

# Doença da arranhadura do gato: relato de caso

## *Cat scratch disease: case report*

Guenael Freire de Souza<sup>1</sup>

### RESUMO

O diagnóstico diferencial das linfadenomegalias supuradas deve se basear na história clínica e em exames complementares, principalmente na análise histopatológica. A *Bartonella henselae*, bastonete gram-negativo fastidioso que frequentemente causa bacteriemia em gatos, constitui agente que sempre deve ser associado à linfadenomegalia. Os gatos são reservatórios importantes desse microrganismo. A doença da arranhadura do gato normalmente cursa com poliadenopatias relacionadas ao local de inoculação (por arranhadura ou lambedura) e sintomatologia geral leve, sendo normalmente autolimitada. Raramente a doença complica com acometimento visceral, ocular e neurológico. Em alguns casos, há poliadenopatia persistente e supurada. Este relato apresenta as alterações descritas por mulher de 79 anos, com poliadenopatia cervical ulcerada, surgida após contato próximo com felino. As alterações clínicas e histopatológicas foram sugestivas de doença da arranhadura do gato, de evolução prolongada. Houve boa resposta a antimicrobianos. Este trabalho ilustra o amplo diagnóstico diferencial de linfadenomegalias persistentes, que deve incluir sempre a infecção pela *Bartonella henselae* entre as prováveis etiologias. **Palavras-chave:** *Bartonella henselae*; Doença da Arranhadura de Gato; Doenças Linfáticas.

<sup>1</sup> Professor - Disciplina de Infectologia – Curso de Medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – FASEH. Vespasiano, MG – Brasil. Assessor científico do Hermes Pardini. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*Differential diagnosis of suppurative lymphadenomegalies must be based on clinical history and laboratory tests, particularly in histopathological analysis. The Bartonella henselae is a fastidious gram-negative rod-shaped bacterium that commonly causes bacteremia in cats, frequently associated with lymphadenopathy. Cats are important reservoirs of this organism. Cat scratch disease usually happens with polyadenopathies related to the inoculation local (by scratching or licking) and general light symptoms, besides being self-limiting. This disease is rarely complicated with visceral, ocular and neurological injuries. Some cases show persistent and festering polyadenopathy. This report shows changes described by a 79 old-year-woman, who presents ulcerated cervical polyadenopathy, acquired after close contact with cats. Clinical and histopathological changes were suggestive of cat scratch disease, of long time evolution. There was good response to antibiotics. This paper illustrates the wide differential diagnosis of persistent lymphadenomegalies, which should always include infection with Bartonella henselae among several etiologies. **Key words:** Bartonella henselae; Cat-Scratch Disease; Lymphatic Diseases.*

Recebido em: 28/01/2010  
Aprovado em: 28/10/2010

### INTRODUÇÃO

A linfadenomegalia regional ou disseminada constitui desafio diagnóstico à prática clínica. Seu diagnóstico diferencial é amplo e pode ser dividido em causas infecciosas e não infecciosas. A anamnese cuidadosa aliada ao exame clínico sugere o diagnóstico, na maior parte das vezes. Em algumas situações, o diagnóstico

*Instituição:*  
Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – FASEH  
Vespasiano, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Avenida do Contorno, 3.825, 4º andar  
Bairro: Funcionários  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30110-021  
Email: guenaelfreire@gmail.com

etiológico é complexo, sendo necessários exames sorológicos, histopatológico ou ambos para esclarecimento do caso.

## RELATO DE CASO

MLF, feminino, parda, procedente de Nova Lima-MG, foi encaminhada, em outubro de 2008, ao serviço de infectologia da Policlínica Municipal, com tumorações dolorosas na fúrcula e região cervical, iniciados há quatro meses. Evoluíram com aumento progressivo de tamanho, algumas ulceraram e supuraram, exibindo pontos de drenagem de secreção purulenta. Foram prescritos, durante o acompanhamento prévio, os seguintes antibióticos: amoxicilina (14 dias de uso) e cefalexina (30 dias de uso), sem obtenção de melhora clínica. Relatou, ainda, febre vespertina não termometrada, hiporexia, adinamia e emagrecimento de 5 kg desde o início da sintomatologia. Queixou também dificuldade em ingerir alimentos sólidos. Portadora de transtorno bipolar, em uso de quetiapina (25 mg/dia) e nortriptilina (20 mg/dia). Contato com gato errante nos primeiros quatro meses do ano e até o início dos sintomas. Negou tanto contato com outros animais quanto ocorrência de qualquer lesão cutânea traumática prévia. Moradora de área urbanizada com saneamento básico e distante de mata, não tendo se deslocado da cidade nos últimos dois anos. O exame físico revelou tumorações sugestivas de linfadenomegalias cervicais (submentais e submandibulares e em região da fúrcula esternal), móveis, com eritema em pele adjacente, pouco consistentes e levemente dolorosas à palpação. As lesões com drenagem de secreção purulenta apresentavam-se ulceradas em base elevada, com fundo levemente granuloso (Figura 1). Havia comprometimento da nutrição e do estado geral, embora mantivesse estabilidade hemodinâmica, sem outras alterações dignas de nota.

Os exames realizados durante avaliação na atenção básica mostraram anemia microcítica e hipocrômica, sorologia para *Toxoplasma gondii* negativa (IgG e IgM), VDRL não reagente, reações intradérmicas para leishmaniose (Montenegro) e tuberculose (PPD) negativas.

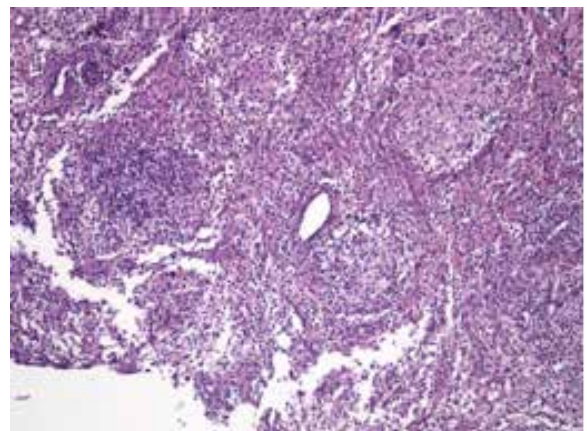
O tratamento estabelecido foi ciprofloxacino (500 mg BID). Foram solicitadas radiografia de tórax, que não revelou alterações, biópsia do linfonodo supurado e pesquisa de anticorpos anti*Bartonella henselae* (IgM e IgG), que foi negativa. Coletou-se secreção pu-

rulenta para realização de gram e cultura para bactérias e fungos, sendo todos negativos.

O exame histopatológico da pele mostrou infiltrado inflamatório inespecífico com granulomas epitelioides e células gigantes multinucleadas, sem necrose. A pesquisa de agentes foi negativa. Foi então solicitada revisão de lâmina (Figura 2).



**Figura 1** - Lesão ulcerada com fundo granuloso e purulento em região cervical.



**Figura 2** - Tecido perinodal apresentando alguns granulomas constituídos por células epitelioides e células gigantes multinucleadas, notando-se ainda raros microabscessos (não mostrados na figura). A pesquisa de BAAR foi negativa.

A paciente apresentou melhora clínica importante após 30 dias de tratamento com ciprofloxacino. Após esse tempo, abandonou o tratamento devido a náuseas. Houve recrudescimento da sintomatologia, sendo prescrito sulfametoxazol (SMT) e trimetoprim (TMP) (800/160 mg BID) para uso prolongado, devido à suspeita clínica de doença da arranhadura do gato (DAG).

Obteve-se regressão quase total das lesões após a introdução do SMT/TMP. Abandonou o tratamento após 45 dias de uso consecutivo, associando-se a nova recrudescência da sintomatologia. Foi então reintroduzido SMT/TMP associado à azitromicina (500 mg/dia por cinco dias) e proposto tratamento supressivo com sulfamídico, com posterior abandono do acompanhamento.

A revisão de lâmina mostrou linfadenite e perilinfadenite crônica granulomatosa (Figura 2).

Baseado nos achados histopatológicos e na história clínica, foi feito o diagnóstico presuntivo da doença da arranhadura do gato (DAG), conforme critérios propostos por Margileth<sup>1</sup> em pacientes com quadro clínico compatível (necessária a presença de pelo menos três dos quatro seguintes critérios):

- Contato com gatos ou pulgas (mesmo sem lesão de inoculação);
- sorologia negativa para outras causas de linfadenopatia e/ou pus estéril aspirado de linfonodo e/ou PCR positivo para *B. henselae* e/ou lesões hepáticas/esplênicas vistas na TC;
- sorologia positiva (ELISA ou RIFI  $\geq$  1:64);
- exame histopatológico mostrando inflamação granulomatosa consistente com DAG ou identificação dos microrganismos pela coloração de Warthin-Starry.

## DISCUSSÃO

A DAG é causada pela *Bartonella henselae* e, menos frequentemente, pela *Bartonella quintana*. As bartonelas são bactérias que infectam animais, sendo o homem hospedeiro acidental na maioria dos casos, pela inoculação direta (pela arranhadura ou lambadura de gatos). A *B. henselae* apresenta distribuição ubíqua mais prevalente em locais de clima quente e úmido.<sup>2</sup>

A doença é mais descrita em crianças, mas há frequentes achados em adultos.<sup>3,4</sup> Como não é doença de notificação compulsória, não é possível estimar a magnitude dessa enfermidade em nosso meio.

As manifestações clínicas típicas consistem no surgimento de pápula ou pústula três a 10 dias após o contato com o animal infectado, no sítio de inoculação (geralmente por arranhadura, mordedura ou lambadura), com duração de até três semanas. Essa lesão pode ser precedida por eritema e vesículas. Em 40 a 65% dos pacientes não é possível identificar o sítio de inoculação.<sup>5</sup> A linfadenopatia regional no sítio

de inoculação (principalmente na cabeça, região cervical e membros superiores) é a manifestação clínica mais importante e surge dentro de uma e sete semanas após a inoculação, sendo o sinal que faz o paciente procurar atenção médica na maioria dos casos. A sintomatologia geral como febre baixa, hiporexia e prostração pode ser observada e, entre exames inespecíficos, podem ser evidenciados aumento da velocidade de hemossedimentação, leucocitose com neutrofilia e, às vezes, eosinofilia.<sup>2,3</sup> Já foram descritas osteomielite, púrpura trombocitopênica imune, meningite, parotidite e acometimento visceral (abscessos hepáticos e/ou esplênicos).<sup>6-9</sup> O acometimento conjuntival associado à linfonodomegalia pré-auricular, quadro conhecido como síndrome de Parinaud, já foi detectado em nosso meio.<sup>10</sup>

O envolvimento linfonodal pode ser único ou múltiplo e raramente há supuração local. O aumento de linfonodos pode persistir por até quatro meses, mas, via de regra, resolve-se espontaneamente.<sup>3</sup> A linfonodomegalia pode ser expressiva, sugerindo, às vezes, doença linfoproliferativa. Não há associação entre o volume dos linfonodos e o estado geral.<sup>11</sup>

O diagnóstico é feito com base nos dados clínicos e epidemiológicos, além de exames microbiológicos como gram e cultura de secreção, obtida por punção de linfonodo guiada por ultrassonografia, ou coleta de secreção exteriorizada em linfonodos supurados. Infelizmente, a *Bartonella* apresenta baixo aproveitamento em cultivo nos métodos de rotina. São necessários meios enriquecidos como ágar chocolate ou ágar sangue, de preferência usando-se sangue de coelho e com longo tempo de incubação.<sup>2,5</sup>

Os exames sorológicos visam a detectar no soro do paciente anticorpos anti*Bartonella*, diferenciando ainda as espécies *B. henselae* e *B. quintana*. Por imunofluorescência indireta, anticorpos das classes IgM e IgG são investigados. A sensibilidade para o IgG varia de 14 a 100% e pode haver reação cruzada com outras bartonelas, gerando resultados falso-positivos.<sup>5</sup> Para a IgM, a sensibilidade é inferior a 50%. A detecção utilizando ELISA apresenta sensibilidade e especificidade semelhantes às da imunofluorescência indireta.<sup>2,3</sup>

O diagnóstico diferencial é amplo e, muitas vezes, o caso só é definido após exclusão de causas mais prevalentes de linfonodomegalias. Entre as doenças infecciosas, tuberculose cutânea (escrofuloderma), leishmaniose tegumentar (forma esporotricóide) e esporotricose, em razão do quadro clínico, são as doenças mais importantes a serem excluídas. O exa-

me histopatológico mostrou inflamação granulomatosa com microabscessos que, embora sugestiva de DAG, não permitiu excluir com segurança tuberculose e micoses profundas. A esporotricose pode ser facilmente diagnosticada pela cultura para fungos, podendo ainda ser identificadas, eventualmente, estruturas fúngicas no exame histopatológico. A leishmaniose tegumentar normalmente não cursa com supuração local e também não responde bem a antibióticos. As reações intradérmicas para leishmaniose e tuberculose foram negativas. Entre as causas não infecciosas, destaca-se o linfoma, que foi descartado pelo exame anatomopatológico. O escrofuloderma, principal diagnóstico diferencial nesse caso, só foi descartado pela melhora clínica importante após antibioticoterapia. O contato próximo com o gato errante, na mesma localização das lesões, associado à histopatologia sugestiva, além da exclusão de outras causas frequentes, permitiu o diagnóstico presuntivo de bartonelose.

Vários antimicrobianos já foram utilizados para o tratamento da DAG, mas ainda há dúvidas quanto à indicação de antibióticos, às drogas de primeira escolha e à duração do tratamento. Antibióticos betalactâmicos como penicilinas e cefalosporinas não apresentam ação contra a *Bartonella henselae*.<sup>12</sup> O tratamento de escolha são medicamentos macrolídeos como azitromicina e eritromicina, podendo ainda ser utilizadas doxicilina, rifampicina, sulfametoxazol+trimeprim e quinolonas.<sup>13</sup> Casos com tendência à cronificação demandam tratamento de supressão por tempo elevado.<sup>12,14</sup> A opção por SMT/TMP neste caso decorreu da boa tolerância ao medicamento no longo prazo e pela boa disponibilidade para fornecimento pelo sistema de saúde pública.

Em razão das condições climáticas favoráveis, da ampla presença do reservatório animal e da tendência à resolução espontânea, é possível que a doença da arranhadura do gato seja frequente em nosso meio. A falta de exames complementares mais acurados, a dificuldade em cultivar o patógeno e a necessidade de estudo histopatológico dificultam o diagnóstico ágil e contribuem para o não reconhecimento dessa enfermidade.

## REFERÊNCIAS

1. Margileth AM. Recent advances in diagnosis and treatment of cat scratch disease. *Curr Infect Dis Rep.* 2000; 2(2):141-6.
2. Slater LN, Welch DF. Bartonella, including cat scratch disease. In: Butler T, Dennis D, Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
3. Florin T, Zaoutis T, Zaoutis L. Beyond Cat Scratch Disease: Widening Spectrum of Bartonella henselae Infection. *Pediatrics.* 2008 May; 121(5):e1413-25. Epub 2008 Apr 28.
4. Mancino P, Ucciferri C, Falasca K, Racciatti D, Di Girolamo A, Vecchiet J, Pizzigallo E. Inguinal. Inguinal Lymphadenopathy due to Bartonella henselae. *Infez Med.* 2008; 2: 91-3.
5. Regnery R, Tappero J. Unraveling Mysteries Associated with Cat-Scratch Disease, Bacillary Angiomatosis, and Related Syndromes. *Emerg Infect Dis.* 1995 Jan/Mar; 1(1):16-21.
6. Pinto Jr VL, Curi AL, Pinto Ada S, Nunes EP, Teixeira Mde L, Rozental T, et al. Cat scratch disease complicated with aseptic meningitis and neuroretinitis. *Braz J Infect Dis.* 2008 Apr; 12(2), 158-60.
7. Palumbo E, Sodini F, Boscarelli G, Nasca G, Branchi M, Pellegrini G. Immune thrombocytopenic purpura as a complication of Bartonella henselae infection. *Infez Med.* 2008 June; 16(2):99-102.
8. Vitale G, Incandela S, Incandela C, Micalizzi A, Mansueto P. Isolation and Characterization of Bartonella quintana from the Parotid Gland of an Immunocompetent Man. *J Clin Microbiol.* 2009 Mar; 47(3): 862-4.
9. van der Veer-Meerkerk M, van Zaanen HC. Visceral involvement in an immunocompetent male: a rare presentation of cat scratch disease. *Neth J Med.* 2008 Apr; 66(4):160-2.
10. Yamashita CA, Mielle A, Shlessarenko N, Nascimento S, Gilio A, Ejzemberg, Baldacci E, Okay Y. Parinaud syndrome caused by Bartonella henselae: case report. *Rev Inst Med Trop S Paulo.* 1996; 38(6):437-40.
11. Azevedo ZMA, Higa L, Boechat P, Boechat M, Klaplauch F. Doença da arranhadura do gato por Bartonella quintana em lactente: uma apresentação incomum. *Rev Soc Bras Med Trop S Paulo.* 2000; 33(3):313-7.
12. Auerbach PS. Wilderness-Acquired Zoonoses In Auerbach PS. Wilderness Medicine, 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2007.
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 June; 17(6):447-52.
14. Manfredi R, Sabbatini S. Bartonellosis: suggestive case reports in adult and pediatric patients and therapeutic issues. *Braz J Infect Dis.* 2006; 10(6):411-5.