

# Neurorretinitis en enfermedad por arañazo de gato

## *Neuroretinitis associated with cat scratch disease*

LOZANO LÓPEZ V, PERERA SANZ D, GONZÁLEZ HERNÁNDEZ M,  
RODRÍGUEZ GASPAR M, CORDOVÉS DORTA L, QUIJADA FUMERO E,  
SERRANO GARCÍA MA

### RESUMEN

**Caso clínico:** presentamos el caso clínico de una paciente de 38 años sin antecedentes personales de interés y que tiene como antecedentes familiares un hermano en estudio por esclerosis múltiple. Acude a nuestro servicio por disminución de agudeza visual (AV) por el ojo izquierdo (OS). En la funduscopia presenta papiledema con exudados duros maculares en forma de estrella. Al interrogar más exhaustivamente a la paciente refiere tener un gato en su entorno, tras haber descartado otras causas, se sospecha una posible enfermedad por arañazo de gato y se pauta antibioterapia, evolucionando durante 2 meses de seguimiento hacia la resolución.

**Discusión:** la neurorretinitis por arañazo de gato es una patología poco frecuente. Es fundamental una correcta anamnesis y una exploración oftalmológica minuciosa para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** neurorretinitis, arañazo de gato.

### ABSTRACT

**Case report:** We report the case of a 38-year-old woman, without remarkable medical history but whose brother is being screened for multiple sclerosis. She reports decreased visual acuity (AV) in her left eye. Funduscopy reveals papilledema with hard macular exudates in a star pattern. After being asked the patient says that she owns a cat. Possible CSD is suspected and antibiotherapy is prescribed. After 2 months of follow-up the patient shows recovery.

**Discussion:** Neuroretinitis associated with CSD is uncommon. A good anamnesis and ophtalmological screening are crucial for correct diagnosis and treatment.

**Key words:** neuroretinitis, cat scratch disease.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa, habitualmente benigna y autolimitada. Fue Leber

en 1916 el primero en describir el cuadro de pérdida de visión unilateral con papiledema asociado a maculopatía en estrella. La responsable de la mayoría de los casos es *Bartonella henselae* aunque también se ha aisla-

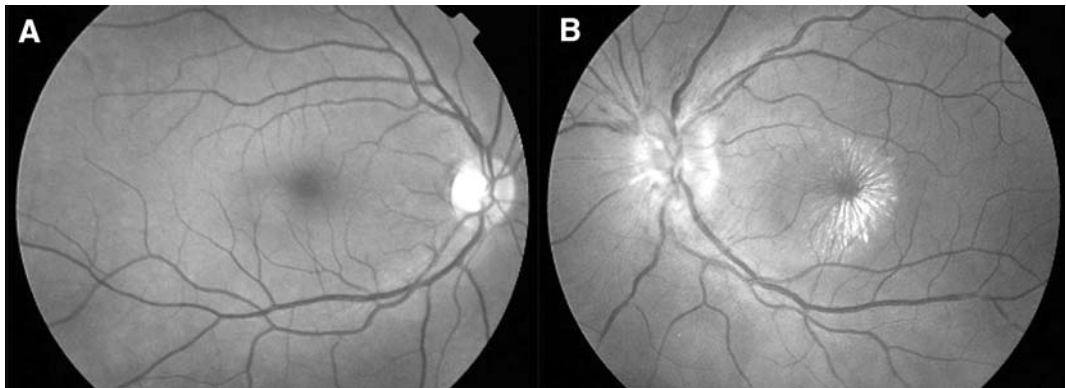


Fig 1: A: OD normal. B: OS papiledema, estrella macular.

do *B. quintana* en pacientes con EAG, estos son bacilos Gram (-), aerobios, de crecimiento lento (1). Más del 90% de los enfermos han tenido exposición a gatos, con contagio a través de mordedura, arañazo o contacto a través de la conjuntiva. La infección puede tener un amplio espectro clínico desde un síndrome pseudogripal asociado a linfadenopatía hasta una afectación sistémica, más frecuente en inmunodeprimidos, con compromiso cerebral, hepático, renal, ocular, óseo (2).

Presentamos un caso de neurorretinitis en EAG diagnosticado por criterios clínico-epidemiológicos y confirmado mediante serología.

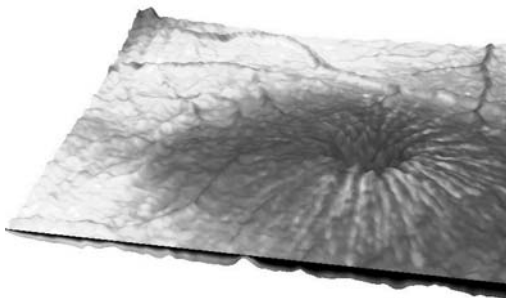


Fig 2: OS imagen tridimensional de la estrella macular.

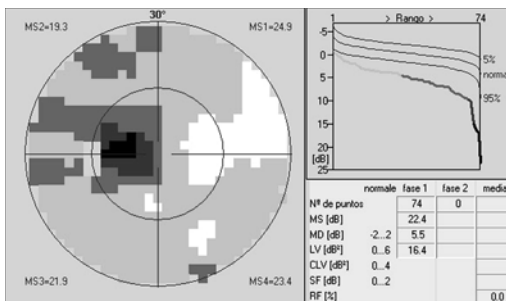


Fig 3: CV escotoma centro-cecal

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente mujer de 38 años de edad que consulta por disminución progresiva de AV por el OS. No refiere antecedentes personales de interés y dentro de los antecedentes familiares, destacar que tiene un hermano en estudio por posible esclerosis múltiple. En el examen oftalmológico presenta una AV por el ojo derecho (OD) de 20/20 y por el OI de 10/20. El polo anterior y la tonometría son normales. En el examen fundoscópico se objetiva papiledema y estrella macular OS (figs. 1a, b), que se confirman mediante topografía retiniana (Heidelberg Retina Topograph®) (fig. 2) y que producen un escotoma centro-cecal en el CV (OCTOPUS-123®) (fig. 3).

La exploración por órganos y aparatos es normal, sin que se palpen adenopatías ni organomegalias, aunque la exploración neurológica es normal se solicita RMN para descartar una posible enfermedad desmielinizante dados los antecedentes familiares de la paciente. Las pruebas analíticas son normales y con el diagnóstico de neurorretinitis presumiblemente secundaria a EAG, se instaura tratamiento con ciprofloxacino 250 mg cada 12 horas, vía oral. Observándose mejoría de la AV varias semanas después de instaurado el tratamiento (figs. 4a, b).

Siendo la AV en OS 15/20 al mes, produciéndose una resolución casi completa del cuadro a los 2 meses. Confirmándose en ese momento el diagnóstico por serología, con títulos de anticuerpos IgG anti *B. henselae* >1: 256.

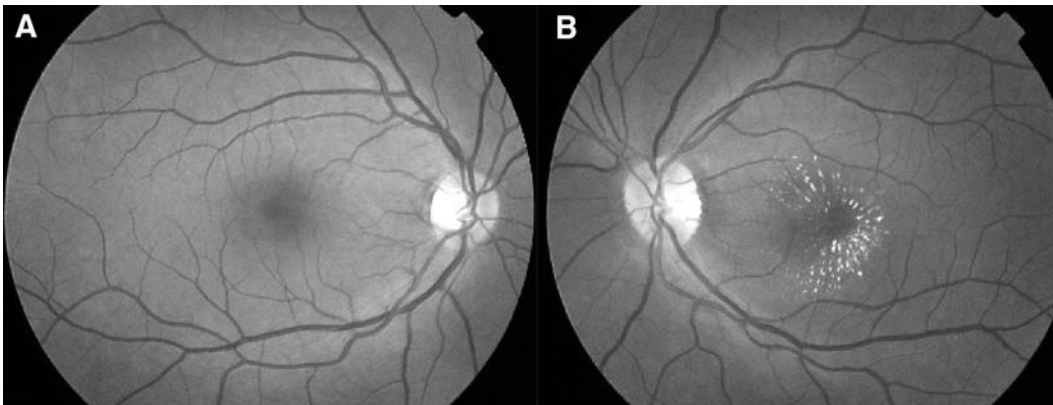


Fig 4: A: OD normal. B: OS estrella macular en resolución.

## DISCUSIÓN

La EAG es transmitida al hombre por gatos que son el reservorio natural de *B. henselae*. Estos felinos son asintomáticos y adquieren la infección de pulgas y garrapatas (1). La afectación ocular se produce en un 10% de casos, siendo las más comunes el síndrome oculoglandular de Parinaud y la neurorretinitis. La neurorretinitis asociada a EAG no se diferencia clínicamente de la neurorretinitis idiopática (2).

El diagnóstico se basa en criterios clínico-epidemiológicos que deben ser confirmados mediante serología; aunque no es infrecuente la negatividad de los tests serológicos (1,3).

En inmunocompetentes el cuadro remite espontáneamente en 2 a 6 meses, por lo que el tratamiento antibiótico en estos casos es controvertido, recomendándose un manejo sintomático. En inmunodeprimidos el tratamiento antibiótico está indicado y es eficaz.

La causa infecciosa más frecuente de neurorretinitis es la EAG aunque existen otras entidades que se pueden asociar a papiledema y estrella macular, como es la tuberculo-

sis, la sífilis, la psitacosis, la coccidioidomycosis, la enfermedad de Lyme (4). Dado que la infección por *B. henselae* está presente en nuestro medio como una etiología de esta enfermedad, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial investigando dirigidamente los antecedentes de contacto, arañazo o mordedura de gato (5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson B, Neuman M. Bartonella spp. as emerging human pathogens. Clin Microbiol Rev 1997; 203-19.
2. Cat-scratch disease: historic, clinical, and pathologic perspectives. Am J Clin Pathol 2004 Jun; 121 Suppl: S71-80. Review.
3. Shuler EB, Lauer AK, Rosenbaum JT. Links Prevalence of serologic evidence of cat scratch disease in patients with neuroretinitis. Ophthalmology 2000 May; 107(5): 871-6.
4. Ormerod LD, Dailey JP. Ocular manifestations of cat-scratch disease. Curr Opin Ophthalmol 1999; 10: 209-216.
5. Valverde Almohalla S, Vargas JA, Gea-Banacloche JC, Arteaga Sánchez A. Neurorretinitis toxoplásmica asociada a vasculitis retiniana. Studium oftalmologicum. 1998. Sept.