

Toxoplasmosis ocular. Presentación de dos casos

Ocular toxoplasmosis. Presentation of a case

AUTORA

Dra. Rosa Idalmis González Delgado

E-mail: rosagonzalez.mtz@infomed.sld.cu

Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Asistente. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

RESUMEN

La toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior de etiología conocida, caracterizada por recurrencias que conllevan a una pérdida significativa de la visión. La manifestación ocular más frecuente es la coriorretinitis, tanto en una primoinfección como en la recidiva de una forma congénita. Se presentan dos casos que acuden a la consulta de oftalmología de la clínica José Martí Ballenita, en Ecuador, por pérdida brusca de visión. A los mismos se les diagnosticó esta enfermedad. El desempeño del oftalmólogo en el diagnóstico precoz de la misma es de vital importancia, para la aplicación de la terapia, tipo de droga a utilizar y duración del tratamiento de forma individualizada con las drogas de elección, y lograr así una consecuente rehabilitación visual.

DeCS

TOXOPLASMOSIS OCULAR/etiología
TOXOPLASMOSIS OCULAR/diagnóstico
TOXOPLASMOSIS OCULAR/epidemiología
UVEITIS POSTERIOR/complicaciones
UVEITIS POSTERIOR/diagnóstico
TOXOPLASMA/aislamiento & purificación
CORIORRETINITIS/etiología
HÁBITOS ALIMENTICIOS/efectos adversos
ANIMALES DOMÉSTICOS/parasitología
COOPERACIÓN INTERNACIONAL
ECUADOR
INFORMES DE CASOS
HUMANOS
MASCULINO
ADULTO
ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis ocular es una enfermedad producida por el parásito *Toxoplasma gondii*, quien cumple su ciclo celular completo en su huésped definitivo: el gato (1).

Su morfología varía de acuerdo al hábitat y al estadio evolutivo, adquiriendo diferentes formas durante su ciclo, conocidas como taquizoíto, bradizoíto y ooquistes (1).

En la historia del descubrimiento del *Toxoplasma gondii* se distinguen cuatro etapas históricas claramente definidas: la etapa etiológica (1900-1908), la clínica (1913-1923), la diagnóstica (1948-1957), y la etapa epidemiológica (1965-1970) (2,3).

Las personas se infectan porque consumen verduras contaminadas con las heces de gatos que tienen estos parásitos; carne de algunos animales, tales como cerdos o reses que habían ingerido pastos o alimentos contaminados. La vía trasplacentaria es la más antigua. Otras formas menos frecuentes de contagiarse lo constituyen las transfusiones de sangre y los trasplantes (2-5,9-12).

En muchos países de América Latina, donde ha existido abandono social, falta de planes de salud, desconocimiento en la población de las enfermedades transmisibles, los problemas sanitarios constituyen grandes dificultades en el desarrollo de la sociedad. (6,7) La alta morbilidad (fuera de un gran número de casos subclínicos que pasan encubiertos por largo tiempo) de enfermedades zoonóticas de tipo parasitario como la toxoplasmosis tiene mucha importancia, y es considerada a nivel mundial como causa importante de problemas oculares (disminución de la visión y de ceguera) (8,9).

En Ecuador, durante las consultas realizadas a las comunidades en los sitios más recónditos, los médicos cubanos comenzaron a descubrir enfermedades oftalmológicas no tratadas, según los afectados, por falta de dinero para ir al hospital o a la clínica privada, o porque en los hospitales el tratamiento o la intervención nunca se producía. En la Misión Milagro, se realiza la pesquisa activa de patologías oculares que producen baja visión o ceguera, como son cataratas, glaucoma, retinopatía diabética proliferativa, entre otras. En un grupo de pacientes que acudía a consulta por baja visión se diagnosticó toxoplasmosis ocular. Debido a ello surgen algunas interrogantes: ¿Es la toxoplasmosis ocular un problema de salud en esta población? ¿En qué medida los hábitos alimentarios y la presencia de animales domésticos influyen en la transmisión de la enfermedad? Estas interrogantes sirvieron de base para que el desconocimiento de la toxoplasmosis en la comunidad, su relación con los hábitos alimentarios, la presencia de animales domésticos, y el daño irreversible que produce en la visión constituyeran el problema científico. Teniendo como casos significativos los que presentamos a continuación. Tratamos muchos más, pero no tuvieron posibilidades económicas para realizarse la retinografía, y no podemos mostrar gráficamente las lesiones. La toxoplasmosis ocular es una entidad cuyo diagnóstico se basa en los hallazgos oculares, ya que las muestras de laboratorio solamente comprueban que la persona ha tenido con anterioridad contacto con el parásito. El deterioro visual ocurre si se afecta la mácula, el haz papilomacular o la papila, por la necrosis o por secuelas de la inflamación (1).

La retinocoroiditis por toxoplasmosis (RCT) es una retinitis con coroiditis reactiva granulomatosa. En la toxoplasmosis congénita es más frecuente la afectación macular (60 %) que en los casos de infección postnatal (40 %).

Caso Clínico # 1

MC: No veo del ojo derecho.

APP: No Refiere.

APF: No Refiere.

Hábitos Tóxicos: Alcohol.

Historia de la enfermedad actual

Paciente masculino, raza blanca, de 26 años de edad, ocupación militar, que refiere que hace aproximadamente cuatro años perdió parte de su agudeza visual del ojo

derecho de forma súbita, sin otro síntoma acompañante, no refiere antecedente de trauma; ni uso de fármacos.

Datos positivos al examen oftalmológico

Agudeza visual: OD: 0,4 sin cristales

OI: 1,0 sin cristales

Oftalmoscopia a distancia: OD: flóculos vítreos

Fondo de ojo: OD: Papila de bordes bien definidos vasos arteriales y venosos de calibre normal con placa de coriorretinitis extensa en área macular. Zona activa de retinitis adyacente a la placa de coriorretinitis.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 14,2 g/dl 7 julio/08

VIH: No Reactivo 7 julio/08

Serología: No Reactivo 7 julio/08

I.F.I. IgM: 1/2180 para toxoplasma. 9 julio/08

Radiografía de Tórax AP: Negativo 10 julio/08



Figuras 1 a y b



Figura 1c

Caso Clínico # 2

MC: No veo del ojo derecho.
APP: No Refiere.
APF: No Refiere.
Hábitos Tóxicos: Ninguno.

Historia de la enfermedad actual

Paciente de 11 años de edad, escolar, sexo masculino, mestizo, que es traído por su padre a consulta porque el niño se quejaba de cefalea intensa. Además, notaron pérdida de la agudeza visual del ojo derecho, lo que es confirmado también por la maestra. Al realizar el interrogatorio detallado, plantean que desde hace dos años refiere disminución de visión, agudizándose en este último tiempo. Otro dato importante es que tiene criadero de palomas en su casa y otras mascotas.

Datos positivos al examen oftalmológico

Agudeza visual: OD: 0,2 sin cristales
OI: 1, 0 sin cristales
Fondo de ojo: OD: Papila de bordes bien definidos vasos arteriales y venosos de calibre normal con placa de coriorretinitis extensa en área macular activa.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 10,3 g/dl 4 Abril/08
VIH: No Reactivo 4 Abril/08
Serología: No Reactivo 4 Abril/08
I.F.I. IgM: 1/1470 para toxoplasma.8 Abril/08
Radiografía de Tórax AP: Negativo 9 Abril/08



Figuras 2 a y b

DISCUSIÓN

En los dos casos que nos ocupa, se diagnosticó uveítis posterior por toxoplasmosis, por los hallazgos clínicos encontrados en el fondo de ojo. Este tipo afecta a adultos jóvenes de ambos sexos, generalmente en forma unilateral, a pesar que ambos ojos pueden tener cicatrices coriorretinianas. Los títulos de anticuerpos suelen ser bajos debido al lapso transcurrido entre la primoinfección adquirida tempranamente en la vida y la retinocoroiditis que se manifiesta tardíamente (75 % entre los 10 y 35 años de edad). Esta forma de presentación típicamente se manifiesta como un

foco de retinitis adyacente a una cicatriz coriorretiniana que se produjo como resultado de una infección adquirida previamente. (Figuras 1 y 2)

La lesión característica es una retinitis necrotizante focal que aparece inicialmente en el fondo de ojo como una placa de algodón sobreelevada, blanco amarillenta con bordes indefinidos, por lo general, en el polo posterior. Con la curación, las lesiones empalidecen, se atrofian y presentan un pigmento negro. La panuveítis puede acompañar a la coriorretinitis. Los síntomas frecuentemente asociados son: visión borrosa, escotoma, dolor y fotofobia. En el caso de compromiso macular, se produce alteración o pérdida de la visión central. A medida que la inflamación se resuelve, mejora la visión, pero no se recupera del todo la agudeza visual. Las recaídas son frecuentes (13,14).

La retinitis ocasionada por el parásito se asocia con manifestaciones inflamatorias de magnitud variable, que pueden involucrar distintas partes del ojo, produciendo vasculitis, vitritis, coroiditis y uveítis anterior.

Es bueno considerar que cuando un paciente adulto joven inmunocompetente se presenta con una retinitis focal asociada o no a una cicatriz coriorretiniana, deberá considerarse que la toxoplasmosis ocular es el diagnóstico más probable.

Títulos positivos de IgM anti toxoplasmosis confirman una infección adquirida en los últimos meses, y títulos elevados de IgG en jóvenes y adultos sugieren también una forma adquirida en el pasado próximo.

Las pruebas serológicas más usadas son: IFI (inmunofluorescencia indirecta), ELISA, HIA (hemoaglutinación indirecta), Prueba de Sabin y Feldman (dry-test), reacción de fijación del complemento, aglutinación en látex e Inmunodifusión en agar (15).

Con la inmunofluorescencia indirecta (IFI), la reacción se lee al microscopio de luz ultravioleta y se determina el título en la última dilución del suero, en la cual se encuentra fluorescencia de la pared del parásito. Un título de 1:64 se interpreta como infección pasada o muy reciente. Reacciones alrededor de 1:256 se consideran como títulos intermedios y pueden indicar infecciones estabilizadas o recientes. Los títulos de 1:1024 o mayores, sugieren infección activa, que en estos casos, los títulos sugieren lo anteriormente expresado (7,14-6).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOCCS EM. Toxoplasmosis Ocular. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003;78:531-42.
2. Holland GN. Ocular toxoplasmosis: a global reassessment. Part I: Epidemiology and course of disease. Am J Ophthalmol. 2003;136(6):973.
3. Velasco Castrejón O, Tenorio G, Rivas-Sánchez B. Diagnóstico diferencial entre toxoplasmosis y leptospirosis de 26 casos mexicanos de uveítis posterior. Rev Cubana Med Trop. 2005 Abr;57(1):778.
4. Tenorio G, Rivas-Sánchez B, Velas O. Utilidad de la determinación serológica de anticuerpos en el diagnóstico diferencial de la toxoplasmosis ocular con la leptospirosis ocular. Rev Med Hosp Gen Mex. 2002;65:135-43.
5. Remington JS, McLeod R, Desmonts G. Toxoplasmosis. En: Remington JS, Klein JO, editores. Infectious diseases of the fetus and newborn. 5a ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p. 205-346.
6. De la Torre A, Rios-Cadavid AC, Cardozo García CM, Gómez Marín JE. Frequency and factors associated with recurrences of ocular toxoplasmosis in a referral centre in Colombia. J Ophthalmol. 2009 Aug;93(8):1001.
7. Academic Unit of Ophthalmology. Immunity and Toxoplasma retinochoroiditis. Clin Exp Immunol. 2008 Sep;153(3):30915.
8. Martín Hernández I. Toxoplasmosis ocular: un breve repaso. Rev Oftalmol Venez. 2003 Abr;59(2).
9. Kanski Jac k J. Oftalmología Clínica. 5ta ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 300.
10. Kasper LH. Toxoplasma infection. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL,

Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15 ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p.1222-7.

11. Yi L, Shih C, Yu C, Jorn L, Wing W. Diffuse toxoplasmic retinochoroiditis as initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. J Formos Med Assoc. 2000;99:219-23.

12. Escoto R, Borrat P, Elizalde J. Una forma atípica de toxoplasmosis ocular. Archivo Soc Esp Oftalm. 2002;(10):36-7.

13. Llanes Domínguez S, Castro González Y, Tabares Navarro CL. Aspectos clínico-epidemiológicos en pacientes con toxoplasmosis ocular. Consulta oftalmología lago azul, Maracaibo, Venezuela, abril 2005- abril 2006. Rev Misión Milagro. [serie en Internet]. 2008 Jul-Sept [citado 7 Nov 2009];2(3). Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol2no3/vol2no3.php>

14. Pardo A, Collizo J. Revisión de la Prevención y tratamiento de la Toxoplasmosis Ocular. Annals d'Oftamologia. 2004;12(1):11-2.

15. Sarmiento MC, Gómez Marín, JE, Castaño Osorio, JC. Evaluación de la respuesta IgG anti-Toxoplasma y su avidéz por western-blot en pacientes infectados por VIH. Rev Cubana Med Trop. 2005 Ago;57(2):125-32.

16. Sosa R, Sosa J. Toxoplasmosis Congénita. Aspectos a tener en cuenta. Rev Méd Electrón. 2006;28(3) Disponible en: <http://www.revcpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol3%202006/tema12.htm>

SUMMARY

The ocular toxoplasmosis is the most frequent cause of posterior uveitis of identified etiology, characterized for recurrences leading to a significant loss of vision. The most frequent ocular manifestation is the chorioretinitis, in a first infection and also in recidivism of a congenital form. We present two cases assisting the ophthalmologic consultation of the clinic José Martí Ballenita, in Ecuador, because of an abrupt loss of vision. The diagnosis of both cases was this disease. It is very important the performance of the ophthalmologist in the precocious diagnosis of the ocular toxoplasmosis, to begging the therapy, determine the kind of drugs to use and the continuation of the treatment with the chosen drugs in an individualized form, reaching that way a consequent visual rehabilitation.

MeSH

TOXOPLASMOSIS, OCULAR/etiology
TOXOPLASMOSIS, OCULAR/diagnosis
TOXOPLASMOSIS, OCULAR/epidemiology
UVEITIS, POSTERIOR/complications
UVEITIS, POSTERIOR/diagnosis
TOXOPLASMA/isolation & purification
CHORIORETINITIS/etiología
FOOD HABITS/adverse effects
ANIMALS, DOMESTIC/parasitology
COOPERATION, INTERNATIONAL
ECUADOR
CASE REPORTS
HUMANS
MALE
ADULT
ADOLESCENCE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Delgado RI. Toxoplasmosis ocular. Presentación de dos casos. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2010;32(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol4%202010/tema10.htm>. [consulta: fecha de acceso]