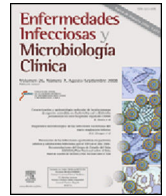




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Conjuntivitis palpebral y adenopatía preauricular: síndrome oculoglandular de Parinaud

Palpebral conjunctivitis and preauricular adenopathy: Parinaud's oculoglandular syndrome

Miriam Hernández-Porto^{a,*}, Rocio Sánchez Burgos^b, Blanca Martínez de las Heras^c
y Jose Cayetano Rodríguez Luis^c

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

Descripción del caso

Varón de 7 años residente en Tenerife, que no refiere viajes recientes, consulta por presentar cuadro clínico de 3-4 semanas de evolución que se inició con conjuntivitis de ojo derecho y fue tratada a nivel local con colirio (gentamicina, dexametasona y tetrizolina) y, ante la mala evolución, con pomada oftálmica (oxitetraciclina e hidrocortisona). Posteriormente presenta tumefacción preauricular ipsilateral, dura, dolorosa, no adherida a planos profundos, levemente eritematosa (fig. 1) y con adenopatías satélites. La ecografía de la región laterocervical muestra un aumento difuso de la parótida derecha, múltiples adenopatías con aspecto abscesificado y edema de tejidos adyacentes (fig. 2). Se realiza drenaje por eco-PAAF, y cultivo bacteriológico y micobacteriano del aspirado, así como hemocultivo obteniendo cultivos negativos. Asimismo se realiza análisis serológico frente a: *Toxoplasma* spp., virus Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus, *Brucella* spp., *Coxiella* spp., *Chlamydia pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi* y *Bartonella henselae* (*B. henselae*). La serología a *B. henselae* resultó positiva tanto para IgM como IgG (título 1/256) mediante técnica de inmunofluorescencia indirecta, mostrando un perfil serológico compatible con infección aguda.

Evolución

El paciente recibió tratamiento sintomático, así como amoxicilina/clavulánico (100/12,5 mg: 6,2 ml/8 h) y clindamicina (150 mg/8 h) durante 4 semanas con remisión completa (fig. 3). Al rehistoriar, nos refieren que tiene 2 gatos con los que juega habitualmente y no recuerda ninguna picadura por insecto, ni arañazo.

Comentario

La enfermedad de arañazo de gato (EAG) es causada por *B. henselae* y presenta un patrón estacional predominante en otoño e invierno¹. Su distribución es cosmopolita aunque la seroprevalencia en la población general difiere de unos países a otros, concretamente en España se observan diferentes tasas entre comunidades: 8,7% en Cataluña² y 24,7% en Sevilla³. Una de las manifestaciones atípicas más frecuentes de esta enfermedad es el síndrome oculoglandular de Parinaud (SOGP), que ocurre en un 5-10% de los casos y cursa con una conjuntivitis folicular unilateral palpebral no supurativa con un área de reacción local granulomatosa, asociada a linfadenopatía regional que afecta a los ganglios preauriculares y/o submandibulares. La lesión conjuntival puede involucrar tanto a la superficie palpebral como bulbar, y su ulceración y necrosis es común^{4,5}. Los síntomas típicos incluyen: hiperemia conjuntival, sensación de cuerpo extraño, edema palpebral, epífora y secreción acuosa⁵.

Se postula que la vía de transmisión en pacientes con SOGP ocurre por contaminación de la conjuntiva con heces infectadas de la pulga *Ctenocephalides felis*⁴ tras la inoculación directa o después de frotarse los ojos con manos contaminadas⁶. Otros posibles agentes infecciosos causantes del mismo síndrome son: *Francisella tularensis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum*, *Sporothrix* spp. y *Chlamydia trachomatis*⁴. El diagnóstico microbiológico se realiza principalmente mediante determinaciones serológicas a partir de la técnica IFI, siendo IgG 1/64 el punto de corte diagnóstico para pacientes con EAG y 1/800 para los casos de endocarditis. Sin embargo, existe la posibilidad de reacciones cruzadas con otras especies (*Chlamydia*, *Coxiella burnetii*). La técnica de PCR en tiempo real presentan una mayor especificidad, y es especialmente útil en pacientes con endocarditis por *Bartonella* spp. en los que solo se dispone de muestra de suero⁷.

La mayoría de los casos de EAG se resuelven de modo espontáneo, aunque el tratamiento recomendado en la actualidad es la azitromicina ajustada al peso durante 5 días. La alternativa en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: portomiri@hotmail.com (M. Hernández-Porto).

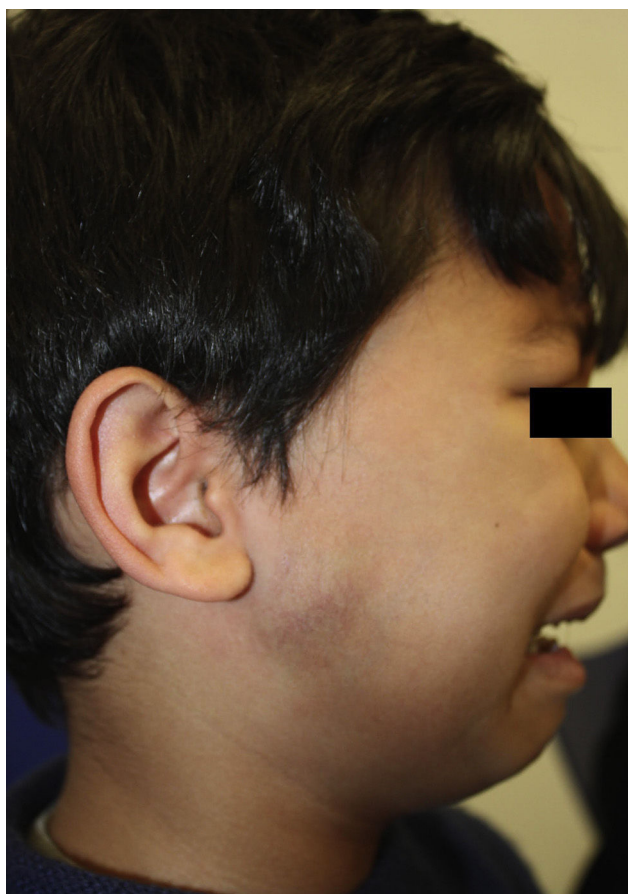


Figura 1. Tumefacción preauricular ipsilateral.



Figura 3. Remisión completa del cuadro clínico.

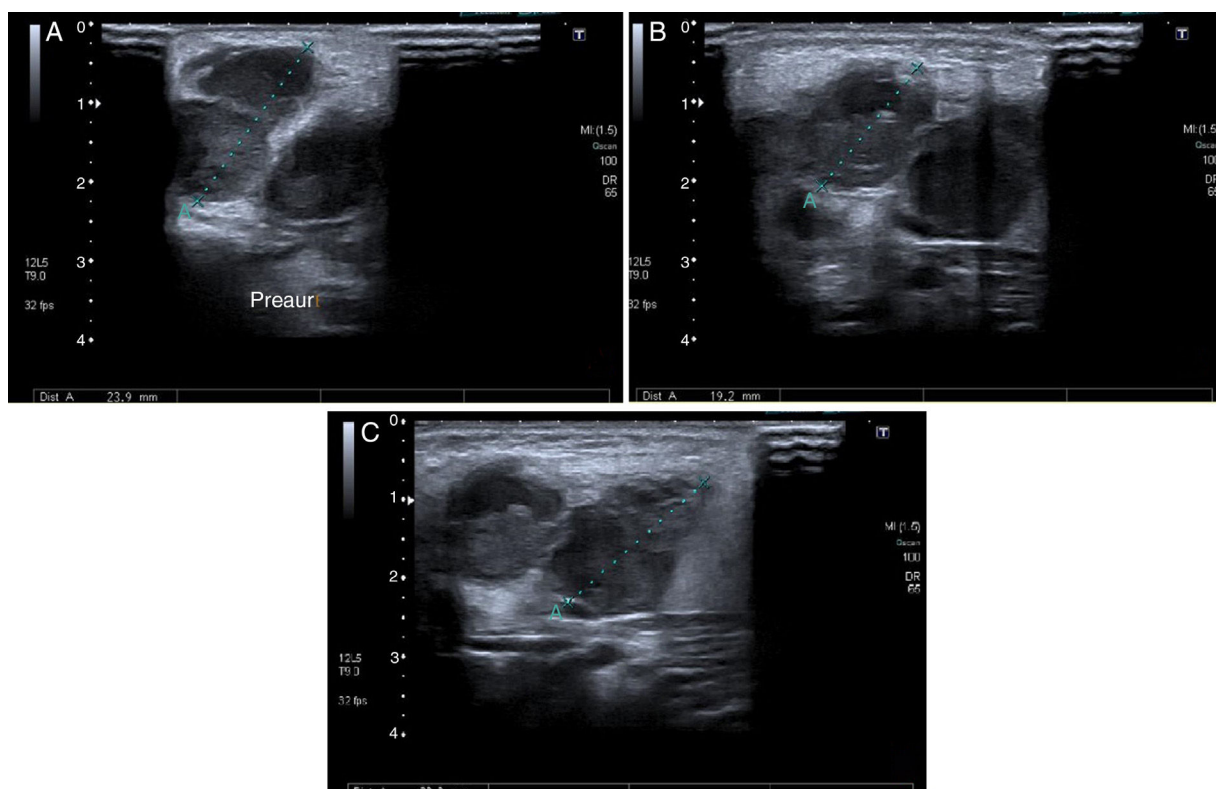


Figura 2. Ecografía de región laterocervical derecha observando múltiples adenopatías de localización: A) Intraparotídea de hasta 24 mm. B) Yugulodigástrica de hasta 19 mm. C) Submandibular de hasta 23 mm.

casos complicados sería la combinación de doxiciclina más rifampicina durante un periodo mínimo de 4 semanas⁸. Recientemente, también se han descrito casos de abscesos hepáticos tratados simplemente con 5 dosis de azitromicina (500 mg/24 h durante 5 días)⁹.

Consideramos que el caso expuesto corresponde con un proceso autolimitado, que recibió tratamiento antibiótico prolongado inadecuado y que realmente mejoró tras drenaje del absceso y tratamiento con AINE. Muestra la importancia de realizar una buena historia clínica que permita la sospecha de bartonelosis en personas que conviven con gatos, aunque como en este caso, el niño asegura no haber sufrido arañazos.

Las manifestaciones de la «enfermedad por arañazo de gato» pueden ser atípicas, consideramos se debe insistir en el cumplimiento de las medidas preventivas como el lavado de manos y la erradicación de ectoparásitos en animales de compañía¹⁰.

Bibliografía

1. Windsor JJ. Cat-scratch disease: Epidemiology, aetiology and treatment. *Br J Biomed Sci.* 2001;58:101–10.
2. Pons I, Sanfeliu I, Cardeñosa N, Nogueras MM, Font B, Segura F. Serological evidence of *Bartonella henselae* infection in healthy people in Catalonia, Spain. *Epidemiol Infect.* 2008;136:1712–6.
3. García-García JA, Baquerizo R, Vargas J, Mira JA, Merchante N, Macías J, et al. Prevalence of serum antibodies against *Bartonella* spp. in a health. Population from the south area of the Seville province [Article in Spanish]. *Rev Clin Esp.* 2005;205:541–4.
4. Cunningham ET, Koehler JE. Ocular bartonellosis. *Am J Ophthalmol.* 2000;130:340–9.
5. Biancardi AL, Curi AL. Cat-scratch disease. *Ocul Immunol Inflamm.* 2014;22:148–54.
6. Chu BC, Tam VT. A serologically proven case of cat-scratch disease presenting with neuroretinitis. *Hong Kong Med J.* 2009;15:391–3.
7. Blanco J, Jado JR, Marín I, Sanfeliu M, Portillo I, Anda A, et al. Microbiological diagnosis of emerging bacterial pathogens: *Anaplasma*, *Bartonella*, *Rickettsia*, and *Tropheryma whipplei*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:573–80.
8. Pérez-Martínez L, Blanco JR, Oteo JA. Tratamiento de las infecciones por *Bartonella* spp. *Rev Esp Quimioter.* 2010;23:109–14.
9. García JC, Núñez MJ, Castro B, Fernández JM, López A, Portillo A, et al. Hepatosplenic cat scratch disease in immunocompetent adults: Report of 3 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2014;93:267–79.
10. Boulouis HJ, Chang CC, Henn JB, Kasten RW, Chomel BB. Factors associated with the rapid emergence of zoonotic *Bartonella* infections. *Vet Res.* 2005;36:383–410.