



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS DE
LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE
GATO EN PEDIATRÍA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2017-2018**

PRESENTADA POR
KELLY FIORELLA TASAYCO FELIX

ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
PEDIATRÍA**

**LIMA – PERÚ
2018**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS DE
LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE
GATO EN PEDIATRÍA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2017-2018**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

PRESENTADO POR

KELLY FIORELLA TASAYCO FELIX

ASESOR

MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
3.1 Formulación de la hipótesis	18
3.2 Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 Tipos y diseño	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de datos	22
4.5 Aspectos éticos	23
CRONOGRAMA	24
PRESUPUESTO	
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa, bacteriana, originada por *Bartonella henselae*, diferenciada, en la mayoría de los casos, por la presentación subaguda de una linfadenopatía regional auto limitada. Dicha patología fue descrita en 1950 en Francia, pero no fue sino hasta 1992 que Dolan et al. aislaron *Bartonella henselae* de linfonodos de pacientes afectados.

Es una enfermedad común con manifestaciones diversas, por lo que dada su presentación subaguda, es una causa que se debe descartar en pacientes con fiebre prolongada y contacto con gatos, esencialmente en aquellos menores de un año de edad.

En Perú, se han descrito múltiples casos, pero solo uno de ellos con presentación sistémica; no obstante, continua siendo una enfermedad poco estudiada, ya sea por la no disponibilidad de test diagnósticos o porque no se piensa en ella durante el enfoque diagnóstico.

Por todo lo mencionado, es importante investigar e identificar, de manera temprana, dicha patología en mención, englobado a la ausencia de programas de vigilancia sanitaria de la población animal, las cuales están son causantes de enfermedades zoonóticas, asimismo teniendo en cuenta que gran parte de nuestra población urbano-marginal reside en circunstancias de hacinamiento e insalubridad lo que hace beneficioso la propagación de diversas enfermedades.

La Enfermedad del arañazo del Gato, es una enfermedad con una gran variedad clínica lo que hace difícil a veces sospechar su presencia, generalmente se diagnostica cuando estamos en la etapa de Fiebre de origen desconocido y no nos queda más que volver a revisar el caso y es ahí donde encontrar antecedentes no tomados inicialmente o no mencionados por la familia nos hace sospechar de su presencia, esto conjuntamente también con la diversidad clínica de las enfermedades virales.

En la etapa pediátrica, no hace más que dejar que las complicaciones vayan deteriorando la salud de nuestro pequeño paciente, es por ello que a pesar que su incidencia no representa una estadística importante, revisar su frecuencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en la edad pediátrica, es muy necesario y así no solo poder determinar los probables sub registros sino también poder tener una actuación mucho más pronta y no dejar que las complicaciones empeoren el pronóstico.

Aunque sabemos que la mayoría de pacientes infectados con el virus de la Bartonella henselae, no requieren mayor tratamiento, los que poseen un tipo de inmunidad disminuida si se benefician con el tratamiento antibiótico oportuno y así poder tener una mejor calidad de vida.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínicas y hallazgos de laboratorio de la enfermedad por arañazo de gato en Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de junio 2017 a diciembre 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017 - 2018

Objetivos específicos

Reconocer los hallazgos clínicos sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría.

Identificar los hallazgos de laboratorio sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría.

Detallar la frecuencia de enfermedad por arañazo de gato según grupo etario y género de la población del estudio.

Registrar las características sociodemográficas de los pacientes del estudio.

1.4 Justificación

Alrededor del 79 al 90% de los nuevos casos de enfermedad por arañazo de gato ocurren en otoño e invierno. Se presume que se debe al incremento en el nacimiento de gatos acompañada de la infestación por pulgas.

En la enfermedad por arañazo de gato típica (que ocurre en el 90% de los casos), existe un periodo de incubación de 3 – 12 días seguido del desarrollo de pápulas o pústulas en el lugar de inoculación. Dicha lesión primaria persiste de 1 a 3 semanas, tiempo después del cual comienza a

desaparecer, mientras la linfadenopatía regional aparece cercana al lugar de inoculación. En el 25-30% de los casos los nódulos linfáticos inflamados supuran. Síntomas constitucionales como malestar, fiebre, anorexia, náusea, fatiga o cefalea aparecen en ésta etapa.

Por lo tanto la finalidad del presente estudio es ejecutar un análisis de la literatura sobre el tema para determinar los hallazgos clínicos y de laboratorio más frecuentes en la Enfermedad por arañazo de gato, comparar la información nacional con la internacional, determinar acuerdos y discrepancias y dar a conocer los resultados como una revisión cualitativa que sirva de guía a futuro para diseñar un algoritmo que nos permita la toma de decisiones diagnósticas en el paciente pediátrico con Enfermedad por arañazo de gato, para llegar al diagnóstico temprano de su etiología a través de las diferentes herramientas de laboratorio y gabinete disponibles y el seguimiento del paciente lo cual tendrá impacto en el pronóstico del mismo y favorecerá la optimización de recursos en su atención médica.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Nuestro estudio por su importancia institucional cuenta con la aprobación de la Jefatura del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Además, la autora de esta propuesta de investigación, cuenta con los recursos económicos y financieros, suficientes para cubrir los gastos que originen la investigación, hasta la presentación del informe de tesis y otros gastos relacionados con la titulación como especialista en Pediatría.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el Perú, en el año 2008, Polanco *et al.* reportaron los dos primeros casos de enfermedad sistémica por arañazo de gato en el Perú. Fue un estudio descriptivo prospectivo de dos casos clínicos durante el período febrero y abril del 2008 hospitalizadas en el Servicio de Pediatría de EsSalud Arequipa. Dichos pacientes fueron arañadas por gatos cachorros sin respuesta local, presentando en ambas características clínica y laboratoriales, y además se llega a confirmar el diagnóstico con la reacción serológica positiva (IgG e IgM) para Bartonella henselae y micro abscesos hepatoesplénicos en la TAC abdominal. La medicación antibiótica combinada compuesta por un macrólido más rifampicina, tuvo por un mes eficacia terapéutica. Se logró verificar en ambos casos la desaparición casi total de las lesiones las cuales se dieron en el lapso de 1 a 2 meses luego del principio del tratamiento, lo cual ayudó en la valoración de la utilidad terapéutica de nuestro manejo ⁽¹⁾.

En Uruguay, en el año 2010, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, elaborado entre el 01-01-2004 y el 31-12-2008; donde, se describieron manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de la EAG, 15 niños fueron hospitalizados, todos presentaron adenopatías regionales, 8 presentaron fiebre prolongada. Se mostró compromiso hepático y/o esplénico. Ninguno falleció ni presentó efectos adversos. Por lo que se concluyó que se debería incorporar en el reconocimiento de niños con fiebre prolongada y adenopatías, la ecografía abdominal y la búsqueda de esta etiología ⁽²⁾.

En Perú, en el año 2011, se elaboró un estudio diagnóstico por Imágenes en el Instituto Nacional de Salud del niño, se elaboró un estudio descriptivo retrospectivo, se evaluó las características clínicas, epidemiológicas, y características ecográficas de las lesiones hepatoesplénicas. Se obtuvo

como resultados 44 casos, de los cuales 54,5% fueron niñas y 45,5% niños, dentro del cuadro clínico la fiebre representó (95,45%) y linfadenopatías (36,08%), 75% mostró complicaciones, siendo la más usual los abscesos micro esplénicos 34% y micro abscesos hepatoesplénicos 29,5% .Se concluyó que la EAG puede presentar en ocasiones mayor compromiso hepático, esplénico y hepatoesplénicos, por lo que el diagnóstico temprano es importante ⁽³⁾.

En Italia, en el año 2013, se reportó 74 casos de Enfermedad por arañazo de gato (EAG) en el periodo 2005-2010. De estos 74 pacientes, 18 (24,3%) presentaron formas clínicas atípicas como papilitis ocular, erupciones maculopapulares, infección vertebral, infiltrados pulmonares y hepatitis granulomatosa. Además se constató el contacto con gatos para 61 pacientes (82,4%), se investigó la presencia de infección por Bartonella en gatos pertenecientes a los pacientes mencionados; 9 de los 11 se relacionaron con EAG y dos de los 16 restantes fueron infectados por B. henselae .Además se examinó a 1300 gatos callejeros, de los cuales 23.1% fueron seropositivos para B. henselae; después del cultivo y genotipificación, se encontró que el 17% estaba infectado por B. henselae (15.5%)⁽⁴⁾.

En Chile, en el año 2013, Santarcángelo, realizó la investigación Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido. Se realizó seguimiento y presentación de caso clínico de un niño de 11 años con un síndrome febril prolongado, el cual presentaba compromiso hepático y óseo múltiple, a predominio en la columna vertebral en zona dorso lumbar. Cuya evolución fue satisfactoria con resolución clínica y de las imágenes, después de varios meses de seguimiento. Este estudio concluyó el apremio de incorporar esta enfermedad en el diagnóstico diferencial en pacientes con síndrome febril prolongado con compromiso óseo sugestivo de una enfermedad sistémica para poder así evitar dicha complicaciones⁽⁵⁾.

En Perú, en el año 2014, Miranda-Choque, Edwin et al, desarrollaron una investigación en niños con adenitis regional atendidos en un hospital nacional del Perú, dicha investigación tenía el propósito de establecer la frecuencia de casos seropositivos a *Bartonella henselae* en niños con adenitis regional atendidos, se elaboro un estudio trasversal en 106 niños con adenitis regional mayor de 1 cm de diámetro, de presentación aguda, con tiempo de enfermedad superior a cinco días. Obteniendo como resultados seropositividad para *B. henselae* mediante la prueba de inmunofluorescencia indirecta, siendo positivos 86 niños (81,1%) con una mediana de edad de 7 años, rango de 5 a 11; en el análisis bivariado se hallaron como factores asociados, edad superior a 5 años, antecedentes de fiebre, adenopatía mayor de 4 cm y reporte de contacto con gato. Dicho trabajo concluyo, que los niños con adenitis regional atendidos en este hospital de referencia nacional manifestaron una frecuencia alta de serología positiva para *B. henselae* ⁽⁶⁾.

En Perú, en el año 2014, Esquivel-Quispe, María realizo el trabajo de Infección por *Bartonella henselae* como presentación de fiebre de origen desconocido (FOD) en niños peruanos. El método de estudio fue estudio de serie de casos de niños atendidos en el INSN en el año 2012. Se obtuvo como resultados 26 casos de FOD, 12 de ellos pertenecían a r infección por *Bartonella henselae*. 6 pacientes fueron masculinos, con una mediana para la edad de 5 años; 11 tenían antecedente de exposición a gatos; 6 tuvieron lesión lineal ocasionada por el gato, 4 de 12 tuvieron leucocitosis; 5 presentaron una PCR mayor de 10. Al examen ecográfico reveló que 8 de 12 presentaron lesiones hipo ecoicas en bazo; existió coinfección con otras infecciones. Se concluyó que los casos de FOD por infección por *B. henselae* en niños, están vinculados con exposición a gatos y lesiones hipo ecoicas en bazo e hígado, con una evolución de la enfermedad con pronóstico bueno detectados a tiempo⁽⁷⁾.

En Chile, en el año 2014 Abarca, Katia realizó el estudio sobre Exactitud y utilidad diagnóstica de la Ig M en infecciones por *Bartonella henselae*. Dicho estudio tuvo como propósito precisar la exactitud y utilidad diagnóstica de la Ig M anti-B. *Henselae* por IF para EAG. Tuvo como muestra a 108 pacientes a quienes se realizó Ig G anti-B. *Henselae*, se determinó la presencia de Ig M específica, obteniendo como resultados 37 pacientes con IgG anti-B. *Henselae* positiva, la Ig M fue positiva en 16 y negativa en 11; en 71 pacientes con Ig G negativa, la Ig M fue negativa en 69 y positiva en 2. Se concluye que la Ig M positiva apoya el diagnóstico de EAG, pero una negativa no lo descarta. Considerar a la IgG como standard de oro para el diagnóstico de infecciones por *B. henselae*⁽⁸⁾.

En Chile, en el año 2014, se reportó un caso clínico de un paciente de 7 años que presentó la sintomatología inespecífica y consecuentemente adenopatías inguinales dolorosas con fiebre refractaria a antipiréticos haciendo necesaria su hospitalización para iniciar estudios. En dicho estudio se llegó al diagnóstico a través de un estudio inmunológico e histopatológico. Dicho reporte concluyó en la relevancia de realizar un buen análisis en búsqueda de lesiones cutáneas sugestivas de contacto con animales ante la hipótesis clínica, ya que aunque la patología es poco frecuente puede cursar con complicaciones importantes⁽⁹⁾.

En España, en el año 2014, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las características clínicas, evolución y tratamiento de los pacientes diagnosticados de EAG entre 2011-2014 en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), a través de la detección de anticuerpos IgM e IgG de *Bartonella henselae* en suero por inmunofluorescencia indirecta (IFI). diagnosticándose, 3 casos, verificado mediante estudio serológico por IFI con títulos superiores a 1/512. Se concluyó que en la historia de nuestros pacientes deben constatar antecedentes epidemiológicos de la enfermedad, y es oportuno instar exámenes serológicos dada su utilidad diagnóstica⁽¹⁰⁾.

En Estados Unidos, en el año 2016, se realizó un estudio retrospectivo del 2005-2013, de 6,4 casos / 100 000 habitantes, la incidencia de EAG fue más alta entre los que vivían en el sur de los Estados Unidos y entre los niños de 5 a 9 años (9,4 casos / 100 000 habitantes). Concluyeron que cada año, 12,000 pacientes ambulatorios reciben un diagnóstico de EAG y 500 pacientes son hospitalizados. Por lo que las medidas de prevención son particularmente útiles en los estados del sur y en los hogares con niños ⁽¹¹⁾ .

En Bélgica, en el año 2016, se reporto una serie de casos de 7 niños con síntomas inusuales de EAG en varios centros pediátricos en Bélgica , de los cuales se describió uno en particular el cual presento ptosis, miosis y enoftalmia, lo que sugiere síndrome de Horner, asociado con linfadenitis cervical. Además se reveló infiltraciones nodulares hepáticas y / o esplénicas, lesiones óseas en tres pacientes con dolor de espalda. Se concluyó que es necesario excluir la EAG en niños con síntomas inexplicables como fiebre prolongada, lesión hepatoesplénicas y osteomielitis⁽¹²⁾.

2.2 Bases teóricas

Las primeras descripciones de lo que ahora conocemos como enfermedad por arañazo de gato corresponden a los tres casos descritos en la literatura francesa por Henri Parinaud en 1889; los cuales estaban caracterizados por conjuntivitis y linfadenopatía pre auricular. Años después, a través de los trabajos del Dr. Robert Debré y col y Mollaret y col, se describió la enfermedad como una infección caracterizada por malestar y fiebre asociada a una lesión papulosa o pustulosa en el sitio de inoculación y linfadenopatía regional. El agente causal fue reconocido en los años 80 a través de tinciones de plata con la técnica de Warthin-Starry, como un bacilo que se

denominó *Bartonella henselae*. En los mismos años, English y col aislaron una bacteria de características similares, que denominaron Afipia felis⁽¹³⁾ .

Los estudios serológicos e histopatológicos de Regnery refutaron la idea de que Afipia felis era el agente causal de la enfermedad y reconocieron a *Rochalimaea henselae* como el agente etiopatológico. Los géneros *Rochalimaea* y *Bartonella* fueron unidos basados en las similitudes de su secuencia genética, manteniéndose vigente el último *Bartonella henselae* fue reconocido como un bacilo curvo, pleomórfico, gram negativo y agente responsable exclusivo de la enfermedad por arañazo de gato ⁽¹⁴⁾ .

Epidemiología

Algunos estudios han demostrado en la población general una seropositividad de 3.1 a 61.6%, dependiendo del país en que se realizó el estudio. Debido a la poca cantidad de pacientes que experimentan síntomas se ve que solo una minoría de exposiciones al bacilo tiene como resultado enfermedad por arañazo de gato ⁽¹⁵⁾.

EAG se transmite por la mordida o arañazo de un animal, con frecuencia el gato; aunque perros, monos y porcinos pueden también ser huéspedes del bacilo. Casos sin antecedente de contacto con gatos también han sido reportados. Las pulgas del gato (*Ctenocephalides felis*) juegan un papel importante como vectores en la enfermedad. Alrededor del 79 al 90% de los nuevos casos de enfermedad por arañazo de gato ocurren en otoño e invierno.

A pesar de ser una patología usual en los países industrializados, con aproximadamente 25.000 casos diagnosticados por año en Estados Unidos, por otro lado en otros países la barrera por la no disponibilidad de test

diagnósticos o porque no se piensa en ella durante el enfoque hacen del diagnóstico complejo ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado en América Latina también hay pocos reportes; por lo que saber su frecuencia de la EAG en la población general es limitada. En Perú se han reportado diversos casos, sin embargo solo uno de los casos reportados presentó la forma sistémica ⁽¹⁷⁾.

Fisiopatología

EAG es una zoonosis aunque poco conocida, es transferida al hombre por un arañazo o mordedura de un gato o de una pulga que se haya estado alimentando de un animal infectado. Dichos felinos no presentan sintomatología y a su vez no muestran certeza de la enfermedad.

Los gatos obtienen la infección de pulgas *Ctenocephalides felis*. Debido a que el hábito de estos felinos de lamerse, sostiene la bacteria en su garras saliva, saliva y pelaje. En el momento que el gato araña o muerde a una persona, la bacteria pasa a ella a través de sus uñas y saliva. Dentro del huésped humano, *B. henselae* invade las células endoteliales causando una reacción inflamatoria aguda asociada con la activación de una cascada pro inflamatoria. Asimismo puede originar infección ocular si es que se ha acariciado la piel del gato y luego se procede a frotar los ojos con la misma mano. Dicha enfermedad se ha enlazado primordialmente con gatos menores de un año debido a su susceptibilidad a contraer *Bartonella henselae* en las primeras etapas de la vida ⁽¹⁸⁾.

La infección con *Bartonella spp.* Deriva en un síndrome de variada intensidad, que va desde sólo una linfadenopatía hasta un compromiso sistémico. La severidad en la manifestación de la enfermedad está relacionada con el estado inmune de los afectados ⁽¹⁸⁾.

Manifestaciones clínicas

La EAG se presenta en un 85 a 90 por ciento en la edad pediátrica, presentándose como un trastorno localizado de los ganglios linfáticos cerca del sitio de la inoculación del organismo, que generalmente presentan un cuadro limitado. Sin embargo, en algunas personas, los organismos se diseminan e infectan el hígado, el bazo, los ojos o el sistema nervioso central, presentando así la forma diseminada de la enfermedad, la cual pueden tener complicaciones potencialmente mortales. El microorganismo tiene la capacidad de producir diversas respuestas patológicas en el huésped, dependiendo de su estado inmune. El espectro patológico sistémico va desde una linfadenitis granulomatosa, característica de la enfermedad en personas inmunocompetentes a lesiones inusuales con proliferaciones vasculares dérmicas y viscerales en personas con deficiencias en la inmunidad celular, como lo describió Stoler y col en un paciente VIH con angiomatosis bacilar⁽¹⁹⁾.

En la enfermedad por arañazo de gato típica (que ocurre en el 90% de los casos), existe un periodo de incubación de 3 – 12 días seguido del desarrollo de pápulas o pústulas en el sitio de inoculación. Presentándose así una lesión primaria la cual persiste de 1 a 3 semanas, tiempo después del cual comienza a desaparecer, mientras la linfadenopatía regional aparece cercana al sitio de inoculación pudiendo llegar a medir de 1 a 5 cm, hasta llegar a 8 a 10 cm, pudiendo ser únicos o múltiples. En el 25-30% de los casos los nódulos linfáticos inflamados supuran. Síntomas constitucionales como malestar, fiebre, anorexia, náusea, fatiga o cefalea aparecen en ésta etapa. La manifestación ocular que con más frecuencia se relaciona a la EAG es el síndrome óculo glandular de Parinaud; representa el 2-8% de los casos; descrita como una conjuntivitis folicular granulomatosa asociada a linfadenopatía ipsilateral dolorosa, en regiones de ganglios pre auriculares, submandibulares epitrocleares, supraclaviculares axilares cervicales que a su vez estará acompañado de fiebre ⁽¹⁹⁾.

En 1 a 2 por ciento desarrollan los pacientes podrían desarrollar complicaciones de cuadro clínico como neurorretinitis ; descrito previamente por Leber como una entidad de origen idiopático y fue Dreyer en 1984 quien definió el cuadro clínico característico presentando pérdida visual debido al edema del nervio óptico asociado con exudados maculares; en los estudios serológicos de pacientes con neurorretinitis que encontró que 9 de 14 (64 por ciento) tenían títulos elevados de IgM o IgG *B. henselae* al momento del diagnóstico ⁽²⁰⁾.

Otra de las complicaciones que se pueden presentar es el del compromiso sistémico de la enfermedad pudiendo así afectar órganos como el hígado, el bazo o ambos. La clínica de estos pacientes se presentara como fiebre persistente de origen desconocido (FOD); dolor abdominal, se puede asociar pérdida de peso o pérdida de peso ; pudiendo así encontrar en la población pediátrica al examen hepatomegalia o esplenomegalia evidente en el examen físico ⁽²¹⁾.

Se ha visto casos aunque no frecuentes de endocarditis asociada a *B. henselae* pudiendo tener cultivo negativo. Dicho cuadro puede presentarse similar a los pacientes con endocarditis bacteriana subaguda, entre otras complicaciones tenemos neumonía, derrame pleural, presencia de nódulos pulmonares, Shock séptico, púrpura trombocitopénica e hipercalcemia ⁽²¹⁾.

Diagnóstico

El diagnostico se realizara mediante una historia clínica minuciosa, en busca de contacto reciente con gato y con ello, asociado a las características clínicas que el paciente podría presentar. Además se podrían usar diferentes métodos como la identificación a través de inmunofluorescencia indirecta, hallazgo del microorganismo con tinciones de plata en biopsias de ganglios y piel; aunque las biopsias estén limitadas para los cuadros

persistentes de la enfermedad y de resolución tardía. ⁵

En un estudio Zangwill y col encontraron una sensibilidad del estudio serológico para *B. henselae* del 84% y una especificidad del 96% en 45 pacientes estudiados con diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato. En el estudio realizado por Rothova se encontró un 6% de frecuencia en la positividad para anticuerpos contra *Bartonella henselae* en una muestra de 138 pacientes con uveítis ⁽¹⁷⁾.

La inmunofluorescencia indirecta muestra una reactividad cruzada con otras especies de *Bartonella*. Por lo que los hallazgos histopatológicos son consistentes pero no patognomónicos de la enfermedad por arañazo de gato e incluyen formación de granulomas, abscesos estelares e infiltrado linfocitario. Con respecto a la serología, la superioridad de estos test serológicos nos darán una sensibilidad del 88-95% y una especificidad del 97-99% ⁽¹⁷⁾.

Una elevación en los títulos de inmunoglobulina G es también constante, títulos arriba de 1:512 aportan un elemento diagnóstico en un escenario clínico característico de enfermedad por arañazo de gato, sin embargo títulos de IgG < 1:64 pueden ser sostenidos por largos periodos de aproximadamente hasta 6 meses subsiguiente a la curación de la enfermedad. La presencia de IgM sugiere fuertemente una enfermedad aguda o una infección muy reciente por lo que puede ser difícil de alcanzar detectarla.

Sin embargo, una prueba serológica negativa no debería descartar una EAG si existe una alta sospecha clínica y antecedentes de contacto de enfermedad ⁽²²⁾.

Es importante agregar que la historia de contacto con animales, en especial con arañazo de gato, es clave en el diagnóstico.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento se presentan diferencias claras entre la enfermedad en el huésped normal y el inmunodeprimido. Presentándose así en el primer caso con un curso benigno hasta la curación lenta, pero espontánea, siendo de dudosa utilidad el uso de antibióticos. A diferencia en el paciente inmunodeprimido, se ha observado una respuesta clara y a veces espectacular a la terapia antibiótica ⁽²³⁾.

Se observó un estudio aleatorizado prospectivo controlado con placebo de 29 pacientes inmunocompetentes entre pacientes pediátricos y adultos con EAG, se vio la efectividad de que dando un ciclo de cinco días de azitromicina a una dosis de 10 mg / kg el primer día y 5 mg / kg en los cuatro siguientes días para pacientes que pesen menos de 45.5 kg y 500 mg el día 1, seguido de 250 mg durante los próximos cuatro días para aquellos que pesen al menos 45.5 kg. Siete de los 14 pacientes que recibieron azitromicina tuvieron un 80 por ciento o más de disminución en el volumen de los ganglios linfáticos durante un período de seguimiento de 30 días en comparación con solo uno de los siete receptores de placebo. Este ensayo proporciona los datos más convincentes a favor del tratamiento con antibióticos ⁽²⁴⁾.

En un siguiente estudio en pacientes pediátricos de edad promedio de 3 años con diagnóstico de EAG localizado, se vio que recibieron terapia con azitromicina oral durante 5 a 10 días, y todos los pacientes tuvieron una reducción del 50 por ciento en el tamaño del ganglio linfático en el día 5 y resolución completa de linfadenopatía en 14 días ⁽²⁴⁾.

Con respecto a la EAG sistémica con compromiso hepatoesplénico la cual se presenta de manera no tan frecuente. Se debe tener en cuenta ya que no debe confundirse con peliosis hepática causada por *B. henselae* o *B. quintana*, la cual esta con mayor frecuencia relacionada y diagnosticada en

personas infectadas por VIH, también se ha visto en pacientes inmunocomprometidas, como pacientes con cáncer y receptores de trasplantes de órganos sólidos.

En un estudio pediátrico de 19 Diecinueve niños de edades entre 2 a 11 años, los cuales presentaron compromiso hepatoesplénico asociado a EAG sistémico respondieron al tratamiento con rifampina, ya sea solo o en combinación con gentamicina o trimetoprim-sulfametoxazol. Estos pacientes con mayor frecuencia recibieron rifampicina a una dosis de 20 mg / kg por día durante 14 días ⁽²⁵⁾.

Si la EAG está asociada a FOD se recomienda rifampina más un segundo agente, como azitromicina (administrada como se indica anteriormente) o gentamicina (dosis de carga 2 mg / kg luego 1.5 mg / kg cada ocho horas según la función renal normal y ajustada con monitorización) para un curso de 10 a 14 días. El seguimiento de los pacientes que están clínicamente mejorados no está claro. Algunos proveedores creen que no se necesitan más pruebas en tales pacientes, mientras que otros prefieren documentar que las lesiones están regresando al realizar una ecografía seis meses después del tratamiento ⁽²⁵⁾.

En el caso de pacientes con neurorretinitis, en niños ≤ 8 años de edad, se sugiere, tratamiento de cuatro a seis semanas con rifampicina (10 mg / kg cada 12 horas, dosis máxima de 600 mg al día) más azitromicina (10 mg / kg el primer día, seguido de 5 mg / kg durante cuatro días para los que pesen menos de 45,5 kg) o trimetoprim-sulfametoxazol (trimetoprim 8 mg / kg por día, sulfametoxazol 40 mg / kg por día, en dos dosis divididas) ⁽²³⁾⁽²⁵⁾.

Si el compromiso es neurológico Enfermedad neurológica, en pacientes menores de 8 años, se podría usar una combinación de doxiciclina más rifampina durante 10 a 14 días ⁽²⁶⁾.

2.3 Definición de términos básicos

Adenopatía: Inflamación de ganglio localizado en cualquier parte de la cadena ganglionar

Enfermedad arañazo de gato: caracterizada por presentarse como consecuencia de contacto con gato infectado mediante mordedura o arañazo la cual transmitirá *Bartonella henselae*, produciéndose así el cuadro.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El presente estudio por ser de carácter descriptivo no tiene hipótesis

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIAS O DIMENSIONES	DEFINICION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ÍNDICE
Características clínicas	Cualitativa	Observación directa del paciente o lectura de la historia clínica.	Síntomas Signos	Síntomas y Signos del paciente pediátrico	Síntomas: Fiebre Malestar dolor de cabeza Resfriado Hiporexia Signos: Linfadenopatía: Cervicalder. Axilar der. Cervical Izq. Inguinal Izq. Inguinal der. EpirocLEAR der. Rasguño o mordida Hepatomegalia	Nominal	%	Si, No
Características sociodemográficas	Cualitativa	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas culturales		Características establecidas en la historia clínica	Sexo Edad Propietario de gatos Antecedente de contacto o arañazo de gato. Lugar de vivienda	Nominal	% % % %	Masculino- Femenino Grupos de edad Si- No Si- No Urbana- Rural

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACION ALIZACION	CATEGORIAS O DIMENSIONES	DEFINICION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INDICE
Hallazgos de laboratorio	Cualitativa	lectura de la historia clínica o informe de laboratorio		Valores reportados por informe de laboratorio	Hematocrito Blancos Baciliformes Eosinófilos VHS PCR SGOT SGPT Fosfatasa Alcalina GGT	Nominal	% % % % % % % % %	Alta-bajo Menores o mayores que el rango normal. Normal-Anormal Alto-bajo Aumentada-No aumentada Con tendencia a a cuadro Infeccioso-Sin tendencia a a cuadro infeccioso Elevada-No elevada Elevada-No elevada Normal-Anormal Normal-Anormal
Serología para Bartonella henselae	Cualitativa	estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre		Valores reportados por informe de laboratorio	Presencia o ausencia de Bartonella henselae	Nominal	%	Serología + Serología -

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Estudio de diseño retrospectivo y metodología observacional, analítica y descriptiva (revisión de casos).

4.2 Diseño muestral

Estudio de diseño retrospectivo y metodología observacional, analítica y descriptiva (revisión de casos).

T = Junio a diciembre del 2017- 2018.

Lo conformarán las historias clínicas de los pacientes que acuden por Enfermedad por arañazo de gato en el servicio de pediatría y que durante o posteriormente algunos casos presentaron hallazgos clínicos y de laboratorio según nuestro estudio entre Junio del 2017 y diciembre del 2018, post criterios de inclusión y de exclusión para su selección muestral. Siendo 60 casos seleccionados para el presente estudio, considerando las características según los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico de Enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría.

Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Historias clínicas y otros reportes diagnósticos incompletos o inelegibles.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Siendo este trabajo una revisión documentaria, cuya información será recuperada en una *Ficha de Datos*, que será el instrumento principal para esta investigación. Este protocolo se ha estructurado específicamente para cumplir con los objetivos de estudio formulados, por lo cual, se han incluido todas las variables y parámetros identificados como son los hallazgos clínicos y de laboratorio que presentan los pacientes con Enfermedad por arañazo de gato.

Esta *Ficha de Datos*, previamente ha sido presentada a la Jefatura del Servicio de Pediatría y de nuestro tutor, que luego de revisar el formato la perfeccionaron y *validaron* su aplicación en este estudio, al considerar que se ajusta con la fundamentación teórica de la literatura y propio con la realidad clínica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Toda la información codificada será depositada en una base de datos para la conformación de cuadros y figuras estadísticas que luego serán evaluadas siguiendo las estructuras estratégicas en la obtención de los resultados, y que a continuación presentamos:

Cuadro 1. Hallazgos clínicos de esta población.

Cuadro 2. Hallazgos de laboratorio de esta población.

Se conformaron los cuadros estadísticos de acuerdo a las estrategias, bajo el Programa Microsoft Word versión 2016 y Excel versión 2016. Para el análisis estadístico nos apoyamos en el sistema de estadística descriptiva

para comprobar frecuencias, promedios, desviación estándar y dispersión. A través del programa estadístico SPSS versión 22, para comprobar diferencias significativas estadísticamente nos apoyaremos en el Chi Cuadrado (X^2) con $p=0.05$; sin descuidar el perfil descriptivo del estudio.

4.5 Aspectos éticos

Siendo éste, un estudio descriptivo (de revisión de casos), donde la ficha de datos será el instrumento de contactación con los pacientes de estudio, entonces los aspectos éticos estarán relacionados a guardar confidencialidad de los apellidos y demás datos de los pacientes reemplazándolos por un N° o código su identidad. Así mismo se conservará la real autoría bibliográfica señalada en el Código de Ética Mundial en Salud y lo que señala el Colegio Médico del Perú, al respecto.

CRONOGRAMA

PASOS	2018						
	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Redacción final del proyecto de investigación	X	X					
Aprobación del proyecto de investigación		X					
Recolección de datos			X	X			
Procesamiento y análisis de datos					X		
Elaboración del informe					X	X	
Correcciones del trabajo de investigación						X	
Aprobación del trabajo de investigación							X
Publicación del artículo científico							X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos

Concepto	Monto estimado (soles)
Metodólogo	400
Estadístico	20
Papel	100
Tinta	20
Lapiceros	10
Folder	30
Corrector	20
Borrador	10
Internet	200
Imprenta	300
Empaste	300
Impresora	100
PC	50
TOTAL	1960

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Polanco Aguilar P, Cornejo Giraldo M, Zapata Aguilar Eo, Calderón Arenas V, Márquez Díaz P, Maguiña Vargas C. Primer reporte de enfermedad sistémica por arañazo de gato (*Bartonella henselae*) en el Perú [Internet]. Scielo.org.pe. 2017 [cited 13 November 2017]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000400009&script=sci_arttext
- 2.- C. Medici Olaso, L. García Gariglio, M.I. Ferreira García, G. Giachetto Larraz, M.C. Gutierrez Bottino, M.C. Pérez García. Enfermedad por arañazo de gato: características clínicas en niños hospitalizados. Disponible en <http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403310003772/S300/>
- 3.- Bances-González M, Landa Garrido L, Amoretti M., Candela J. Detección ecográfica de lesiones hepatoesplénicas en niños con enfermedad por arañazo de gato. Rev Per Radiol. 2011 [citado 19 Sep 2015];15:32-6. Disponible en: <http://www.socpr.org.pe/docs/revrad1512011.pdf#page=34>
- 4.- E. Brunetti & M. Fabbi & G. Ferraioli & P. Prati & C. Filice & D. Sassera & C. Dalla Valle & C. Bandi & N. Vicari & P. Marone. Cat-scratch disease in Northern Italy: atypical clinical manifestations in humans and prevalence of Bartonella infection in cats. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2013) 32:531–534
- 5.- Salomé Santarcángelo, Rubén Sosa, Patricia Dondoglio, Lidia E. Valle y Daniel Navacchia. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido Rev Chilena Infectol 2013; 30 (4): 441-445
- 6.- Miranda-Choque Edwin, Candela-Herrera Jorge, Díaz-Pereda Javier, Fernández-Vega Ana, Kolevic-Roca Lenka, Patiño-Gabriel Lilian et al .

Bartonella henselae en niños con adenitis regional atendidos en un hospital nacional del Perú, 2012. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Oct 30] ; 31(2): 274-277. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200012&lng=es.

7.- Miranda-Choque E, Candela-Herrera J, Alvarado-Durand J, Esquivel-Quispe M, Farfán-Ramos S. Infección por *Bartonella henselae* como presentación de fiebre de origen desconocida en niños peruanos. Acta Med Per. 2014;31(2):74-78.

8.-Katia Abarca, Matías Winter, Delphine Marsac, Carlos Palma, Ana M. Contreras y Marcela Ferré. Exactitud y utilidad diagnóstica de la IgM en infecciones por *Bartonella henselae*. Rev Chilena Infectol 2013; 30 (2): 125-128.

9.- Hugo Cedeño Cevallos, María Sánchez Dávila, Isabel Salcedo Velarde, Cristian Mena Cedeño, Carolina Duarte Martínez. Reporte de caso clínico: enfermedad por arañazo de gato en paciente pediátrico. Rev. Med. FCM-UCSG, Año XX, vol.18 N°4 (2014). 71-74

10.- J. Rugeles Niño, A. Rodríguez Guardado, M. Rodríguez Pérez² , M. Martínez Celada. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido. Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):140

11.-Christina A. Nelson , Shubhayu Saha, and Paul S. Mead Cat-Scratch Disease in the United States, 2005–2013. Emerging Infectious Diseases Volume 22, Number 10—October 2016

12.- Olivier Gilliaux, Valerie Ghilain, Dimitri van der Linden, Jean Philippe Stalens, Catherine Heijmans, Jacques Louis, Christiane Vermylen, and Christophe F. Chantrain. Atypical Cat-Scratch Disease in Children: Report of Seven Presentations Ranging From Hepatosplenic Disease to Horner Syndrome. *Arch Pediatr Infect Dis.* 2016 January; 4(1): e28272. doi: 10.5812/pedinfect.28272

13.- Chomel, B; Boulouis, H; Breitschwerdt, E. 2004. Cat scratch disease and other zoonotic Bartonella infections. *JAVMA.* 224:1270-1279.

14.-Chomel, B; Boulouis, H; Maruyama, S; Breitschwerdts, E. 2006. Bartonella spp. in pets and effect on human health. *Emerg Infect Dis,* 12:389-394.

15.- De Souza, M; Mamizuka, E; Raiz-Júnior, R; Martins de Lima, T; Diogo, C; Okay, T; Hagiwara, M. 2001. Experimental infection and horizontal transmission of Bartonella henselae in domestic cats. *Rev Inst Med Trop S Paulo.* 43: 257-261.

16.- Dowers, K; Lappin, M. 2005. The association of Bartonella spp. infection with chronic stomatitis in cats. *Abstract In: J Vet Intern Med.* 19: 471.

17.- Eymin L Gonzalo, Zapata P Antonio, Andrade A Maricarmen, Aizman S Andrés, Rojas O Luis, Rabagliati B Ricardo. Enfermedad por arañazo de gato: Características clínicas y de laboratorio en pacientes adultos hospitalizados por fiebre o adenopatías. *Rev. méd. Chile [Internet].* 2006 Oct [citado 2017 Nov 06] ; 134(10): 1243-1248. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887200600100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000005>.

- 18.- 1. Molecular and Cellular Basis of Bartonella Pathogenesis | Annual Review of Microbiology [Internet]. Annualreviews.org. 2017 [cited 7 November 2017]. Available from: http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.micro.58.030603.123700?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&journalCode=micro
- 19.- Ronen B, Moshe E, Boaz A, Eugene K, Merav V, Cecilia L et al. Cat-Scratch Disease in Elderly Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2005;41(7):969-974.
- 20.- Suhler E, Lauer A, Rosenbaum J. Prevalence of serologic evidence of cat scratch disease in patients with neuroretinitis¹¹The authors have no proprietary interest in the products mentioned herein. *Ophthalmology*. 2000;107(5):871-876.
- 21.- Tsujino K, Furuya T, Kawauchi S, Oga A, Sasaki K, Tsukahara M et al. Clinical implication of prolonged fever in children with cat scratch disease. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2004;10(4):227-233.
- 22.- Arisoy E, Correa A, Wagner M, Kaplan S. Hepatosplenic Cat-Scratch Disease in Children: Selected Clinical Features and Treatment. *Clinical Infectious Diseases*. 1999;28(4):778-784.
- 23.- Rolain J, Brouqui P, Koehler J, Maguina C, Dolan M, Raoult D. Recommendations for Treatment of Human Infections Caused by Bartonella Species. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2004;48(6):1921-1933.
- 24.- Bass JW e. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. - PubMed - NCBI [Internet]. [Ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=9655532). 2017 [cited 8 November 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=9655532>

25.- Arisoy E, Correa A, Wagner M, Kaplan S. Hepatosplenic Cat-Scratch Disease in Children: Selected Clinical Features and Treatment. *Clinical Infectious Diseases*. 1999;28(4):778-784.

26.- Tunkel A, Glaser C, Bloch K, Sejvar J, Marra C, Roos K et al. The Management of Encephalitis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2008;47(3):303-327.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

TITULO DE INVESTIGACION	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS	POBLACION DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
<p>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS DE LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO EN PEDIATRÍA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017 2018</p>	<p>¿Cuáles son las características clínicas y hallazgos de laboratorio de la enfermedad por arañazo de gato en Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de junio 2017 a diciembre 2018?</p>	<p><u>Objetivo General</u></p> <p>Determinar los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017 - 2018</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Reconocer los hallazgos clínicos sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría. •Identificar los hallazgos de laboratorio sobre la enfermedad por arañazo de gato en el Servicio de Pediatría. •Detallar la frecuencia de enfermedad por arañazo de gato según grupo etario y género de la población del estudio. •Registrar las características sociodemográficas de los pacientes del estudio. 	<p>El presente estudio no tiene hipótesis</p>	<p>Todos los pacientes que acuden por Enfermedad por arañazo de gato en el servicio de pediatría entre Junio del 2017 y diciembre del 2018</p> <p>El procesamiento de datos será con la base de datos de Excel y el programa SPSS</p>	<p>Se cuenta con una ficha de recolección de datos</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EAG

NOMBRE:

N.º SS:

FECHA DE DIAGNÒSTICO:/...../.....

EDAD:

DISTRITO DE PROCEDENCIA:

FECHA DE INGRESO:/...../.....

FECHA DE ALTA:/...../.....

ESTANCIA HOSPITALARIA:(DIAS)

ATENCIÓN: HOSPITALARIA: EMERGENCIA

ANTECEDENTES:

CONTACTO CON GATOS: (SI) (NO) (NO DATOS)

CACHORROS: (SÍ) (NO) (NO DATOS)

ADULTOS: (SÍ) (NO) (NO DATOS)

CONTACTO INTRADOMICILIAR: (SI) (NO)

OTROS: FAMILIAR: () VECINO: () (NO DATOS): ()

SINTOMAS Y SIGNOS:

- ADENOMEGALIA: UNILATERAL () BILATERAL () ()

- CERVICAL ()

- SUPRACLAVICULAR ()

- AXILAR ()

- SUPRACONDILEO ()

- INGUINAL

- OTROS: () CUAL:

- SINDROME DE PARINAUD: (SÍ) (NO)

- FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (SÍ) (NO)

- DIAS DE FIEBRE:

- ABSCESOS HEPATICOS (SÍ) (NO) ESPLENICOS: (SÍ)(NO) AMBOS: (SÍ) (NO)

- ENCEFALITIS: (SÍ) (NO)

- NEURITEIS OPTICA: (SÍ) (NO)

- OTRO ORGANO O SISTEMA COMPROMETIDO: (SÍ) (NO)

- CUAL: SINTOMA O SIGNO:

EXAMENES AUXILIARES:

- IGM: (SÍ) (NO) VALORES:

- IGG: (SÍ) (NO) VALORES:

- ECOGRAFIA: (SÍ) (NO)

GANGLIONAR:

ABDOMINAL:

- TAC: (SÍ) (NO)

CERVICAL

CEREBRAL

TORAXICO

ABDOMINAL

- BIOPSIA:

- PCR: SANGRE..... TEJIDO:

TRATAMIENTO RECIBIDO:

AZITROMICINA: (SÍ) (NO) DOSIS: DIAS:

CLINDAMICINA: (SÍ) (NO) DOSIS: DIAS:

GENTAMICINA: (SÍ) (NO) DOSIS: DIAS:

RIFAMPICINA: (SÍ) (NO) DOSIS: DIAS:

CIPROFLOXACINO: (SÍ) (NO) DOSIS: DIAS:

OTROS: CUALES:

DIAGNÓSTICO:

CLÍNICO: () EPIDEMIOLOGICO () SEROLÓGICO ()

BIOPSIA () PCR ()