

Síndrome oculoglandular de Parinaud: a propósito de un caso pediátrico

Franco Daponte, Marianela A. Cocca Gioco, Ricardo Zaldua, Gustavo Galperin

Instituto Oftalmológico Argentino (IOFA), Buenos Aires, Argentina

Recibido: 12 de julio de 2024.

Aprobado: 20 de agosto de 2024.

Autor corresponsal

Dr. Franco Daponte

IOFA

Bartolomé Mitre 1248

(C1036AAW) Buenos Aires

+54 911 3166-3224

francodaponte94@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)

2024; 17(3): e440-e445.

Resumen

Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente pediátrica con síndrome oculoglandular de Parinaud. Se trata de una niña de 4 años que acude a emergencias presentando una conjuntivitis y un granuloma conjuntival en ojo izquierdo que no había resuelto al tratamiento tópico indicado en otro centro. A la inspección evidenciaba adenopatía ipsilateral preauricular. Al interrogatorio realizado a la paciente y a la madre surge el antecedente de rasguño de gato unas semanas antes. Se solicitó serología y examen sistémico y se inició tratamiento con azitromicina vía oral con posterior resolución del cuadro.

Concluimos que se debe estudiar en profundidad ante un cuadro de conjuntivitis unilateral que no resuelve y es necesario considerar al síndrome oculoglandular de Parinaud como diagnóstico diferencial de conjuntivitis unilateral ya que se puede obtener una pronta resolución del cuadro con el tratamiento adecuado.

Palabras clave: síndrome oculoglandular de Parinaud, enfermedad por arañazo de gato, conjuntivitis granulomatosa unilateral, azitromicina, pediatría.

Parinaud oculoglandular syndrome: a pediatric case report

Abstract

Our objective is to present a case of a pediatric patient with Parinaud's oculoglandular syndrome. The patient was 4 years old and came to the emergency room with conjunctivitis and a conjunctival granuloma in the left eye that had not resolved af-

ter topical treatment indicated in another center. On inspection she showed ipsilateral preauricular adenopathy. Upon questioning the patient and her mother, a history of a cat scratch a few weeks earlier was noted. Serology and systemic examination of the patient were requested and treatment with oral azithromycin was started, with subsequent resolution of the symptoms.

We conclude that unilateral conjunctivitis that does not resolve should be studied in depth and it is necessary to consider Parinaud oculoglandular syndrome as a differential diagnosis of unilateral conjunctivitis since a prompt resolution of the symptoms can be obtained with the appropriate treatment.

Keywords: Parinaud oculoglandular syndrome, cat scratch disease, unilateral granulomatous conjunctivitis, azithromycin, pediatrics.

Síndrome oculoglandular de Parinaud: um caso pediátrico

Resumo

Nosso objetivo é apresentar o caso de um paciente pediátrico com síndrome oculoglandular de Parinaud. Trata-se de um paciente de 4 anos que chegou ao pronto-socorro com conjuntivite e granuloma conjuntival em olho esquerdo que não teve resolução com tratamento tópico indicado em outro centro. À inspeção, era evidente adenopatia pré-auricular ipsilateral. Durante a entrevista com a paciente e a mãe, surgiu história de arranhões de gato algumas semanas antes. Foram solicitados sorologia e exame sistêmico e iniciou-se tratamento com azitromicina oral com posterior resolução do quadro.

Concluimos que um quadro de conjuntivite unilateral que não remite deve ser estudado em profundidade e é necessário considerar a síndrome oculoglandular de Parinaud como diagnóstico diferencial da conjuntivite unilateral, já que a pronta resolução do quadro pode ser obtida com tratamento adequado.

Palavras-chave: síndrome oculoglandular de Parinaud, doença da arranhadura do gato, conjuntivite granulomatosa unilateral, azitromicina, pediatria.

Introducción

El síndrome oculoglandular de Parinaud fue por primera vez descrito por Henri Parinaud en 1889 tras reportar 3 pacientes con cuadro febril, adenomegalias y conjuntivitis folicular¹. Actualmente se lo considera un complejo patológico caracterizado por la presencia de un granuloma conjuntival en conjunto con adenomegalia regional² y puede o no estar acompañado de fiebre³. La infección por *Bartonella* es la principal causa, aunque también se puede dar por tuberculosis, tularemia (*Francisella tularensis*), sífilis, esporotricosis, *Chlamydia tracomatis*².

En el 2023, Romero *et al.* publicaron un llamativo caso de esta enfermedad con una severa afectación granulomatosa y áreas de necrosis conjuntival en un paciente de 15 años de edad, pero que a pesar de la intensidad de las lesiones observadas pudo resolverse adecuadamente mediante el tratamiento de azitromicina⁴. Nos resulta relevante aportar también nuestro caso y experiencia para que otros colegas puedan sospechar la patología y tratarla oportunamente.

En este texto se presenta a una niña de 4 años con una conjuntivitis unilateral con un foco en conjuntiva bulbar de tres semanas de evolución que no resolvía al tratamiento convencional.

Caso clínico

Acudió por guardia una paciente de 4 años de edad con un cuadro de irritación en el globo ocular izquierdo de tres semanas de evolución. Acudió previamente a otro centro y le habían indicado colirio gatifloxacina con dexametasona cuatro veces al día. Al momento de la consulta lo había utilizado 5 días sin evolución favorable.

No presentaba antecedentes generales ni oftalmológicos de relevancia.

Al examen ocular presentaba una agudeza visual de 20/20 en ambos ojos. A la inspección se podía palpar adenomegalia preauricular izquierda. Al examen biomicroscópico con lámpara de hendidura se examinó el ojo derecho



Figura 1. Granuloma en conjuntiva bulbar nasal.



Figura 2. Linfadenopatía preauricular palpable.

sin particularidades. En el izquierdo se observó inyección conjuntival con reacción folicular de conjuntiva tarsal inferior y un granuloma en conjuntiva bulbar de 4 x 4 mm de tamaño localizado en área nasal de conjuntiva bulbar que estaba adherido al lecho escleral (fig. 1). Se realizó oftalmoscopia binocular indirecta en ambos ojos sin hallazgos patológicos.

Ante el presente cuadro clínico se sospechó el síndrome oculoglandular de Parinaud. Se realizó interrogatorio dirigido a través del cual surgió antecedente de rasguño en la cara de un felino doméstico semanas antes. No presentó fiebre en el mes previo.

Se solicitó serología para *Bartonella*, toxocarriasis y toxoplasmosis, así también como VDRL y FTA-ABS y un test para el derivado proteico purificado (PPD). Se realizó interconsulta con pediatría para descartar cuadro sistémico y se solicitó ecografía de ganglios preauriculares. En su exploración se detectó linfadenopatía preauricular palpable (fig. 2) que mediante la ecografía

se informó como ganglio de 12 mm compatible con adenomegalia.

Se indicó azitromicina 10 mg/Kg/día como dosis inicial y luego continuó con 5 mg/kg/día por 4 días adicionales y se la citó a control.

En el nuevo control oftalmológico biomicroscópico a los 5 días el granuloma había disminuido notablemente (fig. 3). En esa consulta trajo los resultados de la serología solicitados que confirmaron nuestra sospecha diagnóstica, presentando valores de IgG antibartonella de 1/64 y una IgM negativa. La adenomegalia y la reacción conjuntival resolvieron completamente al cabo de 20 días (fig. 4).

Discusión

El síndrome oculoglandular de Parinaud es un cuadro sistémico caracterizado por adenomegalias preauriculares, submandibulares o cervicales y una infección conjuntival, palpebral o de piel



Figura 3. Evolución del cuadro a los 5 días de haber iniciado el tratamiento con azitromicina.

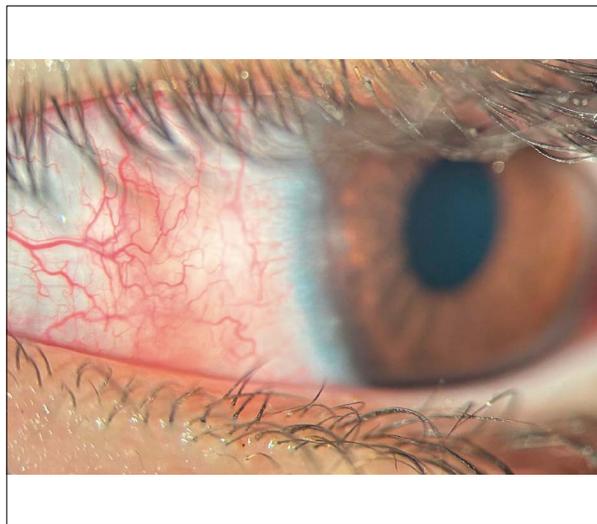


Figura 4. Estado de la conjuntiva a los 20 días de haber iniciado el tratamiento.

adyacente a estas estructuras. A nivel conjuntival se manifiesta como un granuloma que puede hallarse en conjuntiva tarsal o bulbar, pudiéndose localizar en el fórnix o en el canto interno midiendo de 3 a 20 mm de diámetro^{2, 5-6}.

Los granulomas conjuntivales pueden relacionarse con variadas etiologías que deben considerarse y estudiarse sistémicamente para arribar a un correcto diagnóstico. Pueden deberse a patología inflamatoria, neoplásica o infecciosa (poliangitis granulomatosa, sarcoidosis, linfoma, tuberculosis, tularemia, sífilis, esporotricosis, *Chlamydia trachomatis*⁷, enfermedad de Chron, cuerpos extraños conjuntivales, etc).

El síndrome oculoglandular de Parinaud es la manifestación ocular más frecuente de bartonelosis, donde es un 5% de las manifestaciones oculares de *Bartonella*⁸⁻¹⁰; le sigue en frecuencia a nivel ocular la neurorretinitis (1% del total de presentaciones)⁸ y formas menos frecuentes como coroiditis, oclusión de rama de arteria retinal, oclusión de rama de vena de retina, agujero macular³. La infección por *Bartonella* afecta a adultos como a pacientes pediátricos con predilección por los climas templados y con mayor incidencia en las estaciones de otoño e invierno, como fue comunicado por Reynolds y colaboradores en Estados Unidos¹¹. En su estudio evaluaron a 670 pacientes que presentaron la enfermedad por arañazo

de gato (EAG), remarcaron la prevalencia de la enfermedad en la zona sur de los Estados Unidos de Norte América con un rango etario entre los 5 a 17 años y con evidencia de aumento en las internaciones en aquellos pacientes menores de 5 años¹¹. Por otra parte en la Argentina, Deregibus y colaboradores presentaron un estudio con 150 pacientes con EAG con una edad media de $7,9 \pm 3,68$ años, de los que solo el 14% (11 pacientes) requirió de internación sin aclarar la edad de esos pacientes y 10 de estos presentaron tenían adenitis abscedada¹².

Dada las múltiples etiologías posibles del síndrome oculoglandular de Parinaud es esencial no solo la evaluación física del paciente sino también un correcto estudio serológico para brindar un adecuado tratamiento. Para la confirmación diagnóstica de un cuadro de enfermedad por arañazo de gato se requiere de un estudio serológico mediante inmunofluorescencia indirecta (IFA)¹³. Para la IgG anti-BH se estima que la sensibilidad es de 88%-100% y la especificidad es de 92%-98%; valores entre 1:64 y 1:256 sugieren posible infección por *Bartonella*, mientras que valores superiores a 1:256 sugieren fuertemente infección por *Bartonella*⁷.

En cuanto a la IgM anti BH aislada brinda muy alta especificidad pero baja sensibilidad³, es por eso que no se toma en cuenta aislada en la prác-

tica diaria. Ante estudios serológicos negativos pero una fuerte sospecha clínica se puede optar por la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés). Este método diagnóstico presenta mayor capacidad para detectar al agente en estudio¹⁴.

La conducta ante estos cuadros suele ser el seguimiento ya que puede resolver de manera espontánea. La resolución de las adenomegalias puede extenderse sin medicación varios meses y en un 10% de los casos puede presentar supuración y requerir de aspiración con aguja 18 o 19 G². La guía práctica para el manejo y diagnóstico de infecciones de piel y tejidos blandos de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) recomienda el uso de azitromicina para el tratamiento de las adenomegalias¹⁵. Sugiere usar 500 mg de azitromicina el primer día de toma en personas que pesen más de 45 kg y luego continuar con 250mg/día por cuatro días más. Quienes pesen menos de 45 kg deben recibir 10 mg/kg/día el primer día y luego 5 mg/kg/día por 2 a 5 días más. El grado de recomendación para la azitromicina en dicha guía es "A-I", que corresponde a un buen nivel de evidencia para avalar su utilización¹⁵. Por el contrario, el uso de doxiciclina o eritromicina en estos casos presenta una recomendación y grado de evidencia B-III, muy por debajo que el otorgado a la azitromicina.

Conclusión

Ante una lesión conjuntival de evolución tórpida asociado a adenomegalia ipsilateral y en niños siempre considerar el diagnóstico de síndrome oculoglandular de Parinaud. Como en el presente caso, se deben estudiar estos pacientes de forma interdisciplinaria para descartar el cuadro visceral de la enfermedad. Se indica la exploración clínica, oftalmológica y serológica para arribar al diagnóstico etiológico de certeza y se deberá considerar el riesgo de hospitalización en pacientes pediátricos, aunque el tratamiento con azitromicina vía oral resulta eficaz en la resolución de la enfermedad, utilizando el esquema terapéutico recomendado.

Referencias

1. Ouvrier R. Henri Parinaud and his syndrome. *Med J Aust* 1993; 158: 711, 714.
2. Guerrero Vázquez J, Cabrerizo MA. Síndrome óculo-glandular de Parinaud. *Rev Web PEDIátrica* 2008, julio. Disponible en: https://www.webpediatria.com/casosped/pdf/97_pa-rinaud.pdf
3. Domínguez I, Cartes C, Sabat P *et al.* Isolated conjunctival granuloma as a first manifestation of Parinaud's oculoglandular syndrome: a case report. *Am J Ophthalmol Case Rep* 2019; 14: 58-60.
4. Romero E, Abuin L, Villalba J *et al.* Enfermedad por arañazo de gato y síndrome oculoglandular de Parinaud: a propósito de un caso clínico. *Oftalmol Clin Exp* 2023; 16: e282-e288.
5. Habet-Wilner Z, Trivizki O, Goldstein M *et al.* Cat-scratch disease: ocular manifestations and treatment outcome. *Acta Ophthalmol* 2018; 96: e524-e532.
6. Arango-Ferreira C, Castano J. Parinaud's oculoglandular syndrome in cat scratch disease. *N Engl J Med* 2018; 379: e31.
7. Klotz SA, Ianas V, Elliott SP. Cat-scratch disease. *Am Fam Physician* 2011; 83: 152-155.
8. Carithers HA. Cat-scratch disease: an overview based on a study of 1,200 patients. *Am J Dis Child* 1985; 139: 1124-1133.
9. Massei F, Gori L, Macchia P, Maggiore G. The expanded spectrum of bartonellosis in children. *Infect Dis Clin North Am* 2005; 19: 691-711.
10. Pecora F, Abate L, Scavone S. Management of infectious lymphadenitis in children. *Children (Basel)* 2021, 8: 860.
11. Reynolds MG, Holman RC, Curns AT *et al.* Epidemiology of cat-scratch disease hospitalizations among children in the United States. *Pediatr Infect Dis J* 2005, 24; 700-704.
12. Deregibus MI, Bagnara EI, Buchovsky A. Cat-scratch disease: experience in a tertiary care children's hospital. *Arch Argent Pediatr* 2023; 121: e202202592.
13. Goaz S, Rasis M, Binsky Ehrenreich I *et al.* Molecular diagnosis of cat scratch disease: a

25-year retrospective comparative analysis of various clinical specimens and different PCR assays. *Microbiol Spectr* 2022; 10: e0259621.

14. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF *et al*. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis* 2005, 41: 1373-1406.

15. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF *et al*. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections [published correction]. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1219.