via oral com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, que cumpriu durante 7 e 5 dias respetivamente, com resolução da febre após 2 dias de terapêutica.

Ao 21º dia de doença (10 dias antes do internamento), por manutenção das queixas, recorreu ao Atendimento Permanente (AP) do HCD onde se objetivou tumefação e ligeira hiperemia na face interna do braço direito, com dor ao toque e discreto aumento da temperatura. Mantinha parâmetros inflamatórios negativos e repetiu ecografia que documentou “processo inflamatório/infeccioso com adenofleimão de moderada intensidade ecográfica envolvendo o estroma adiposo adjacente aos vasos umerais, a que se associam duas formações ganglionares mais expressivas com 21 mm e 15 mm de diâmetro máximos, proeminentes (...) não se identificando nomeadamente confluência ou abcedação. Extensão inflamatória aos trajetos dos nervos mediano e cubital, ligeiramente proeminentes”. Assumiu-se o diagnóstico de adenofleimão, ficou com serologias para *Bartonella henselae* e citomegalovírus (CMV) e hemocultura em curso e teve alta medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina que cumpriu durante 7 dias, sem melhoria significativa.

Ao 30º dia de doença (3 dias após término da antibioterapia), por agravamento da dor, regressou ao AP do HCD, com queixas de cansaço para as atividades da vida diária. Sem febre, perda ponderal aparente ou outros sintomas. À admissão apresentava tumefação ao nível do terço distal do braço direito com cerca de 3x3 cm, dolorosa à palpação, elástica, de bordos bem definidos, não aderente aos planos, sem eritema e sem calor, com mobilização das articulações escapulo-umeral, do coto-

velo, punho e mão sem limitações. A serologia para *Bartonella henselae* pedida na observação anterior foi positiva para IgG (1/1280) e negativa para IgM; serologia para citomegalovírus e hemocultura negativas. Repetiu avaliação analítica, sem leucocitose, neutrofilia ou elevação da proteína C reativa e sem outras alterações. Esfregaço de sangue periférico sem alterações. Fez nova ecografia que evidenciou “ao nível do terço distal, região cubital do úmero direito marcado espessamento dos tecidos partes moles no seio da qual se identificam várias imagens fortemente hipocogênicas circunscritas, envolvendo os vasos umerais medindo seu conjunto cerca de 40x18x28 mm, anotando-se as maiores dimensões com 20x8 mm e 18x5 mm. Os achados semiológicos sugerem corresponder a processo inflamatório/infeccioso com coleções líquidas purulentas” (Fig. 1). Realizou punção da loca abcedada guiada por ecografia com saída de conteúdo purulento que seguiu para cultura. Ficou em curso nova serologia para *Bartonella henselae* e decidiu-se internamento para cumprir antibioterapia endovenosa com ceftriaxone e clindamicina, durante 10 e 8 dias respetivamente.

No quarto dia de internamento realizou ressonância magnética que excluiu envolvimento osteoarticular e mostrou “coleção, compatível com abscesso, com maior eixo crânio-caudal, transverso e ântero-posterior com 4x2,5x2,5 cm, localizado na face anterior e interna da extremidade distal do braço direito, localizada na profundidade do tecido celular subcutâneo, contactando e moldando de forma discreta o contorno interno do trícipite braquial e anterior interno do braquial, no entanto, respeitando a integridade muscular” (Fig. 2).

No decorrer do internamento manteve-se apirética e hemodinamicamente estável e com melhoria clínica. O exame cultural e a pesquisa por *polymerase chain reaction* (PCR) de *Bartonella henselae* no líquido purulento foram negativas.

Ao sétimo dia de internamento, apesar da diminuição de cerca de 1 cm em ambos os eixos da tumefação ao exame objetivo, ecograficamente não se verificou alteração dimensional valorizável em relação a exames anteriores, “medindo cerca de 43x18x27 mm. A maior loca localiza-se mais em profundidade e mede 23x9 mm” (Fig. 3). Por este motivo, fez-se nova punção ecoguiada com saída de exsudado purulento sob tensão em grande quantidade.

Ao oitavo dia de internamento, registou-se subida dos títulos de IgG (1/2560) e IgM (1/100) para *Bartonella henselae*, diagnosticando-se doença da arranhadura do gato. Teve alta neste dia, melhorada, com indicação para cumprir ciprofloxacina oral durante 10 dias.

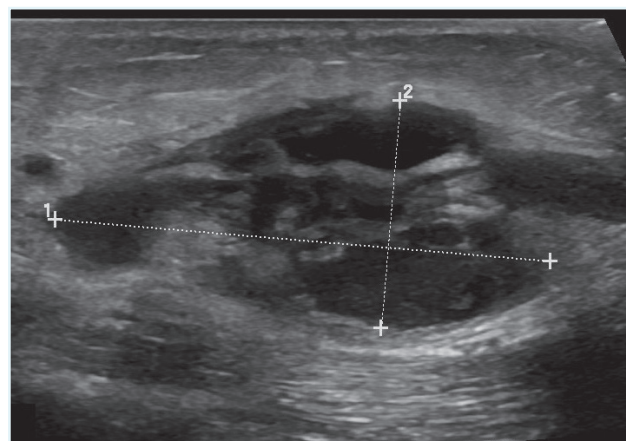


FIGURA 1. Ecografia no dia do internamento.

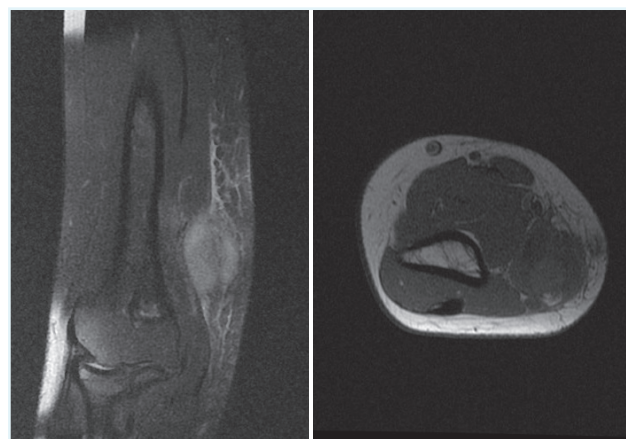


FIGURA 2. Ressonância magnética em D4 de internamento.

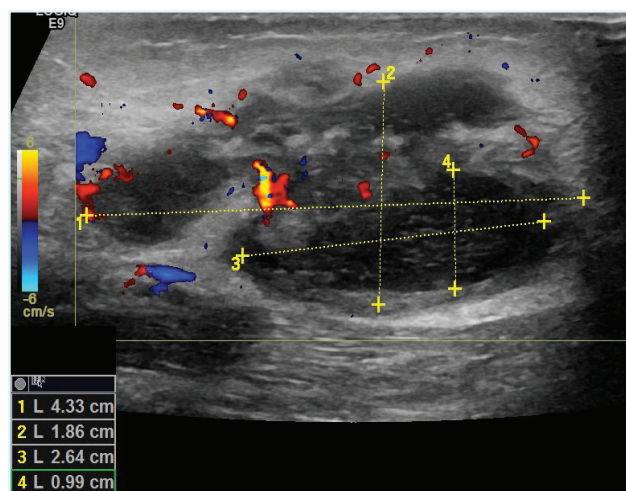


FIGURA 3. Ecografia em D7 de internamento.

Reavaliada em consulta três semanas após a alta, sem tumefação ou outros sinais inflamatórios do cotovelo, objetivando-se adenopatia satélite axilar direita, sem sintomas associados, com regressão do cansaço. Ao exame objetivo sem sinais de envolvimento extraganglionar. Fez ecografia abdominal que não mostrou alterações.

DISCUSSÃO

Este caso relata uma apresentação arrastada da infecção a *Bartonella henselae* com um quadro de lesões abcedadas e ausência de resolução dos sintomas apesar da instituição de diversos regimes de antibioterapia oral e endovenosa.

Inicialmente, perante a hipótese de adenofleimão, foi instituída antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico visando os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos (nomeadamente o *Staphylococcus aureus*), adicionando-se azitromicina por suspeita de infecção a *Bartonella henselae* que, apesar de não ser consensual, é a primeira linha quando se recorre a antimicrobianos nesta patologia.¹³ A decisão de instituir terapêutica na doença da arranhadura do gato é controversa. Alguns autores sugerem que não se deve iniciar antibioterapia em doentes imunocompetentes com doença ligeira a moderada.¹⁴ No entanto, um estudo randomizado mostrou diminuição significativa da lesão na maioria dos doentes tratados com azitromicina,⁷ pelo que alguma literatura defende a administração de azitromicina durante 5 dias em todos os casos.¹⁵

Após falência deste regime com manutenção do quadro clínico, suspeitou-se de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina, pelo que manteve amoxicilina/ácido clavulânico, e substituiu-se azitromicina pela clindamicina para cobertura de anaeróbios, em ambulatório, tendo sido posteriormente internada sob antibioterapia com ceftriaxone e clindamicina por via endovenosa. Em caso de falência da terapêutica com azitromicina, a rifampicina, o cotrimoxazol e a ciprofloxacina constituem alternativas, pelo que poderiam ter sido testados neste caso clínico.

Apesar destes regimes terapêuticos, não houve melhoria significativa, pelo que foi necessário proceder a punção da loca abcedada por duas vezes que, apesar de não estar indicada por rotina, pode ser realizada em situações mais graves e refratárias, resultando neste caso em franca melhoria dos sinais e sintomas. A punção dos nódulos linfáticos deve ser realizada quando são supurativos e extremamente dolorosos.¹⁶ Caso se puncione a lesão, deve ser feita pesquisa de ADN de *Bartonella* por PCR no líquido purulento que, neste caso, foi negativa. Este resultado não coloca em causa o diagnóstico já que o teste tem uma elevada especificidade, mas baixa sensibilidade.⁷

Os testes serológicos devem ser realizados para confirmar a impressão clínica, mas têm baixa sensibilidade, pelo que um resultado negativo também não exclui a

doença. Acresce que, no início do quadro, os títulos de IgG e IgM podem ser baixos, requerendo uma segunda avaliação para confirmar o diagnóstico.⁷ Na primeira avaliação, apesar da forte suspeita clínica e dos títulos iniciais de IgG terem sido sugestivos de infecção ativa ou recente, os títulos de IgM foram negativos. Na reavaliação analítica, registaram-se títulos de IgM positivos e subida dos títulos de IgG, confirmando o diagnóstico de doença da arranhadura do gato, motivando a alteração da antibioterapia ao oitavo dia de internamento.

À data da alta, a doente apresentava melhoria dos sintomas, mantendo discretos sinais inflamatórios, pelo que se optou por instituir um curso de 10 dias de ciprofloxacina em ambulatório que, apesar de ter sido estudada apenas em idade adulta,¹⁷ foi considerada uma opção adequada perante uma adolescente com estatura acima do percentil 97, que já teve menarca, com doença persistente, refratária e com complicações supurativas.

Em conclusão, é importante ter em consideração a doença da arranhadura do gato no diagnóstico diferencial de adenofleimão, pelo que uma anamnese cuidadosa é essencial. É necessário assegurar a vigilância clínica dos doentes com infecção a *Bartonella henselae*, na medida em que numa minoria dos casos a doença pode não ter um curso autolimitado e necessitar de medidas terapêuticas ativas. A instituição de antibioterapia não é consensual, mas deve ser considerada particularmente em situações de manutenção ou agravamento progressivo dos sintomas sistémicos.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors declare that they have no conflicts of interest.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

REFERÊNCIAS

1. Bass JW, Vincent JM, Person DA. The expanding spectrum of Bartonella infections: II. Cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16:163-79.
2. Spach DH, Koehler JE. Bartonella-associated infections. *Infect Dis Clin North Am.* 1998;12:137-55.
3. Szelc-Kelly CM, Goral S, Perez-Perez GI, Perkins BA, Regnery RL, Edwards KM. Serologic responses to Bartonella and Afipia antigens in patients with cat scratch disease. *Pediatrics.* 1995;96:1137-42.
4. Mazur-Melewska K, Mania A, Kemnitz P, Figlerowicz M, Służewski W. Cat-scratch disease: a wide spectrum of clinical pictures. *Postepy Dermatol Alergol.* 2015;32:216-20. doi: 10.5114/pdia.2014.44014.
5. Zangwill KM, Hamilton DH, Perkins BA, Regnery RL, Plikaytis BD, Hadler JL, et al. Cat scratch disease in Connecticut. Epidemiology, risk factors, and evaluation of a new diagnostic test. *N Engl J Med.* 1993;329:8-13.
6. Koehler JE, Glaser CA, Tappero JW. Rochalimaea henselae infection. A new zoonosis with the domestic cat as reservoir. *JAMA.* 1994;271:531-5.
7. Florin TA, Zaoutis TE, Zaoutis LB. Beyond cat scratch disease: widening spectrum of Bartonella henselae infection. *Pediatrics.* 2008;121:e1413-25. doi: 10.1542/peds.2007-1897.
8. Tan TQ, Wagner ML, Kaplan SL. Bartonella (Rochalimaea) henselae hepatosplenic infection occurring simultaneously in two siblings. *Clin Infect Dis.* 1996;22:721-2.
9. Bergmans AM, Peeters MF, Schellekens JF, Vos MC, Sabbe LJ, Ossewaarde JM, et al. Pitfalls and fallacies of cat scratch disease serology: evaluation of Bartonella henselae-based indirect fluorescence assay and enzyme-linked immunoassay. *J Clin Microbiol.* 1997;35:1931-7.
10. Dupon M, Savin De Larclause AM, Brouqui P, Drancourt M, Raoult D, et al. Evaluation of serological response to Bartonella henselae, Bartonella quintana and Afipia felis antigens in 64 patients with suspected cat-scratch disease. *Scand J Infect Dis.* 1996;28:361-6.
11. Sander A, Posselt M, Oberle K, Brecht W. Seroprevalence of antibodies to Bartonella henselae in patients with cat scratch disease and in healthy controls: evaluation and comparison of two commercial serological tests. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1998;5:486-90.
12. Zbinden R, Michael N, Sekulovski M, von Graevenitz A, Nadal D. Evaluation of commercial slides for detection of immunoglobulin G against Bartonella henselae by indirect immunofluorescence. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1997;16:648-52.
13. 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;17:447-52.
14. Rolain JM, Brouqui P, Koehler JE, Maguina C, Dolan MJ, Raoult D. Recommendations for treatment of human infections caused by Bartonella species. *Antimicrob Agents Chemother.* 2004;48:1921-33.
15. Chia JK, Nakata MM, Lami JL, Park SS, Ding JC. Azithromycin for the treatment of cat-scratch disease. *Clin Infect Dis.* 1998;26:193-4.
16. Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Schor NF, Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
17. Holley HP Jr. Successful treatment of cat-scratch disease with ciprofloxacin. *JAMA.* 1991;265:1563-5.