

Síndrome Oculoglandular de Parinaud: Apresentação Atípica da Doença da Arranhadela do Gato

Parinaud Oculoglandular Syndrome: Atypical Presentation of Cat-Scratch Disease

Sílvia Neto¹, Ricardo Monteiro¹, Diana Beselga², Ester Gama¹
 1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal
 2. Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;46:393-6

Resumo

A síndrome oculoglandular de Parinaud é uma entidade rara, caracterizada por conjuntivite granulomatosa unilateral e adenopatia homolateral. Tem sido associada a diversas doenças infecciosas, especialmente a doença da arranhadela do gato. É apresentado o caso clínico de uma adolescente com olho vermelho, edema e rubor da pálpebra superior direita e adenopatias submandibular e pré-auricular homolaterais. Foi medicada com flucloxacilina oral e gentamicina em colírio. Não tinha alterações analíticas relevantes. Numa reavaliação realizada três semanas após o início do quadro foi observado granuloma conjuntival no tarso superior. A serologia era compatível com infeção recente por *Bartonella henselae*. O quadro resolveu completamente sem terapêutica adicional. Na presença de conjuntivite unilateral e adenopatia cervical acompanhante deve ser considerada a possibilidade de se tratar de síndrome oculoglandular de Parinaud, sendo a infeção por *Bartonella henselae* uma etiologia provável.

Palavras-chave: Adolescente; *Bartonella henselae*; Doença da Arranhadela do Gato; Transtornos da Motilidade Ocular

Abstract

Parinaud oculoglandular syndrome is a rare disease characterised by unilateral granulomatous conjunctivitis and ipsilateral lymphadenopathy. It is associated with various infectious diseases, especially cat scratch disease. We present a case of a teenage girl with red eye, oedema and redness of the upper right eyelid, and ipsilateral submandibular and preauricular lymphadenopathies. She was medicated with oral flucloxacillin and gentamicin eye drops. There were no relevant laboratory alterations. In a re-evaluation three weeks after the onset of symptoms, conjunctival granuloma was observed in the upper tarsus. Serology was consistent with recent infection with *Bartonella henselae*. Full resolution was observed without additional therapy. In the presence of unilateral conjunctivitis and cervical lymphadenopathy Parinaud oculoglandular syndrome should be considered, with infection by *B. henselae* as a probable aetiology.

Keywords: Adolescent; *Bartonella henselae*; Cat-Scratch Disease; Ocular Motility Disorders

Introdução

A síndrome oculoglandular de Parinaud foi descrita pela primeira vez por Henri Parinaud, em 1889, como uma condição clínica rara constituída por conjuntivite granulomatosa unilateral, acompanhada de adenopatia

satélite pré-auricular ou submandibular.^{1,2} Diversos trabalhos publicados demonstraram que o principal agente da síndrome oculoglandular de Parinaud é a *Bartonella henselae*, responsável pela doença da arranhadela do gato. No entanto, nos últimos anos, diversos agentes etiológicos da síndrome oculoglandular de Parinaud têm sido identificados, nomeadamente a *Francisella tularensis*, *Chlamydia trachomatis*, *Sporothrix schenckii*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum*, vírus e até parasitas.^{1,3}

O diagnóstico da doença da arranhadela do gato é baseado na sintomatologia apresentada e na história de exposição a gatos. É confirmado mediante serologia, reação em cadeia da polimerase, histologia e/ou culturas positivas.^{4,5} Em doentes imunocompetentes, a doença da arranhadela do gato é habitualmente autolimitada. O tratamento é controverso.⁵

Neste trabalho é relatado um caso clínico de apresentação atípica de doença da arranhadela do gato, incluindo o seu diagnóstico, tratamento e evolução clínica.

Caso Clínico

Adolescente do sexo feminino, de 12 anos de idade, previamente saudável, que foi observada na urgência pediátrica (UP) de um hospital de nível II por sinais inflamatórios da pálpebra superior direita (edema e rubor) e olho vermelho homolateral, com 10 dias de evolução (Fig. 1). Não tinha dor, prurido ou outros sintomas



Figura 1. Sinais inflamatórios no olho direito.

associados. Apresentava também adenopatia submandibular (um centímetro de diâmetro) e pré-auricular (dois centímetros de diâmetro) à direita, com dois dias de evolução. Não foram identificadas feridas visíveis ou outras alterações no exame objetivo. Estando medicada com pomada oftálmica de oxitetraciclina desde o segundo dia de doença, esta foi suspensa, iniciando-se gentamicina em colírio (uma gota quatro vezes por dia) e flucloxacilina oral (500 mg três vezes por dia, durante oito dias).

Três dias depois recorreu novamente à UP por persistência dos sinais inflamatórios no olho direito e aumento das dimensões das adenopatias. Nesta altura registou-se uma temperatura auricular de 37,9°C. No mesmo dia foi também observada pela oftalmologia, tendo-se constatado conjuntivite papilar direita com secreção de aspeto mucopurulento. O colírio foi alterado para moxifloxacina (5 mg/mL, uma gota quatro vezes por dia, durante sete dias).

Manteve seguimento nas consultas de pediatria e oftalmologia. Por persistência do quadro, no 19º dia de doença foram pedidas análises que revelaram leucócitos 6200/μL, neutrófilos 3400/μL, linfócitos 1900/μL, velocidade de sedimentação 42 mm, proteína C reativa 7,3 mg/L. Os valores das plaquetas, aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, ácido úrico e desidrogenase láctica situavam-se dentro dos limites normais. O esfregaço de sangue periférico não revelou alterações. Numa reavaliação realizada quatro semanas após o início do quadro foi constatado granuloma conjuntival no tarso superior (Fig. 2). A ecografia cervical então realizada revelou adenopatias latero-cervicais e intraparietais à direita, concluindo-se tratar-se de uma provável adenopatia reativa. A tomografia computadorizada da órbita mostrou obliteração focal da gordura periorbitária externa à direita, sem outras alterações.

Durante o seguimento na consulta de pediatria foi possível apurar a história de contacto com gatos e os



Figura 2. Granuloma conjuntival no tarso superior.

resultados das serologias em curso confirmaram infeção recente por *Bartonella henselae*, apresentando um valor de imunoglobulina M (IgM) de 1:400 e de imunoglobulina G (IgG) > 1:1280, determinados pela técnica de imunofluorescência indireta.

Registou-se uma melhoria progressiva do quadro clínico. Em consulta de seguimento, cerca de três meses após o início dos sintomas, a doente mantinha ainda um gânglio palpável, infracentimétrico, pré-auricular à direita. Não apresentava sequelas oftalmológicas.

Discussão

A doença da arranhadela do gato é uma infeção subaguda, habitualmente autolimitada, provocada pelo bacilo Gram-negativo *Bartonella henselae*. É caracterizada por linfadenite regional e sintomas sistémicos variáveis.⁶ Embora muitos doentes relatem a arranhadela, em alguns casos a bactéria pode ser transmitida pela saliva dos gatos.^{3,4,7} Nos Estados Unidos, onde a seroprevalência em gatos se situa entre 28 e 51% (embora estes raramente apresentem sintomas da doença), são estimados 22000 casos por ano de doença da arranhadela do gato.^{7,8} Apesar de habitualmente ser diagnosticada em crianças, pode ocorrer em adultos.⁸

A resposta do hospedeiro humano à bactéria depende do seu estado imunitário. Nos indivíduos imunocompetentes, a resposta é granulomatosa e supurativa, enquanto nos imunodeprimidos a resposta é maioritariamente vasoproliferativa.⁹

Em indivíduos imunocompetentes, pode existir um vasto espetro de manifestações clínicas. A doença da arranhadela do gato “típica” é a apresentação mais comum. Depois da arranhadela do gato, forma-se uma pápula ou pústula no local de inoculação. Tal como no caso clínico apresentado, nem sempre é identificada uma lesão cutânea. Uma a três semanas após a inoculação desenvolve-se uma linfadenopatia regional, mais frequente nas

extremidades superiores, região cervical e mandíbula ou região inguinal. Os sintomas sistêmicos podem incluir febre, astenia, anorexia, náuseas ou dor abdominal.^{7,8}

Em 10% dos casos a doença é considerada “atípica”.³ Pode apresentar-se como um quadro de febre sem foco, com manifestações hepatoesplénicas, cardíacas (a endocardite é a mais frequente) e neurológicas em 2% dos casos (encefalopatia, convulsões, estado de mal epilético, meningite, meningoencefalite, paralisia facial periférica, coma, mielite transversa e hemiplegia aguda).^{8,9} Raramente podem surgir complicações hematológicas (anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica), renais (glomerulonefrite), osteomielite ou artrite e pseudotumores.

O caso clínico descrito também é considerado uma apresentação atípica da doença, apesar do síndrome oculoglandular de Parinaud ser a manifestação ocular mais frequente, presente em 5% dos doentes com doença da arranhadela do gato.^{4,7,9} A adolescente cujo caso se descreve apresentava conjuntivite papilar / granulomatosa com exsudado mucopurulento; no entanto, no síndrome oculoglandular de Parinaud poderão também estar presentes apenas sensação de corpo estranho ocular ou exsudado ocular não purulento. No exame podem ser visíveis granulomas conjuntivais (mais frequentes no tarso) e adenopatias pré-auriculares, submandibulares ou cervicais.^{7,10} Outras manifestações oculares descritas são a neuroretinite ou outras alterações do segmento posterior do olho.⁷ O diagnóstico é baseado na suspeição clínica e confirmado com a avaliação laboratorial. Poderão ser úteis os critérios de Margileth: 1) Contacto com gatos; 2) Serologia negativa para outras causas de adenopatia, aspirado estéril da adenopatia e/ou das lesões hepáticas ou esplénicas; 3) Serologia positiva para *Bartonella henselae* (imunoensaio enzimático positivo ou imunofluorescência indireta com título $\geq 1:64$); 4) Biópsia ganglionar com inflamação granulomatosa compatível com doença da arranhadela do gato ou coloração de Warthin-Starry positiva. O caso é considerado confirmado se estiverem cumpridos três critérios.^{5,7} A adolescente apresentada apenas não cumpria o quarto critério.

A serologia por imunofluorescência indireta permite detectar IgG e IgM específicas. Nos primeiros 10 a 14 dias a serologia pode ser negativa, desenvolvendo-se posteriormente títulos detetáveis e imunidade para a vida. A técnica por imunofluorescência indireta utilizada neste caso clínico tem maior especificidade e sensibilidade.⁵ A cultura da bactéria é difícil, pelo que não é muito realizada.^{5,10}

Em doentes imunocompetentes a doença da arranhadela do gato é geralmente autolimitada. O tratamento é controverso, com boa evolução mesmo nos casos em que não é administrada antibioterapia. No entanto,

alguns estudos mostram que a azitromicina, durante cinco a sete dias, nas formas típicas, pode apresentar alguns benefícios.^{5,7,8,11} Outros antibióticos que têm sido usados incluem a rifampicina, ciprofloxacina, trimetoprim / sulfametoxazol, doxiciclina e gentamicina.^{8,9} A evidência disponível para o tratamento das formas atípicas é escassa e advém da comunicação de séries de casos.⁷ Em imunocompetentes, as manifestações oculares da infeção por *Bartonella* são habitualmente autolimitadas e têm uma boa evolução. Nos imunodeprimidos as manifestações oculares são mais severas e está indicado um tratamento antibiótico intensivo.⁹

A evolução da doença da arranhadela do gato é habitualmente favorável, mesmo nos casos de apresentação atípica.³ As adenopatias regionais geralmente desaparecem em dois a três meses. Na síndrome oculoglandular de Parinaud o granuloma desaparece após algumas semanas, sem deixar cicatriz.^{7,10}

Com a descrição deste caso os autores pretendem alertar para uma apresentação atípica da doença da arranhadela do gato. O envolvimento ocular com o típico granuloma do tarso levantou a suspeita e a deteção dos anticorpos por imunofluorescência indireta confirmou o diagnóstico. Apesar de não ter sido administrada antibioterapia sistémica com os antibióticos mencionados noutros trabalhos, a adolescente apresentou evolução favorável, com resolução completa do quadro após três meses.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Sílvia Neto
silvia7neto@hotmail.com

Recebido: 14/08/2014

Aceite: 18/06/2015

Referências

1. Ribeiro AS, Bisol T, Menezes MAS. Síndrome oculoglandular de Parinaud causada por esporotricose. Rev Bras Oftalmol 2010;69:317-22.
2. Jawad AS, Amen AA. Cat-scratch disease presenting as the oculoglandular syndrome of Parinaud: A report of two cases. Postgrad Med J 1990;66:467-8.
3. Yamashita CA, Mielle A, Renko NS, Nascimento S, Gilio A, Pahl M, et al. Parinaud syndrome caused by Bartonella henselae: Case report. Rev Inst Med Trop São Paulo 1996;38:437-40.
4. Ghazi NG, Sams WA. A case of cat-scratch disease with unusual ophthalmic manifestations. Middle East Afr J Ophthalmol 2012;19:243-6.
5. Medici Oloso C, García Gariglio L, Ferreira García MI, Giachetto Larraz G, Gutierrez Bottino MC, Pérez García MC. Enfermedad por arañazo de gato: Características clínicas en niños hospitalizados. An Pediatr 2011;74:42-6.
6. Grando D, Sullivan LJ, Flexman JP, Watson MW, Andrew JH. Bartonella henselae associated with Parinaud's oculoglandular syndrome. Clin Infect Dis 1999;28:1156-8.
7. Florin TA, Zaoutis TE, Zaoutis LB. Beyond cat scratch disease: Widening spectrum of Bartonella henselae infection. Pediatrics 2008;121:e1413-25.
8. Klotz SA, Ianas V, Elliott SP. Cat-scratch disease. Am Fam Physician 2011; 83:152-5.
9. Kalogeropoulos C, Koumpoulis I, Mentis A, Pappa C, Zafeiropoulos P, Aspiotis M. Bartonella and intraocular inflammation: A series of cases and review of literature. Clin Ophthalmol 2011;5:817-29.
10. Skorin L. Parinaud's oculoglandular syndrome: An atypical manifestation of cat scratch disease [consultado em 26 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.optometry.co.uk>
11. Schutze GE. Diagnosis and treatment of Bartonella henselae infections. Pediatr Infect Dis J 2000;19:1185-7.