

Carta al Editor

**Respuesta a los comentarios sobre el artículo
"Enfermedad por arañazo de gato: reporte de caso en un
niño"**

**Response to the Letter Regarding the Article "Cat Scratch
Disease: A Case Report in a Child"**

Mauro Pablo Meza Olivera^{1,2,a}; Mai Ling Guevara Terán^{3,a}; Fiorela Alexandra Echeverre Alemán^{2,c}

Filiación:

1. Servicio de Pediatría, Hospital Regional JAMO II-2, Tumbes, Perú.
2. Escuela de Medicina Humana, Universidad Nacional de Tumbes, Perú,
3. Facultad de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú
- a. Médico Pediatra, Doctor en Ciencias de la Salud.
- b. Médico Pediatra.
- c. Interna de Medicina

Correspondencia: Mauro Pablo Meza Olivera; mmezao@untumbes.edu.pe, Miguel Grau manzana LL lote 5 - Puyango, Tumbes- Perú; Teléfono: +51972969712.

ID ORCID del autor

Mauro Pablo Meza Olivera	ORCID-ID 0000-0003-2249-6804
Mai Ling Guevara Terán	ORCID-ID 0009-0005-8341-7024
Fiorela Alexandra Echeverre Alemán	ORCID-ID 0000-0002-0392-3893

Declaración de autoría: Los autores declaran que participaron en conceptualización, metodología, software, investigación, curación de datos, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento: El presente estudio fue financiado con recursos propios del autor y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Recibido: 25-06-2026.

Aceptado: 28-06-2026.

Publicado: 30-06-2026.

Señor Editor,

Agradecemos el interés mostrado por los autores de la carta al editor respecto a nuestro artículo "Enfermedad por arañazo de gato: reporte de caso en un niño" y valoramos las observaciones realizadas, las cuales enriquecen la discusión científica y permiten precisar algunos aspectos clínicos y metodológicos del caso reportado.

En relación con la observación sobre la afirmación de una "alta incidencia de síndromes febriles prolongados", coincidimos en que un reporte de caso no permite estimar medidas epidemiológicas poblacionales. Nuestro propósito fue señalar que, en la práctica clínica de nuestra región, los síndromes febriles prolongados constituyen un motivo de consulta relativamente frecuente y forman parte del diagnóstico diferencial cotidiano, especialmente en áreas donde coexisten diversas enfermedades infecciosas tropicales. En ese sentido, reconocemos que una redacción más precisa habría sido referirse a la frecuente presentación clínica de estos síndromes, evitando interpretaciones de carácter epidemiológico.

Respecto a la prueba de inmunofluorescencia indirecta para *Bartonella henselae*, compartimos la importancia de conocer las características analíticas de la metodología empleada. En nuestro caso, la prueba fue procesada por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud (INS), institución que dispone de procedimientos estandarizados y controles de calidad para el procesamiento de pruebas serológicas. No obstante, atendiendo la pertinente observación, hemos solicitado formalmente al INS información adicional sobre el fabricante del kit, puntos de corte, sensibilidad, especificidad y posibles reacciones cruzadas, con el propósito de complementar la información diagnóstica reportada. Debe considerarse además que el diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato se fundamenta en la integración de los hallazgos clínicos, epidemiológicos y serológicos, debido a que ninguna prueba aislada posee sensibilidad absoluta (1,2).

En relación con el término "PCR", agradecemos la observación realizada. En el manuscrito, dicha abreviatura corresponde a proteína C reactiva y no a reacción en cadena de la polimerasa. Reconocemos que el uso de esta sigla puede generar ambigüedad en el contexto de enfermedades infecciosas, por lo que consideramos pertinente explicitar el término completo para evitar interpretaciones erróneas.

Respecto al tiempo de respuesta de aproximadamente quince días para la obtención de los resultados serológicos, coincidimos en que esta demora no obedece a la técnica diagnóstica en sí, sino a limitaciones logísticas propias de nuestro sistema de referencia. En nuestro hospital, las muestras destinadas al INS son recolectadas únicamente los días martes y posteriormente remitidas al laboratorio nacional, cuyo informe es emitido aproximadamente quince días hábiles después. Esta situación refleja las limitaciones operativas que aún enfrentan diversos establecimientos de salud fuera de la capital y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica descentralizada para enfermedades infecciosas poco frecuentes, reduciendo los tiempos de respuesta y favoreciendo una toma de decisiones clínicas más oportuna (3).

En cuanto al tratamiento antimicrobiano, el esquema terapéutico fue ajustándose de acuerdo con la evolución clínica del paciente. La administración de vancomicina y meropenem por vía intravenosa se inició al quinto día de hospitalización ante la sospecha de una adenitis abscedada y la ausencia de mejoría clínica con azitromicina oral, instaurada desde el tercer día de hospitalización. Posteriormente, el uso de una fluoroquinolona fue recomendado por el Servicio de Infectología Pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño, considerando la evolución clínica y la necesidad de ampliar la cobertura diagnóstica y terapéutica. Si bien la azitromicina constituye el tratamiento de elección en la mayoría de los casos no complicados, existen situaciones clínicas particulares que justifican un manejo individualizado basado en la evolución del paciente y el juicio clínico especializado (4,5).

Finalmente, respecto al mecanismo de transmisión, agradecemos la precisión planteada. Durante la anamnesis se obtuvo el antecedente de contacto frecuente del paciente con gatos pertenecientes a una vecina, con episodios repetidos de arañazos, lo que constituyó un elemento epidemiológico determinante para orientar la sospecha diagnóstica inicial. En consecuencia, coincidimos en que el principal mecanismo de transmisión corresponde al arañazo producido por gatos infectados, mientras que las pulgas desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento del ciclo biológico de *Bartonella henselae* entre los felinos, más que en la transmisión directa al ser humano (2,6).

Es importante señalar que los tiempos de toma, envío y recepción de las muestras corresponden a procedimientos operativos internos acordados entre la DIRESA Tumbes y el Laboratorio Nacional de Referencia del INS, derivados de la organización logística de la red diagnóstica, y no de disposiciones

expresamente establecidas en un documento normativo nacional.

Reiteramos nuestro agradecimiento por las observaciones formuladas, las cuales contribuyen a mejorar la interpretación del caso presentado y resaltan la importancia de continuar fortaleciendo

las capacidades diagnósticas y terapéuticas para enfermedades zoonóticas emergentes en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angelakis E, Raoult D. Pathogenicity and treatment of Bartonella infections. Int J Antimicrob Agents. 2014;44(1):16-25. doi:10.1016/j.ijantimicag.2014.04.006.
2. Chomel BB, Boulouis HJ, Maruyama S, Breitschwerdt EB. Bartonella spp. in pets and effect on human health. Emerg Infect Dis. 2006;12(3):389-394. doi:10.3201/eid1203.050931.
3. Cardoso TL, Gonçalves JM, Hartwig DD. Bartonella henselae: a challenging diagnosis with a bright future. J Microbiol Methods. 2025;239:107296. doi:10.1016/j.mimet.2025.107296.
4. Florin TA, Zaoutis TE, Zaoutis LB. Beyond cat scratch disease: widening spectrum of Bartonella henselae infection. Pediatrics. 2008;121(5):e1413-e1425. doi:10.1542/peds.2007-1897.
5. 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(6):1921-1933. doi:10.1128/AAC.48.6.1921-1933.2004.
6. Nelson CA, Saha S, Mead PS. Cat-scratch disease in the United States, 2005-2013. Emerg Infect Dis. 2016;22(10):1741-1746. doi:10.3201/eid2210.160115.