

Síndrome óculo-glandular de Parinaud

GUERRERO VAZQUEZ J*, CABRERIZO MA**.

* Servicio de Pediatría, **Servicio de oftalmología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

Fecha de publicación: julio de 2008

El Síndrome de Parinaud (SP), también denominado Síndrome Oculoglandular, es un complejo patológico caracterizado por **adenopatías regionales** relacionadas con una **infección conjuntival, palpebral o de la piel adyacente a estas estructuras**. En el ojo el granuloma suele localizarse en la conjuntiva tarsal y, en menor grado, en la bulbar, en la del fornix o en la cantal interna y alcanzar medidas de 3 a 20 mm de diámetro.

ETIOPATOGENIA

El SP es la manifestación ocular más frecuente de la infección por *Bartonella henselae* (enfermedad por arañazo de gato, EAG) afectando a aproximadamente el 5% de los pacientes sintomáticos. Otras causas menos frecuentes de SP incluyen la tularemia, tuberculosis, sífilis, esporotricosis e infección por *Chlamydia trachomatis*. Los datos clínicos, epidemiológicos y analíticos permiten descartar estas otras posibilidades diagnósticas.

La vía de inoculación en el SP relacionado con la infección por *Bartonella henselae* no es bien conocida aunque la inoculación conjuntival directa, probablemente a través heces de las pulgas, es la más plausible. Esto se produciría por aerosol desde las heces de las pulgas de los gatos o por contacto mano-ojo tras contaminarse al acariciar al gato infectado. Se considera improbable la inoculación traumática.

CLINICA

Clínicamente se caracteriza por enrojecimiento conjuntival unilateral con rameado vascular, sensación de cuerpo extraño y epífora. El edema palpebral, si existe, suele ser poco llamativo. Puede haber secreción serosa y, ocasionalmente purulenta, si se produce abscesificación y rotura. Las lesiones pueden experimentar ulceración por necrosis del epitelio suprayacente. El granuloma primario (figura 1) desaparece en pocas semanas sin cicatriz residual.



Más característico que las lesiones oculares es la aparición de adenitis preauriculares, submandibulares o incluso cervicales. De hecho la sintomatología conjuntival puede ser tan banal que será la adenitis la que oriente el diagnóstico. La linfadenopatía regional se resuelve espontáneamente después de varios meses aunque puede experimentar supuración (10% de los casos) que requiera aspiración con una aguja del 18, 19 G.

DIAGNÓSTICO

El germen puede ser detectado mediante cultivo y técnicas de reacción de cadena de polimerasa desde muestras obtenidas por torundas desde la conjuntiva o por biopsia de los granulomas. La serología es igualmente diagnóstica.

TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico de la EAG en el sujeto inmunocompetente es objeto de controversia dado el carácter autolimitado del proceso. Caso distinto es cuando la manifestación es grave (fiebre prolongada, alteraciones del segmento posterior del ojo -Neurorretinitis- etc). En tales circunstancias y, por supuesto en situaciones de coinfección VIH, dicho tratamiento es imprescindible y evidentemente eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. Cunningham ET, Koehler JE. Ocular bartonellosis. Am J Ophthalmol 200;130:340-9.
2. Ormerod LD, Dailey JP. Curr Opin Ophthalmol 1999;209-16.
3. Massei F, Gori L, Macchia P, Maggiore G. The expanded spectrum of bartonellosis in children. Infect Dis Clin Morth Am 2005;19:619-71.