Revista MEDICA Hondureña

CASO CLÍNICO

Enfermedad por arañazo de gato en un preescolar: reporte de caso

Cat scratch disease in a preschool: case report

Estephanie Alejandra Galindo Munguía[1] https://orcid.org/0000-0001-8837-7651, **Anamaría Molina Moncada**[2] https://orcid.org/0000-0003-3336-5551, **Juan Ramón Aguilera**[2] https://orcid.org/0009-0002-1116-4169, **Martín Alfredo Medina**[3] https://orcid.org/0009-0003-6128-3008, **Héctor Santiago Antúnez Moncada**[4] https://orcid.org/0000-0001-6614-6828, **Elisa del Carmen Hernández**[5] https://orcid.org/0000-0002-1148-9230, **Geovanny Fernando Portillo Wah Lung**[6] https://orcid.org/0009-0003-5657-1718.

[1]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Anestesiología, Reanimación y Dolor; Tegucigalpa, Honduras.
[2]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas; Tegucigalpa, Honduras.
[3]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Ciencias Fisiológicas; Tegucigalpa, Honduras.
[4]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Patología; Tegucigalpa, Honduras.
[5]Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Centro de Investigaciones Biomédicas; Guatemala, Guatemala.
[6]Hospital Viera, Departamento de Cirugía Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección bacteriana causada por *Bartonella henselae*, transmitida a través de rasguños o mordeduras de gatos infectados. Se caracteriza por linfadenopatía regional, fiebre y síntomas inespecíficos. Es más frecuente en niños, adultos jóvenes e individuos inmunodeprimidos. El diagnóstico se realiza mediante serología y biopsia. El tratamiento generalmente incluye antibióticos como la azitromicina. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 5 años, presenta dolor y aumento de volumen en el codo derecho, con masa axilar dolorosa de 1 cm de dos días de evolución, sin fiebre ni síntomas sistémicos. Antecedente de lesión en mano y contacto con gatos. Al examen físico se encuentran lesiones nodulares dolorosas en región epitroclear y axilar derecha. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de brazo derecho sin fracturas, ultrasonido revela adenomegalias. Hemograma normal, serologías negativas excepto para *Bartonella henselae*. Se realiza biopsia del ganglio y patología confirma linfadenitis crónica granulomatosa compatible con enfermedad por arañazo de gato. Se dio tratamiento con azitromicina por 10 días, adenopatías resuelven. **Conclusión:** Es importante considerar la enfermedad por arañazo de gato en pediatría, especialmente en pacientes con contacto frecuente con gatos y linfadenopatía. La asociación entre el antecedente epidemiológico y los hallazgos clínicos constituye un pilar fundamental que orienta hacia un diagnóstico temprano. En Honduras, la EAG debe considerarse en pacientes con linfadenopatía y antecedentes de contacto con gatos, para asegurar un diagnóstico y tratamiento oportunos.
Palabras clave: *Bartonella henselae*; Enfermedad por rasguño de gato; Patología, Preescolar.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) es una infección benigna y generalmente auto limitada causada por la bacteria *Bartonella henselae,* un bacilo gramnegativo pleomorfo y de cultivo exigente. Se transmite a los humanos por inoculación en la piel a través de arañazos o mordeduras de gatos, o directamente por mordeduras del vector artrópodo.[1-4] Tiene distribución mundial, con mayor prevalencia en climas cálidos y húmedos.[5] La incidencia en Estados Unidos de América (EE. UU.) es de 4.5-9.3 por cada 100,000 pacientes ambulatorios y 0.19-0.86 por cada 100,000 pacientes hospitalizados.[6,7]

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta caso de prescolar masculino con 5 años, producto del segundo embarazo, control prenatal sin alteraciones, nacido a las 38 semanas sin complicaciones. Tiene antecedentes personales patológicos de bronquiolitis a los 7 meses y asma bronquial leve persistente en los primeros dos años, controlados con salbutamol y fluticasona inhalada 200 mcg diarios por 12 meses con buena respuesta. Su esquema de vacunación completo.

El paciente presenta dolor y aumento de volumen en el área interna del codo derecho, con dificultad para movilizarlo y una masa del tamaño aproximado de 1 cm en área axilar del mismo lado, blanda, móvil y muy dolorosa a la palpación de dos días de evolución. No se reporta fiebre, pérdida de apetito,

Recibido: 19-01-2025 Aceptado: 28-10-2025 Primera vez publicado en línea: 28-02-2026
Dirigir correspondencia a: *Alejandra Galindo Munguía*
Correo electrónico: *alegalindo.munguia@gmail.com*

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: *Ninguna.*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: *Ninguna.*

Forma de citar: Galindo-Munguía EA, Molina-Moncada A, Aguilera JR, Medina MA, Antúnez-Medina HS, Hernández EDC, Portillo-Wah-Lung GF. Enfermedad por arañazo de gato en un preescolar: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2026; 94(1): 52-56. DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.22189

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es

ni síntomas sistémicos. En los datos epidemiológicos se niega visita a cuevas y salidas de su comunidad en los últimos meses. No hay antecedentes de contacto con pacientes tosedores crónicos o tuberculosis; refiere el contacto con animales domésticos en casa con los cuales juega constantemente. Al interrogar refiere que fue lesionado en área dorsal de la mano por uno de sus gatos. Al examen físico se encuentran los siguientes signos vitales: temperatura 36.7 grados Celsius, oximetría 98%, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto. Presenta un peso de 25.8 kilogramos y talla 126 centímetros, índice de masa corporal de 16.3 kg/m². Se encontraba en buen estado general, con un puntaje de Glasgow de 15, eutrófico, colaborador, con marcha normal y lenguaje fluido y coherente. Se evidencian lesiones nodulares en el área epitroclear y axilar derecha, dolorosas a la palpación y con cambios inflamatorios, una escoriación con costra melicérica y bordes eritematosos en la región dorsal de la mano derecha.

Los estudios de imagen incluyeron una Tomografía Computarizada (TAC) de brazo derecho realizada ante la sospecha clínica de fractura por avulsión de la epitróclea. El estudio descartó lesiones óseas y, en cambio, evidenció la presencia de lesiones nodulares en la región epitroclear, asociadas a mínimo edema del tejido celular subcutáneo. Se solicita ultrasonografía de brazo y región axilar derecha en la que se evidencian adenomegalias en el tejido celular subcutáneo del tercio inferior del brazo derecho en su cara medial que miden entre 10 y hasta 25 mm de diámetro no quísticas, con varias adenomegalias de mismas características en región axilar derecha, la de diámetro mayor de 19.2 mm y también se evidencian en la región pectoral e infraclavicular. El cuello y el abdomen superior están libres de adenomegalias. Los estudios de laboratorio mostraron un hemograma con leucocitos de 6,800/mm³, neutrófilos 38.90%, linfocitos 48.10%. Las serologías para *Toxoplasma gondii* y citomegalovirus fueron negativas, al igual que la prueba de tuberculina (PPD). En cambio, la serología para *Bartonella henselae*, realizada en un laboratorio en Guatemala a los 25 días de evolución mediante Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA), resultó IgG positiva e IgM negativa.

Se realizó una biopsia a cielo abierto de ganglio epitroclear encontrándose en la descripción microscópica marcada hiperplasia folicular linfoide con presencia de múltiples granulomas abscedados rodeados de histiocitos en empalizada y se diagnostica como linfadenitis crónica con granulomas abscedados compatibles con enfermedad por arañazo de gato (**Figura 1 y 2**). Se inició tratamiento con azitromicina (10 mg/kg/día) 260 mg vía oral. por 10 días, logrando la resolución de las adenopatías en una semana. Este caso destaca la importancia de considerar la EAG en pacientes pediátricos con linfadenopatía y antecedentes de contacto con gatos. La confirmación diagnóstica se logró mediante serología específica y biopsia. El tratamiento con azitromicina resultó efectivo, alineándose con las guías actuales para esta condición.

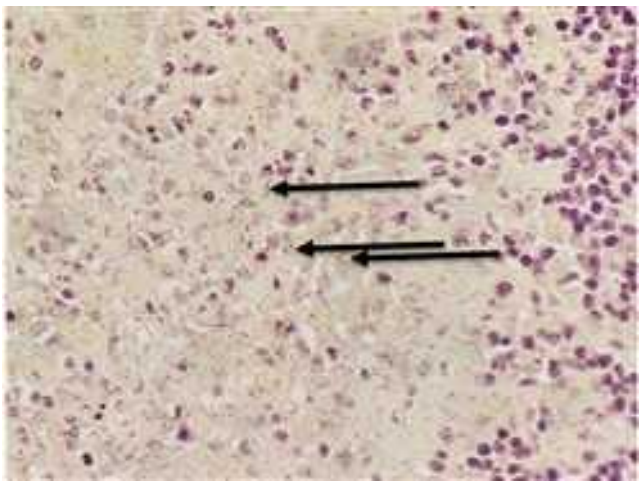

Figura 1. La muestra fue procesada mediante técnica histoquimica, obteniéndose cortes de 4 µm de espesor incluidos en parafina. Se realizó tinción de plata de Warthin-Starry, evidenciando microorganismos bacterianos de localización predominantemente perivascular en tejido de ganglio linfático (flechas).

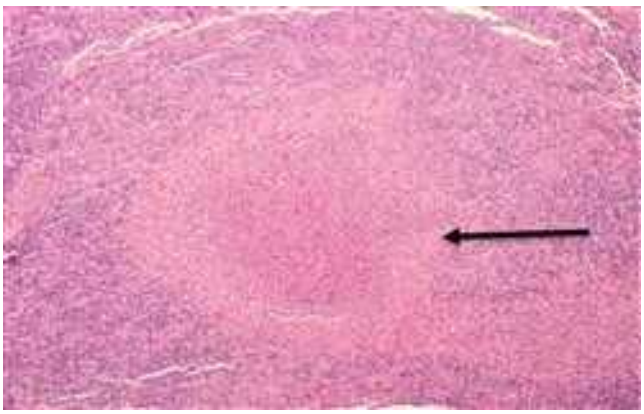

Figura 2. Los cortes histológicos muestran granulomas subcapsulares, necrosis y abscesos rodeados de histiocitos en empalizada.

DISCUSIÓN

El paciente pediátrico presentado cumple con los criterios de infección por *Bartonella henselae*, un bacilo gramnegativo pleomorfo, intracelular y aerobio, de cultivo exigente. Su transmisión ocurre a través de la inoculación por arañazos de gatos, que actúan como reservorios primarios. En este caso, el paciente tiene antecedentes de contacto con gatos y refiere una lesión en la región dorsal de la mano derecha causada por su mascota, lo que se correlaciona con la vía de transmisión descrita en la literatura.[1-3] La infección por *Bartonella spp*. en gatos se describe como endémica en varios países del mundo, con prevalencias diversas.[5,6]

Esta enfermedad es provocada por bacterias intracelulares, aeróbicas y oxidasa-negativas.[7,8] Es la causa principal de

linfadenopatía crónica benigna en niños y adultos jóvenes.[9-12] Comienza con una lesión cutánea en el lugar de inoculación, que se puede acompañar de fiebre los primeros días. Dos semanas después aparece una linfadenopatía regional cercana, siendo las localizaciones más comunes la axila y las regiones cervicales, supraclaviculares y submandibular.[13-16]

La EAG fue reportada por primera vez por Debre en 1950, en un estudio realizado en Estados Unidos entre 2005 y 2013, publicado en 2016, menciona que la incidencia anual estimada durante el período de estudio fue de aproximadamente 4.7 casos por 100,000 habitantes (considerando a menores de 65 años). Un tercio de los casos correspondió a niños menores de 14 años, con la mayor incidencia en el grupo de 5 a 9 años.[17] La evidencia de la circulación zoonótica de *Bartonella* entre la población felina a nivel mundial ha motivado múltiples estudios en humanos. En este contexto, se ha reportado una seroprevalencia de anticuerpos frente a *Bartonella* de 8.7% en España, 9.7% en China, 11.4% en Italia, 11.5% en Turquía, 10.3% en Chile, 15% en Corea, 16.1% en Suecia, 19.8% en Grecia y hasta 24.7% en otra cohorte estudiada en España. Estos porcentajes corresponden a prevalencias observadas en estudios transversales realizados en cada país, y no representan incidencia anual de casos a nivel mundial.[5]

La transmisión entre gatos es a través de las pulgas como vectores. Parece que la picadura de la pulga al hombre no transmite la enfermedad, pero tienen un papel importante en la amplificación del reservorio. La transmisión del gato al hombre casi siempre se debe a arañazos y sólo en muy raras ocasiones se producen por mordiscos o lametones. [4,16]

La forma sistémica se puede desarrollar acompañada o de forma independiente de la adenopatía. Generalmente se presentan fiebre, fatiga, anorexia y malestar general; esto representa la extensión de la enfermedad en el 75% de los pacientes (**Cuadro 1**). Se acompaña de elevación en los reactantes de fase aguda, leucocitosis, trombocitosis e hipergammaglobulinemia con mayor compromiso de la IgG.[7]

Entre las manifestaciones clínicas, el cuadro típico está caracterizado por la formación de la pápula o pústula de tres a ocho días después del arañazo y menos frecuente se incluye el compromiso ganglionar. Se puede sospechar de la enfermedad cuando el paciente refiere algún contacto previo con un gato; sin embargo, el diagnóstico se realiza mediante la detección de anticuerpos anti-*Bartonella henselae* de tipo IgG e IgM mediante la Inmunofluorescencia Indirecta (IFI).[4]

La forma típica (88-89% de los casos) se caracteriza por una sola linfadenopatía ipsilateral al arañazo, apareciendo una a tres semanas después del contacto con gatos, acompañada frecuentemente de fiebre baja, malestar general y pérdida de apetito.[7] La presentación clínica del paciente es compatible con la forma típica de la EAG, caracterizada por la aparición de linfadenopatía dolorosa una a tres semanas después del arañazo. En el caso presentado, la linfadenopatía fue epitroclear y axilar, lo que coincide con la literatura que menciona la localización más frecuente en axila, cervical, supraclavicular y submandibular. El paciente no presentó fiebre, anorexia ni malestar general, lo que sugiere una evolución localizada de la infección sin compromiso sistémico. En la imagenología, la ecografía muestra adenomegalias no quísticas de hasta 25 mm de diámetro, hallazgos esperados en la EAG. El estudio histopatológico confirma la hiperplasia folicular con granulomas abscedados, característicos de la enfermedad.

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas de las presentaciones de la enfermedad por arañazo de gato.

Tipo de EAG	Manifestaciones Clínicas
Presentación Típica	Linfadenopatía localizada con síndrome febril prolongado/fiebre de origen desconocido
Presentación Atípica	Enfermedad hepatoesplénica
	Síndrome oculoglandular de Parinaud
	Neuro retinitis, enfermedad del segmento ocular posterior
	Encefalopatía, estado epiléptico
	Radiculopatía
	Parálisis facial
	Síndrome de Guillain Barré
	Arteritis cerebral
	Mielitis transversa
	Epilepsia parcial continua
	Glomerulonefritis
	Neumonía, derrame pleural
	Purpura trombocitopenia
	Osteomielitis
	Artritis / Artralgia
	Endocarditis
	Angiomatosis bacilar

EAG: Enfermedad por arañazo de gato.[12]

En raras ocasiones, la bacteria puede propagarse a prácticamente cualquier órgano, con manifestaciones que van desde hepatitis granulomatosa y abscesos esplénicos, hasta encefalopatía y osteomielitis. La forma atípica puede incluir síndrome febril prolongado y otras manifestaciones extra ganglionares, atribuidas a diferentes cepas de *Bartonella spp.* y la respuesta inmune del hospedero.[11,17]

En este caso el paciente desarrolló linfadenopatía epitroclear y axilar ipsilateral al sitio de inoculación, lo que se alinea con la evolución fisiopatológica de la EAG. La transmisión ocurre a través de la inoculación del bacilo, provocando la activación del sistema inmunitario con la formación de granulomas y abscesos necróticos. La presencia de histiocitos en empalizada en la biopsia del ganglio epitroclear confirmó la evolución hacia el estadio intermedio de la enfermedad, caracterizado por necrosis central rodeada de histiocitos.

Los estudios imagenológicos revelan múltiples imágenes hipoecogénicas en el hígado o bazo, que corresponden a microabscesos probablemente debidos a diseminación hematógena. Generalmente, estas lesiones tienen un curso benigno y se autolimitan en 1 a 5 meses, aunque a veces evolucionan a calcificaciones.[13]

 DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.22189

El diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato se realiza habitualmente mediante serología y Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), aunque estos métodos pueden retrasar el diagnóstico.[7] En Chile, las pruebas serológicas, como la IFI o ELISA, son las más utilizadas para confirmar la infección, con distintos valores de sensibilidad y especificidad.[8] En Honduras, durante la evaluación del presente caso, no se contó con disponibilidad de PCR ni de serología debido a la falta de reactivos en los laboratorios nacionales. Por esta razón, se solicitó realizar una biopsia de la lesión ganglionar para estudio de anatomía patológica, empleando la coloración de Giemsa, dado que la coloración de Warthin-Starry, basada en nitrato de plata, no estaba disponible. A pesar de las limitaciones de laboratorio, los métodos no invasivos más útiles para orientar el diagnóstico siguen siendo la exposición a felinos, la serología y la PCR.

La confirmación diagnóstica puede realizarse mediante biopsia ganglionar, donde se observa una inflamación granulomatosa con necrosis central estrellada. La tinción de plata de Warthin-Starry puede revelar bacilos en áreas de necrosis, aunque es más útil realizar pruebas serológicas específicas para *B. henselae* mediante IFI, que son altamente sensibles y específicas.[9]

Histológicamente, EAG presenta tres estadios: inicial, intermedio y tardío. En el estadio inicial, se observan granulomas con proliferación de histiocitos, folículos linfoides y agregación de neutrófilos. En el estadio intermedio, los granulomas son irregulares y contienen abscesos estrellados con necrosis central rodeada por histiocitos en empalizada, un borde intermedio de linfocitos y una zona externa de fibrosis. En el estadio tardío, las áreas inflamatorias y necróticas son reemplazadas por células productoras de colágeno, formadas por fibroblastos o fibrocitos. Si la conjuntiva o el párpado están involucrados, puede desarrollarse el síndrome oculoglandular de Parinaud, caracterizado por inflamación en la conjuntiva o el área ocular y linfadenitis preauricular. [5,17]

El diagnóstico también puede basarse en los criterios de Margileth (**Cuadro 2**). Otro estudio de gran utilidad en la sospecha clínica es el ultrasonido con el hallazgo de adenopatías con contenido parcialmente líquido, la presencia de adenopatías intraparotídeas sin compromiso glandular. Y la presencia de granulomas en el bazo sugiere el diagnóstico.[5] La detección de IgG mediante IFI es el estándar de oro, con una sensibilidad del 88-100% y una especificidad del 92-98% por lo que respalda la validez del diagnóstico en este caso. Los cultivos de sangre o tejidos son laboriosos debido al crecimiento lento de *B. henselae*, que requiere medios enriquecidos e incubación prolongada. La IFI para IgG con un corte >1/64 es altamente sensible y específica, pero la IgM anti-*B. henselae* no cumple los requisitos diagnósticos debido a su baja sensibilidad.[10] El diagnóstico serológico se establece mediante la detección de anticuerpos anti-*Bartonella henselae* IgG positivos e IgM negativos, lo que indica una infección pasada o en curso.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos de infección por *Bartonella henselae*.

Tres de cuatro criterios de los siguientes:	
1.	Contacto con gato o pulga independiente de la presencia de sitio de inoculación
2.	Serología negativa para otras causas de adenopatía, aspiración estéril de ganglio, PCR positiva y/o lesiones en hígado-bazo en TAC.
3.	Inmunoanálisis enzimático positivo o IFI con título mayor o igual a 1:64
4.	Biopsia que muestre inflamación granulomatosa atribuible a EAG o tinción de Whartin-Starry positiva

EAG: Enfermedad por Arañazo de Gato; IFI: Inmunofluorescencia indirecta; PCR: reacción en cadena de polimerasa; TAC: tomografía axial computarizada.[12]

En otros estudios de imagen como la TAC puede mostrar imágenes hipodensas hepatoesplénicas que traducen abscesos, y en el tejido óseo una imagen lítica con halo escleroso y reacción perióstica, similar a lo hallado en este paciente; la Resonancia Magnética (RM) es de enorme utilidad en el diagnóstico del compromiso óseo y permite evidenciar imágenes de baja intensidad de señal en T1 e imágenes de alta intensidad de señal en T2.[1] La RM permite evidenciar las lesiones y establecer la extensión del compromiso. La captación precoz del radiofármaco en las zonas comprometidas, con patrón osteoblástico unifocal o multifocal.[1,10]

La prueba IFI para *Bartonella henselae* es sensible y específica, y la biopsia de ganglios linfáticos se usa para descartar otras causas de inflamación.[11] El estudio histológico puede revelar hiperplasia folicular con distorsión leve de la arquitectura linfonodal, actividad macrofágica y deposición de material proteináceo. Aparecen microabscesos con necrosis focal y agregados de neutrófilos, que progresan del córtex a la médula. Los macrófagos forman un halo alrededor del absceso, lo que resulta en granulomas necrotizantes con tinción positiva para bacilos.[6] Los diagnósticos diferenciales incluyen linfadenitis supurativa, infecciones fúngicas, tuberculosis y linfomas, por lo que pueden ser necesarios estudios serológicos y moleculares.[14]

Bartonella henselae in vitro es susceptible a múltiples antimicrobianos, incluyendo penicilinas, tetraciclinas, macrólidos, rifampicina y fluoroquinolonas, aunque solo gentamicina y rifampicina tienen actividad bactericida. No existen estudios controlados que evalúen la efectividad del tratamiento en formas sistémicas y el tiempo óptimo de tratamiento es desconocido. Algunos autores recomiendan tratar solo formas graves e inmunocomprometidos, mientras otros sugieren tratamiento en todas las formas atípicas.[1]

Un estudio demostró que la azitromicina acelera la reducción de adenopatías, y se ha encontrado útil el uso de ciprofloxacino y doxiciclina en infecciones sistémicas. En pacientes inmunocompetentes con EAG típica, se recomienda azitromicina oral durante 5 a 7 días, siendo más eficaz que el placebo en reducir el volumen del ganglio.[6,8,10] En casos de EAG atípica, se tiende a usar tratamiento antibacteriano. La neuro retinitis por EAG suele tener un buen pronóstico, pero se recomienda tratamiento antimicrobiano para evitar secuelas visuales.[7] En formas diseminadas, se recomiendan 2 a 6 semanas de terapia, y en algunos casos, se ha utilizado rifampicina y doxiciclina con buen control bacteriano.[9]

Se puede concluir que la literatura indica que la EAG suele ser auto limitada, pero la administración de macrólidos, como

la azitromicina, acelera la resolución de los síntomas. En este paciente, la respuesta fue favorable al tratamiento con azitromicina durante 10 días, con desaparición de la linfadenopatía en una semana, lo que concuerda con lo descrito en la evidencia.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores participaron en la concepción y desarrollo de este artículo, cuya redacción fue liderada por AGM y AMM. Todos los autores aprobaron la versión final, incorporando las recomendaciones editoriales.

DETALLES DE LOS AUTORES

Alejandra Galindo Munguía, médica general; alegalindo.munguia@gmail.com
Ana María Molina Moncada, estudiante del octavo año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; anamaria.molina@unah.hn
Juan Ramón Aguilera, estudiante del octavo año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; johnrayaguilera@gmail.com
Martin Medina, médico especialista en neumología pediátrica; martinmedina2063@gmail.com
Héctor Santiago Antúnez Moncada, médico patólogo; hsantunez@yahoo.es
Elisa del Carmen Hernández, médica patóloga; elisaherlo@gmail.com
Geovanny Fernando Portillo Wah Lung, cirujano pediatra; drgeovannyportillo@gmail.com

REFERENCIAS

1. Slaifstein C, Borin N, Monzón Ostoich M, Merñiez M, Marqués Burgos P, Aliano J, et al. Enfermedad por arañazo de gato con compromiso óseo múltiple. Arch Argent Pediatr. 2021;119(1):e84-e87. doi: 10.5546/aap.2021.e84.
2. Jurja S, Stroe AZ, Pundiche MB, Docu Axelerad S, Mateescu G, Micu AO, et al. The Clinical Profile of Cat-Scratch Disease's Neuro-Ophthalmological Effects. Brain Sci. 2022; 12(2):217. doi: 10.3390/brainsci12020217
3. León-Sosa A, Orlando SA, Mora-Jaramillo N, Calderón J, Rodríguez-Pazmino AS, Carvajal E, et al. First report of Bartonella henselae and Bartonella clarridgeiae carriage in stray cats from Ecuador and its link to a cat scratch disease outbreak in 2022. Acta Trop. 2024; 257:107278. doi: 10.1016/j.actatropica.2024.107278.
4. Rivera M M, Abarca V K, Vial C P, Ferrés M, García B C, Oddó D. Enfermedad por arañazo de gato Informe de ocho casos. Honduras Pediátrica. [Internet]. 1998 [no hay fecha de cita];19(4):13-16. Disponible en: https://www.bvs.hn/RHP/pdf/1998/pdf/Vol19-1-1998-5.pdf
5. Sepúlveda-García P, Alabi A, Álvarez K, Rojas L, Mella A, Gonçalves LR, et al. Bartonella spp. in households with cats: Risk factors for infection in cats and human exposure. One Health. [Internet]. 2023 [no hay fecha de cita]; 16:100545. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771423000654
6. Mira P, Theel ES. Update on common Bartonella infections. Clin Microbiol News. 2024; 47:1–8. doi: 10.1016/j.clinmicnews.2024.05.002.
7. Pérez R, Fischman A, Poblete MJ, Vizcaya C, Perret C, García C, et al. Infección atípica y neurorretinitis por Bartonella henselae en una unidad de hospitalización pediátrica: comunicación de tres casos. Rev chilena Infectol. 2020;37(4):463–9. doi: 10.4067/S0716-10182020000400463.
8. Salicio-Bermejo Y, Cilla-Eguiluz G, Blanco-Esteban A, Martin-Peñaranda T, Grandioso-Vas D, Echeverría-Irigoyen MJ. Neuroretinitis caused by Bartonella henselae in Gipuzkoa, 2014-2019. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2021;39 (9):451–3. doi: 10.1016/j.eimce.2021.08.001
9. Ventura IB, Gaia MJ, Martins PM, Santos MF. Bartonella henselae neuroretinitis: A rare manifestation of cat-scratch disease. Neurol Perspectives. 2024;4(4):100172. doi: 10.1016/j.neurop.2024.100172
10. Andeen NK, Kung VL, Nguyen JK, Avasare RS, Nakhoul GN, Shrestha NK, et al. Bartonella Endocarditis-Associated Glomerulonephritis: A Mimicker of Autoimmunity and Vasculitis. Kidney Int Rep. 2025. doi: 10.1016/j.ekir.2025.01.009.
11. Albert DM, Salman AR, Winthrop KL, Bartley GB. The Continuing Ophthalmic Challenge of Bartonella henselae. Ophthalmol Sci. 2021;1(3):100048. doi: 10.1016/j.xops.2021.100048.
12. Toríо-Salvador M, Larrea Ayo M, Canteli Padilla B, Guío Carrión L. Not everything aggresive is tumoral: Bartonella henselae osteomyelitis. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2024;42(8):457–8. doi: 10.1016/j.eimce.2024.05.004
13. Lin S, Saccoccio FM. Cat scratch disease: Pediatric case series for varying presentations of Bartonella henselae. IDCases. 2023; 33: e01875. doi: 10.1016/j.idcr. 2023.e01875.
14. Hurtado IC, Laufer M. Enfermedad por arañazo sistémica (infección por Bartonella henselae): una causa de fiebre prolongada que no debemos olvidar, reporte de caso. Infect. 2017;21(1). doi: 10.22354/in. v21i1.645.
15. Lindeboom JA, Tuk JG. Nontuberculous mycobacterial axillary lymphadenitis in children. J Pediatr Surg Case Rep. 2021; 68:101843. doi: 10.1016/j.epsc.2021.101843.
16. Tahmasebi Ashtiani Z, Ahmadinezhad M, Bagheri Amiri F, Esmaeili S. Geographical distribution of Bartonella spp in the countries of the WHO Eastern Mediterranean Region (WHO-EMRO). J Infect Public Health. 2024;17(4):612–8. doi: 10.1016/j.jiph.2024.02.009
17. Peng J, Fan Z, Zheng H, Lu J, Zhan Y. Combined Application of Immunohistochemistry and Warthin-Starry Silver Stain on the Pathologic Diagnosis of Cat Scratch Disease. Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2020;28(10):781–5. doi: 10.1097/PAI.0000000000000829.

ABSTRACT. Introduction: Cat scratch disease (CSD) is a bacterial infection caused by Bartonella henselae, transmitted through scratches or bites from infected cats. It is characterized by regional lymphadenopathy, fever, and nonspecific symptoms. It is more common in children, young adults, and immunocompromised individuals. Diagnosis is made by serology and biopsy. Treatment generally includes antibiotics such as azithromycin. **Case description:** A 5-year-old male patient presented with pain and swelling in his right elbow, with a painful 1 cm axillary mass that had developed two days earlier, without fever or systemic symptoms. History of hand injury and contact with cats. Physical examination revealed painful nodular lesions in the right epitrochlear and axillary regions. Computed axial tomography (CAT) scan of the right arm showed no fractures, and ultrasound revealed adenomegaly. Complete blood count was normal, and serology was negative except for Bartonella henselae. A lymph node biopsy was performed, and pathology confirmed chronic granulomatous lymphadenitis consistent with cat scratch disease. Treatment with azithromycin for 10 days was administered, and the adenopathy resolved. **Conclusion:** It is important to consider cat scratch disease in pediatrics, especially in patients with frequent contact with cats and lymphadenopathy. The association between epidemiological history and clinical findings is a fundamental pillar that guides early diagnosis. In Honduras, CSD should be considered in patients with lymphadenopathy and a history of contact with cats to ensure timely diagnosis and treatment.
Keywords: *Bartonella henselae*; Cat-scratch disease; Pathology, Preschool.