

Síndrome oculoglandular de Parinaud. A propósito de un caso clínico

Leticia Inmaculada Díaz Hernández, Valewska Gabriela Wallis Gómez, Rocío Díaz de Bethencourt Pardo, Claudia Hernández Pérez, Marina Ramos Pérez

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente en las consultas de urgencias pediátricas y atención primaria. Es fundamental la realización de una correcta historia clínica y exploración física para orientar el diagnóstico, teniendo en cuenta los signos de alarma que requieran derivación a un Servicio de Oftalmología y tratamiento precoz para evitar consecuencias. Entre las causas más infrecuentes de ojo rojo se encuentra el síndrome oculoglandular de Parinaud, manifestación ocular más frecuente de la enfermedad por arañazo de gato, producida por *Bartonella henselae*, caracterizado por conjuntivitis unilateral granulomatosa no supurativa, asociada a linfadenopatía preauricular ipsilateral, en un paciente con antecedente de contacto con animal doméstico como gato, perro o conejo. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en la realización de serología. Se trata de una enfermedad autolimitada, con posibilidad de acortar la sintomatología mediante azitromicina oral durante cinco días. Debemos sospechar este síndrome ante cuadros de ojo rojo de semanas de duración con evolución tórpida, para lo que es fundamental un interrogatorio y exploración física orientados.

Presentamos el caso de un niño en edad escolar con síndrome oculoglandular de Parinaud.

Palabras clave: Bartonella, enfermedad por arañazo de gato, ojo rojo, síndrome oculoglandular de Parinaud.

Summary. Parinaud's oculo-glandular syndrome. A case report

Red eye is a common cause for consultation in pediatric emergency and primary care appointments. It is essential to carry out a correct clinical history and physical examination to guide the diagnosis, taking into account the warning signs that require referral to Ophthalmology and early treatment. Among the rarer causes of red eye is Parinaud's oculoglandular syndrome, the most common ocular manifestation of cat scratch disease, produced by *Bartonella henselae*, characterized by unilateral non-suppurative conjunctivitis, associated with ipsilateral preauricular lymphadenopathy, in a patient with history of contact with pets such as cats, dogs or rabbits. Its diagnosis is based on clinical suspicion and the performance of serology. It is a self-limited disease, with the possibility of shortening the symptoms with oral azithromycin for 5 days. We should suspect this syndrome in the presence of weeks-long red eye symptoms with a torpid evolution, for which a guided interrogation and physical examination is essential.

Key words: Bartonella, cat-scratch disease, Parinaud's oculo-glandular syndrome, red eye.

Introducción

El ojo rojo es una patología frecuente en las consultas de urgencias pediátricas y en atención primaria, presente en uno de cada tres pacientes que acuden. Se trata de un signo inespecífico, pudiendo ser debido a patología propiamente ocular (conjuntiva, esclera, córnea, con-

ducto nasolagrimal, retina, úvea...) o formando parte de una patología sistémica subyacente. Su etiología es muy variada, teniendo que realizar un diagnóstico diferencial entre conjuntivitis -causa más frecuente- infecciosa y no infecciosa, traumatismos, cuerpo extraño y otras causas menos frecuentes como tumores o síndrome oculoglandular de Parinaud

(SOGP)^{1,2}.

Para la evaluación del ojo rojo, es fundamental la higiene de manos y el uso de guantes para evitar epidemias de conjuntivitis viral. La hiperemia ciliar (alrededor del limbo esclero-corneal) es más preocupante que la hiperemia conjuntival, debido a que suele indicar patología de la córnea o del interior del ojo. Resulta de interés la eversión de los párpados para la valoración de la conjuntiva tarsal y bulbar en busca de granulomas, folículos, papilas o cuerpos extraños, siendo este último un motivo frecuente de ojo rojo en la edad pediátrica, pudiendo completar el estudio mediante la tinción con fluoresceína en busca de posibles erosiones o úlceras corneales consecuentes. En caso de secreción ocular, es necesario tomar muestras para cultivo. Se debe evaluar la visión, ya que su alteración puede suponer una afectación posterior del ojo y, por tanto, se trata de un motivo de derivación a un Servicio de Oftalmología. El dolor ocular y la opacidad corneal también son motivos de derivación al especialista^{2,3}.

El ojo del niño es un órgano en desarrollo, por lo que, a pesar de que la mayoría de las ocasiones se trata de patología benigna, resulta esencial realizar una buena historia clínica para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz, y así evitar consecuencias⁴.

Presentamos un caso de SOGP, manifestación ocular más frecuente de la enfermedad por arañazo de gato, en un niño en edad escolar.

Caso clínico

Niño de nueve años que acude al servicio de urgencias pediátricas por un cuadro de dos semanas de evolución de hiperemia conjuntival derecha asociado a edema periorbitario, que no ha mejorado a pesar de colirio de tobramicina, con extensión del edema a la región preauricular ipsilateral en los últimos días, permaneciendo afebril. Refería contacto previo con un gato desde hacía dos meses, con un arañazo en el antebrazo izquierdo.

A la exploración física se encuentra con buen estado general, normocoloreado, normohidratado y afebril. Presenta un

edema periorbitario derecho con hiperemia conjuntival y granuloma en conjuntiva tarsal inferior (figura 1), movilidad ocular preservada, aunque dolorosa, y agudeza visual conservada. Pupilas isocóricas y normo-reactivas. Edema hemifacial ipsilateral, con adenopatía preauricular derecha palpable, fluctuante, blanda y dolorosa a la palpación, de 3x2 cm, no adherida a planos profundos, levemente hiperémica (figura 2). Excoriación lineal de 4 cm de longitud en cara anterior de antebrazo izquierdo, en fase resolutiva.

Se extrae analítica sanguínea con hemograma y bioquímica con iones, perfil renal y amilasa, con valores dentro de la normalidad. La proteína C reactiva (PCR) fue de 1,30 mg/dL.



Figura 1. Hiperemia conjuntival derecha con edema periorbitario y granuloma en conjuntiva tarsal inferior



Figura 2. Edema hemifacial derecho con adenopatía preauricular.

Se decide realizar interconsulta al Servicio de Oftalmología, que no objetiva signos de alarma y decide iniciar tratamiento con oxitetraciclina e hidrocortisona con control ambulatorio.

Ante la sospecha de SOGP por enfermedad por arañazo de gato y buen estado general del paciente, se decide dar de alta con tratamiento con azitromicina oral durante cinco días. La serología *a posteriori* fue positiva para *Bartonella henselae*, con un título de IgG por inmunofluorescencia indirecta de 1:128. Al cabo de unos días presentaba notable mejoría de la sintomatología.

Discusión

Como se describió previamente, el ojo rojo puede ser la manifestación clínica de un amplio grupo de enfermedades, siendo el interrogatorio y la exploración fundamentales para orientar el diagnóstico. En la anamnesis se incluirán datos como el momento del inicio del cuadro, duración, dolor, afectación uni o bilateral, traumatismos previos, síntomas acompañantes, tratamiento recibido, antecedentes familiares, antecedentes médico-quirúrgicos, etc. A continuación, se realizará una exploración física completa del paciente, se valorará el tipo de inyección ocular, inspección de conjuntiva y córnea, la agudeza visual, examen y eversión de párpados, secreción ocular, movilidad ocular, morfología de la pupila y reactividad a la luz y síntomas acompañantes oculares como prurito, quemazón, dolor, fotofobia e hinchazón; y síntomas acompañantes generales como fiebre, pérdida de peso, adenopatías, exantema, visceromegalias, o síntomas respiratorios y gastrointestinales¹.

La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis causada por *Bartonella henselae*, un bacilo gram-negativo, cuyo reservorio son animales domésticos como gatos, perros y conejos. La prevalencia estimada de *Bartonella henselae* en gatos difiere entre países, variando desde 2,5 % en Alemania hasta 18-42 % en diferentes regiones de Chile. El contagio se produce mediante la inoculación de las heces infectadas de las pulgas, siendo el vector mejor reconocido el *Ctenocephalides felix*, a través del arañazo del gato habitualmente, pudiendo transmitirse también por morde-

dura o saliva. Afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes, en otoño-invierno⁵. La presentación clínica más frecuente es en forma de linfadenopatías loco-regionales de aparición 1-3 semanas tras la inoculación, presentando un 85% de los pacientes afectación nodular única. Aproximadamente un 10 % de los pacientes presentan sintomatología sistémica como fiebre, mialgias, artralgias o esplenomeglia, pudiendo reflejar la diseminación hematogena del patógeno. Existen otras formas atípicas como encefalopatía, fiebre prolongada asociada o no a hepatomegalia o neuroretinitis. En un 5-10% de los casos puede existir afectación ocular, siendo el SOGP la manifestación más frecuente. Otras alteraciones oftalmológicas incluyen la neurorretinitis, coroiditis, oclusión de la arteria de la rama retiniana, oclusión de la vena retiniana, desprendimiento de retina y lesión macular^{6,7}. La prueba de referencia para el diagnóstico de la EAG es la serología mediante inmunofluorescencia indirecta para detectar anticuerpos IgM e IgG. La alta tasa de seroprevalencia de la población implica que la especificidad de la IgG por inmunofluorescencia indirecta sea valiosa, de forma que, un título > 1:64 sugiere infección por *Bartonella*, con una sensibilidad del 70 % y especificidad del 95 % aproximadamente^{8,9}. La alta sospecha clínica de SOGP en nuestro paciente tras la historia y exploración física, llevó a la solicitud de la serología para *Bartonella henselae*, con un título superior al doble del cual se considera positivo para diagnosticar la infección.

El SOGP, descrito por primera vez en 1889 por Henri Parinaud, se caracteriza por una conjuntivitis unilateral no supurativa, pudiendo acompañarse de granuloma conjuntival, ulceración o necrosis, y que se asocia a linfadenopatías preauriculares o submandibulares ipsilaterales, que pueden ser supurativas^{10,11}. Este síndrome se puede acompañar de fiebre leve y mal-estar general. Por su baja incidencia, el mayor reto para el diagnóstico es la sospecha clínica, debiendo realizarse sobre todo ante cuadros de ojo rojo de semanas de evolución, asociado a granuloma, con escasa mejoría clínica tras administración de colirios. En el presente caso, existía una conjuntivitis granulomatosa unilateral asociada a adenopatía preauricular ipsilateral dolorosa, sin necrosis ni ulceración, ni otra

clínica sistémica asociada. Sin embargo, dado el dolor con el movimiento ocular, así como la evolución tórpida del cuadro, se decidió consultar al oftalmólogo, que no halló signos de alarma. Se trata de la manifestación ocular más frecuente de la enfermedad por arañazo de gato, producida por *Bartonella henselae*, siendo su asociación descrita por primera vez en 1953. No obstante, otros agentes más inusuales implicados en el desarrollo de este síndrome incluyen la tularemia, tuberculosis, sífilis, esporotricosis, *Yersinia enterocolitica*, virus herpes simple I, virus de Epstein Barr, *Rickettsia* y *Chlamydia trachomatis*.¹² Sin embargo, en el presente caso clínico, el antecedente de arañazo de gato, orientó la búsqueda etiológica en la infección por *Bartonella henselae*. El SOGP presenta buen pronóstico, con un curso benigno de resolución espontánea, aunque lenta -de uno a tres meses-, pudiéndose acortar la duración de los síntomas mediante azitromicina oral durante 5 días. Ante casos complicados, como la neurorretinitis, la alternativa sería el tratamiento combinado de doxiciclina y rifampicina durante cuatro semanas^{11,13}. Nuestro paciente presentó una clara mejoría clínica, tanto de la conjuntivitis como de la adenopatía ipsilateral, tras 2-3 días de tratamiento con azitromicina oral.

Para concluir, resaltar la importancia de realizar una buena historia clínica y exploración física ante la consulta de ojo rojo, motivo de consulta recurrente en los servicios de urgencias, haciendo hincapié en los antecedentes personales para llegar al diagnóstico correcto, con el objetivo de disminuir la realización de pruebas complementarias adicionales innecesarias. En el presente caso clínico, la correcta anamnesis mediante el interrogatorio sobre antecedentes de arañazo de gato, y la exploración física sugestiva, estableció la sospecha clínica de SOGP, que orientó a solicitar las pruebas complementarias pertinentes y pautar el tratamiento indicado. Finalmente, resulta de interés insistir en la correcta higiene de manos y en el control de la erradicación de parásitos en animales de compañía.

Bibliografía

- Huerta J. Protocolo de Urgencias Oftalmológicas. Ojo rojo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, 2007. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=ContentDisposition&blobheadname2=cadena&blobheadvalue1=filename%3DOJO_ROJO.pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352847676204&ssbinary=true
- Wong MM, Anninger W. The pediatric red eye. *Pediatr Clin N Am*. 2014; 61:591-606
- Greenberg MF, Pollard ZF. The red eye in childhood. *Pediatr Clin N Am*. 2003; 50:105-124
- Corral AC, Dureau P, Corral SC, Ferran IV, Domingo MLA. El ojo rojo en pediatría. *Pediatr Integral* 2018; 22:16-23.
- Conrad DA. Treatment of cat-scratch disease. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13:56-59
- Johnson A. Ocular complications of cat scratch disease. *Br J Ophthalmol* 2020; 104:1640-1646
- Obando I, Moreno MJ, Díez MJ, Martí P, Corrales F. Enfermedad por arañazo de gato. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *An Esp Pediatr* 1997; 47:209-210
- Shorbatli LA, Koranyi KI, Nahata MC. Effectiveness of antibiotic therapy in pediatric patients with cat scratch disease. *Int J Clin Pharm* 2018; 40:1458-1461
- Chia JKS, Nakata MM, Lami JLM, Park SS, Ding JC. Azithromycin for the treatment of cat-scratch disease. *Clin Infect Dis* 1998; 26:193-194
- Pick W. Parinaud's oculoglandular syndrome. *J Pediatr* 1956; 49:316-319
- Hernández-Porto M, Sánchez R, Martínez B, Rodríguez JC. Conjuntivitis palpebral y adenopatía preauricular: síndrome oculoglandular de Parinaud. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; 35.2:122-124
- Dominguez I, Cartes C, Sabat P, Ortiz O, Matus G, Traipe L. Isolated conjunctival granuloma as a first manifestation of Parinaud's oculoglandular syndrome: A case report. *Am J Ophthalmol* 2019; 14:58-60
- Sacks CA, MD. Parinaud's oculoglandular syndrome in cat scratch disease. *N Engl J Med* 2018; 379:e31