



Tratamiento quirúrgico de la linfadenitis crónica por *Bartonella henselae*

David Crehuet Gramatyka^a, Eva Enríquez Zarabozo^a, Stefany Olarte Ingaroca^a,
Laura Calle Miguel^b, Francisco Javier Pérez Rastrollo^c, Víctor Álvarez Muñoz^a

Recibido: 4-marzo-2026

Aceptado: 6-mayo-2026

Publicado en Internet:
22-junio-2026

David Crehuet Gramatyka:
crehuetd@gmail.com

^aServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España

^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Resumen

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una causa frecuente de linfadenitis en la edad pediátrica y suele asociarse a antecedentes de contacto con gatos. La gran mayoría de los casos se resuelve espontáneamente y solo una minoría requiere drenaje quirúrgico. En casos excepcionales, puede presentar una evolución tórpida, como linfadenitis fistulizante, o una masa excrecente violácea que requiera tratamiento quirúrgico para su resolución.

Paciente femenina de 5 años que presenta linfadenitis submandibular izquierda, con antecedente de contacto con gato. Tras 18 días de evolución y tratamiento previo con azitromicina, desarrolla un absceso que requiere drenaje. Los estudios moleculares resultan positivos para *Bartonella henselae*.

Dos meses y medio después del drenaje, la paciente presenta persistencia de la linfadenitis asociada a una masa excrecente violácea y fiebre diaria, por lo que se decide realizar exéresis de la masa con linfadenectomía cervical, sin incidencias. Posteriormente, presenta paresia del músculo orbicular del labio inferior izquierdo e hipoestesia en la región auricular izquierda, que se resuelven espontáneamente.

Tras un período de seguimiento de 12 meses, la paciente permanece asintomática y libre de enfermedad.

La linfadenitis por EAG suele presentar una evolución favorable y autolimitada. No obstante, el tratamiento quirúrgico se considera una opción segura y eficaz para la resolución de la enfermedad en casos de evolución tórpida, con linfadenitis fistulizante o aparición de una masa excrecente violácea tras más de dos meses.

Palabras clave:

- *Bartonella henselae*
- Enfermedad por arañazo de gato
- Linfadenectomía
- Linfadenitis crónica

Surgical treatment of chronic lymphadenitis caused by *Bartonella henselae*

Abstract

Cat-scratch disease (CSD) is a common cause of lymphadenitis in children and is usually associated with a history of cat exposure. The vast majority of CSD lymphadenitis cases resolve spontaneously, and only a few require surgical drainage. In exceptional cases, it may have an unfavorable course, for instance, with development of fistulizing lymphadenitis or a purplish exophytic mass requiring surgical treatment for resolution.

A 5-year-old female patient presented with left submandibular lymphadenitis and a history of contact with a cat. After 18 days, despite treatment with azithromycin, she developed an abscess that required drainage. Molecular testing was positive for *Bartonella henselae*.

Two and a half months after drainage, the patient presented with persistent lymphadenopathy and a purplish, exophytic mass, associated with persistent fever. Therefore, excision of the mass with cervical lymphadenectomy was performed, without complications. The patient developed paresis of the left orbicularis oris muscle and hypoesthesia in the left auricular region, which resolved spontaneously.

At 12 months of follow-up, the patient remained asymptomatic and free of disease.

Lymphadenitis due to CSD usually has a favorable, self-limiting course. However, surgical treatment is considered a safe and effective curative option if it progresses to fistulizing lymphadenitis or a purplish exophytic mass after more than two months.

Key words:

- *Bartonella henselae*
- Cat-scratch disease
- Chronic lymphadenitis
- Lymphadenectomy

Cómo citar este artículo: Crehuet Gramatyka D, Enríquez Zarabozo E, Olarte Ingaroca S, Calle Miguel L, Pérez Rastrollo FJ, Álvarez Muñoz V. Tratamiento quirúrgico de la linfadenitis crónica por *Bartonella henselae*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:219-24. <https://doi.org/10.60147/030d13e4>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una de las causas más frecuentes de linfadenitis en la edad pediátrica¹⁻³. Se asocia al antecedente de arañazo o contacto con gatos y suele aparecer tras un periodo de incubación de 1-3 semanas⁴.

La presentación clínica habitual consiste en una linfadenitis autolimitada localizada cerca del punto de inoculación y está causada por *Bartonella henselae*^{1,4,5}. Ante la sospecha de EAG en un paciente inmunocompetente, no se recomienda iniciar tratamiento antibiótico debido a su carácter autolimitado^{1,5,6}. No obstante, en casos de linfadenitis extensas que no se resuelven espontáneamente, en pacientes inmunocomprometidos o ante una enfermedad sistémica, puede ser necesario iniciar un tratamiento antibiótico. En enfermedad localizada, la azitromicina a dosis de 10 mg/kg/día durante 5 días es la pauta más recomendada⁵⁻¹⁰.

De inicio, el drenaje de estas adenopatías está contraindicado debido al riesgo de cronicidad y fistulización, siendo preferible la punción-aspiración^{5,10}. Sin embargo, en casos de supuración o absceso franco, puede ser necesario el drenaje quirúrgico^{3,4,11}.

En situaciones puntuales de evolución crónica, mala respuesta al tratamiento o aparición de una masa excrecente violácea, tanto si se conoce su origen en EAG como si es de etiología incierta, se recomienda el tratamiento quirúrgico mediante linfadenectomía y exéresis de la lesión^{3,4,9,10,12}.

En este artículo presentamos una revisión de la experiencia actual en el tratamiento quirúrgico de la EAG, junto con el caso de una paciente con evolución tórpida que requirió linfadenectomía cervical en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que tras 10 días de haber sufrido arañazos de gato en la cara y extremidades, desarrolla linfadenitis submandibular izquierda asociada a fiebre diaria. Por este motivo, es ingresada e

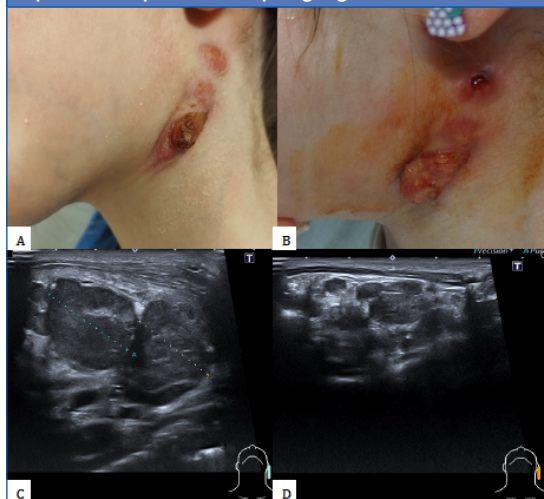
inicia un tratamiento con amoxicilina-clavulánico, al que se añade azitromicina tras obtener resultados serológicos positivos para *Bartonella henselae*.

La ecografía muestra una linfadenitis cervical izquierda extensa con áreas de necrosis (Figura 1).

Tras 18 días de evolución, es derivada a nuestro centro por la presencia de un absceso que requiere drenaje quirúrgico; se obtiene abundante material purulento con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para *B. henselae*. Posteriormente, precisa drenaje en dos ocasiones adicionales por recurrencia de abscesos, a las dos y cuatro semanas del primer procedimiento, respectivamente.

A los dos meses y medio del drenaje inicial, presenta persistencia de la linfadenitis junto con una masa excrecente violácea asociada a fiebre diaria (Figura 1), por lo que se decide realizar exéresis de la masa con linfadenectomía cervical. Intraoperatoriamente se objetiva linfadenitis cervical extensa, con ganglios que contienen material purulento y afectación parcial de la glándula submandibular

Figura 1. Linfadenitis submandibular izquierda con masa violácea excrecente. **A.** Linfadenitis submandibular izquierda: apreciamos masa excrecente carnosa y violácea y adenopatía abscesificada posterior tras 2 meses de inicio de la linfadenitis. **B.** Linfadenitis submandibular izquierda: imagen dos semanas posteriores a la A. Se aprecia crecimiento de masa excrecente y adenopatía posterior que ha drenado espontáneamente. **C y D.** Ecografía tras 15 días de inicio del cuadro con hallazgo linfadenitis cervical izquierda. Se aprecian múltiples ganglios inflamados.



izquierda, por lo que se realiza submaxilectomía parcial del área afectada.

Como se muestra en la **Figura 2A**, la masa adenopática se encontraba en íntimo contacto con estructuras cervicales relevantes, incluyendo la vena yugular interna izquierda, la arteria carótida izquierda, el nervio marginal mandibular (rama del nervio facial), el nervio espinal accesorio y el nervio auricular mayor. Todas estas estructuras fueron preservadas, excepto la rama posterior del nervio auricular mayor, que se encontraba infiltrada.

En el postoperatorio inmediato se añadió tratamiento antibiótico con trimetoprima-sulfametoxazol debido a la extensa afectación cervical.

En el seguimiento ambulatorio, la paciente presentó leve paresia del músculo orbicular del labio inferior izquierdo e hipoestesia en la región auricular izquierda, lo que ocasionó una úlcera por rascado. Ambas complicaciones se resolvieron espontáneamente en el plazo de dos meses, atribuyéndose a

una neuropraxia postquirúrgica e inflamatoria del nervio marginal mandibular y del nervio auricular mayor. La **Figura 2B** muestra el resultado estético de la cervicotomía.

El estudio anatomopatológico reveló una linfadenitis granulomatosa necrotizante y fistulizada (**Figuras 2C y 2D**). La PCR fue positiva para *B. henselae* en todas las muestras analizadas, confirmando el diagnóstico de EAG con evolución tórpida. El cultivo fue positivo para *Staphylococcus aureus* en la muestra quirúrgica, en relación con una probable sobreinfección cutánea, mientras que los estudios para micobacterias resultaron negativos.

Se realizaron ecografía abdominal y fondo de ojo para descartar una afectación sistémica, sin hallazgos patológicos.

Tras un seguimiento de 12 meses, la paciente permanece asintomática y libre de enfermedad.

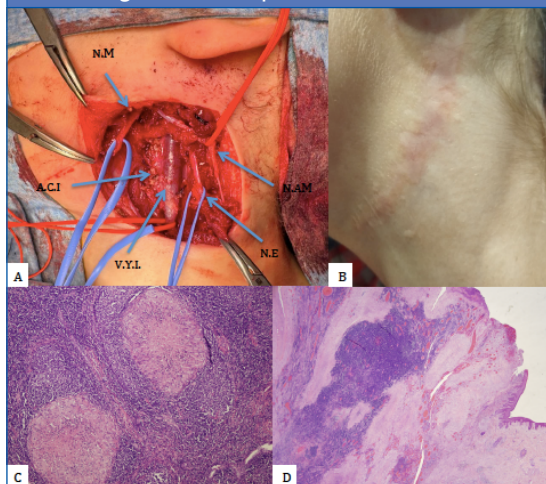
COMENTARIOS

La EAG es una causa frecuente de linfadenitis en la población pediátrica, siendo habitual el antecedente de arañazo de gato entre 1-3 semanas antes de la aparición del cuadro¹⁻⁴. Según la literatura, la afectación ganglionar se localiza en el 46% de los casos a nivel axilar, 26% submandibular o cervical, 18% inguinal y 2% supraclavicular⁴.

Habitualmente se trata de una linfadenitis autolimitada, en la que las recomendaciones actuales no indican la necesidad de tratamiento antibiótico, al no haberse demostrado superioridad frente a placebo^{1,5,6}. No obstante, en casos de linfadenitis extensas que no se resuelven espontáneamente, en pacientes inmunocomprometidos o ante enfermedad sistémica, puede ser necesario iniciar tratamiento antibiótico⁵⁻¹⁰. Aproximadamente un 10% de los casos requiere drenaje quirúrgico por abscesificación⁴. Sin embargo, de forma inicial se recomienda la punción-aspiración frente al drenaje quirúrgico, debido al riesgo de fistulización^{5,10}.

Un pequeño porcentaje de casos puede presentar persistencia de la linfadenitis con evolución desfavorable, en forma de linfadenitis fistulizada o, menos frecuentemente, como una masa excrecente

Figura 2. Linfadenitis submandibular. Intervención quirúrgica, anatomía patológica y resultado final. **2A.** Linfadanectomía cervical izquierda extensa. Observamos resultado tras vaciamiento cervical. N.M: nervio marginal (rama del facial); N.A.M: nervio auricular mayor; N.E: nervio espinal; V.Y.I: vena yugular interna; A.C.I: arteria carótida interna. **2B.** Resultado final de paciente libre de enfermedad tras 6 meses de la intervención. Herida ligeramente ensanchada por tensión tras resección cutánea de zona afecta. **2C.** Anatomía patológica: masa epitelial ulcerativa con trayecto fistuloso. **2D.** Anatomía patológica: múltiples granulomas compatibles con linfadenitis granulomatosa por *Bartonella*



violácea, pudiendo requerir tratamiento quirúrgico para la resolución del proceso^{3,4,9,10,12}. Existe una amplia evidencia sobre los beneficios del tratamiento quirúrgico en linfadenitis granulomatosas asociadas a micobacterias atípicas^{7,13,14}. Sin embargo, el papel de la cirugía en la EAG está menos descrito en la literatura, con escasas publicaciones disponibles.

En concreto, se han identificado tres publicaciones centradas en el tratamiento quirúrgico de la EAG, principalmente en población pediátrica (salvo un paciente de 19 años), que describen resultados satisfactorios^{3,4,11}. La serie más amplia es la de P. Munson⁴, que incluye 9 casos de linfadenitis cervical o submandibular tratados con éxito. Otras publicaciones describen casos aislados de linfadenitis cervical resueltos mediante linfadenectomía^{3,11}. Asimismo, dos series pediátricas describen 4⁷ y 6¹⁴ casos de linfadenitis granulomatosas de etiología inicialmente desconocida, tratadas quirúrgicamente y en las que posteriormente se identificó *Bartonella henselae* como agente causal.

La mayoría de las linfadenectomías descritas en la EAG corresponden a localizaciones cervicales o submandibulares, como en nuestro caso. También se han descrito casos retroauriculares¹⁴, axilares e inguinales⁷. Esto sugiere que, aunque la localización cervical no es la más frecuente, podría ser la que con mayor frecuencia requiera tratamiento quirúrgico.

En relación con el tiempo de evolución hasta la indicación quirúrgica, existe variabilidad en la literatura. Y. King³ recomienda un periodo de espera de hasta 16 semanas, mientras que en la serie de P. Munson⁴ se describe un intervalo de 10 a 120 días desde la aparición de la linfadenitis hasta la cirugía, realizándose la mayoría de las intervenciones tras el primer mes. Dado que la resolución espontánea puede ocurrir hasta los 2 meses desde el inicio¹¹, en nuestro caso se optó por la cirugía tras una evolución tórpida de dos meses y medio. Consideramos que la indicación debe individualizarse según la evolución clínica. No obstante, en casos de persistencia más allá de 2 meses, con o sin fistulización, o ante la presencia de una masa excrescente violácea, la linfadenectomía se presenta como una opción terapéutica segura y eficaz.

Tanto nuestro caso como los descritos en la literatura muestran la resolución completa de la enfermedad sin recidiva. Sin embargo, estos resultados pueden estar influidos por un sesgo de publicación. No se describen complicaciones quirúrgicas relevantes en las series analizadas^{3,4,7,11,14}. En nuestra paciente se observó una neuropraxia transitoria del nervio marginal mandibular (rama del facial), manifestada como paresia del músculo orbicular inferior izquierdo, así como afectación del nervio auricular mayor con parestesias auriculares, ambas de resolución espontánea.

Es fundamental un adecuado conocimiento de la anatomía de las estructuras vasculonerviosas cervicales en la realización de linfadenectomías, especialmente del nervio marginal mandibular y sus variantes anatómicas, para minimizar el riesgo de lesión¹⁵.

Este trabajo presenta un caso clínico tratado con éxito en nuestro centro y aporta una revisión de los escasos casos publicados, y evidencia la efectividad y seguridad del tratamiento quirúrgico en la EAG de evolución tórpida. La principal limitación es la baja incidencia de esta presentación, lo que condiciona la disponibilidad de series amplias. No obstante, la literatura existente, junto con nuestro caso, refuerza el papel de la cirugía como opción terapéutica en casos seleccionados. Este estudio contribuye con un nuevo caso pediátrico y una revisión actualizada del papel de la cirugía en la linfadenitis por EAG (Figura 3), que puede resultar de utilidad en la práctica clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado. Los autores confirman que tienen el consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

EAG: enfermedad por arañazo de gato.

6. 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. <https://doi.org/10.1097/00006454-199806000-00002>
7. Özkan EA, Göret CC, Özdemir ZT, Yanık S, Göret NE, Doğan M, *et al.* Evaluation of peripheral lymphadenopathy with excisional biopsy: six-year experience. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:15234-9.
8. Crowley A, Desai B, Waldron S. Vague Presentation of Cat Scratch Disease in a Child. *Ochsner J.* 2024;24:131-4. <https://doi.org/10.31486/toj.23.0086>
9. Lindeboom JA, Kuijper EJ, Bruijnesteijn van Coppenraet ES, Lindeboom R, Prins JM. Surgical excision versus antibiotic treatment for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: a multicenter, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis.* 2007;44:1057-64. <https://doi.org/10.1086/512675>
10. 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. <https://doi.org/10.1128/AAC.48.6.1921-1933.2004>
11. Lindeboom JA. Pediatric cervicofacial lymphadenitis caused by *Bartonella henselae*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015;120:469-73. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2015.06.031>
12. Suárez A, Baquero C, Floría M, Barea J, Latouche MF, Romero I. Linfadenitis necrotizante submaxilar en la enfermedad por arañazo de gato. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2013;35:139-40. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.016>
13. Torretta S, Gaffuri M, Iba T, Capaccio P, Marchisio P, Maruca A, *et al.* Surgical treatment of non-tuberculous mycobacterial lymphadenitis in children: Our experience and a narrative review. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2018;32:2058738418806413. <https://doi.org/10.1177/2058738418806413>
14. Neven Q, Van der Linden D, Hainaut M, Schmitz S. Long-term outcome of surgical excision for treatment of cervicofacial granulomatous lymphadenitis in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277:1785-92. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05880-5>
15. Babuci A, Stratulat S, Zorina Z, Catereniuc I, Bendelic A, Calancea S, *et al.* Marginal mandibular branch of the facial nerve - anatomical peculiarities and clinical aspects. *Folia Morphol (Warsz).* 2025;84:565-73. <https://doi.org/10.5603/fm.104026>