

Invest. Medicoquir 2022;14 (1)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

PRESENTACIÓN DE CASO

Toxoplasmosis ocular congénita. Mito o Realidad

Congenital ocular Toxoplasmosis. Myth or Reality

Teresa Miranda Hernándezⁱ, Daysi de la C. Vilches Lescaillesⁱⁱ, Zoila Martínez Legónⁱⁱⁱ, Isis Montesino Álvarez^{iv}, Marvelis Galeano Leyva^{iv}, Omara Sandra Falcon Laboriⁱⁱ

ⁱ Hospital Artemisa. Provincia Artemisa- Cuba

ⁱⁱ Instituto Centro Oftalmológico Ramón Pando Ferrer. La Habana. Cuba

ⁱⁱⁱ. Hospital. Enrique Cabrera. La Habana. Cuba

^{iv}. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana. Cuba

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 3 años de edad que a los 15 días de nacida se diagnostica una esotropía del ojo derecho sin alteraciones al examen oftalmológico, seguida por el servicio de estrabismo con oclusiones alternas, a los 3 años de edad aparece una placa coriorretiniana en área macular del ojo derecho, evolucionando con lesiones de coriorretinitis múltiples en periferia en el ojo izquierdo que aparecen a los 6 años de edad, con diagnóstico serológico positivo para la madre y la paciente, tratándose de una Toxoplasmosis Ocular Congénita Bilateral cuya forma de presentación fue típica según la literatura pero atípica en su modo de presentación. Los autores revisan el tema y ofrecen sus experiencias en el manejo del caso.

Palabras clave: toxoplasmosis ocular congénita, coriorretinitis, área macular

ABSTRACT

The case of a 3 years old female patient is presented who at 15 days of birth is diagnosed with an esotropy of the right eye without alterations on ophthalmological examination, followed by the strabismus service with alternate occlusions, at 3 years of age appears a chorioretinian plaque in the macular area of the right eye, evolving with multiple chorioretinitis lesions on the periphery in the left eye that appear at 6 years of age , with positive serological diagnosis for the mother and the patient, being a Bilateral Congenital Eye Toxoplasmosis whose form of presentation was typical according to the literature but atypical in its presentation mode. The authors review the topic and offer their experiences in handling the case.

Keywords: congenital ocular toxoplasmosis, chorioretinitis, macular area.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis congénita (TC) es una infección que puede presentar graves secuelas, pero con la particularidad de que se pueden evitar con un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento. Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad es difícil y el tratamiento se realiza con fármacos tóxicos, por lo que frecuentemente el pediatra debe decidir si tratar a un recién nacido sin infección evidente, con el riesgo de provocar efectos secundarios, o esperar a ver cómo evoluciona, con el peligro de que aparezcan secuelas tardías. Por eso resulta indispensable un buen conocimiento de la enfermedad para poder establecer un criterio lo más acertado posible, entendiendo, sin embargo, que la toxoplasmosis congénita presenta aún demasiados puntos oscuros que hacen que en ocasiones sea una enfermedad de manejo complicado y de debate científico abierto en determinados aspectos, como puede ser la necesidad o no de realizar controles serológicos a la mujer embarazada¹.

Riesgo y gravedad de la infección fetal según el momento gestacional

La infección aguda por *Toxoplasma gondii* en la etapa posnatal cursa con una

parasitemia fugaz (alrededor de una semana de duración), generalmente asintomática o con discretos síntomas inespecíficos como fiebre y adenopatías. Esta parasitemia de la madre es el único momento de riesgo para feto². Para saber si el niño recién nacido está o no infectado es preciso conocer el momento del embarazo en que se produjo dicha parasitemia, ya que el riesgo de infección fetal es directamente proporcional a la edad de gestación –el 15% en el primer trimestre (un 1% en primera semanas), el 30% en el segundo trimestre y el 60% en el tercero (un 90% en las últimas semanas)^{3,4}– y la gravedad de la infección fetal es inversamente proporcional a la edad gestacional –abortos espontáneos o graves lesiones neurológicas y oftalmológicas en el primer trimestre; aumento de formas moderadas y descenso de formas graves en el segundo; coriorretinitis aisladas o formas subclínicas en el tercero–. Según los conocimientos descritos, podemos establecer el riesgo y el pronóstico fetales según la semana de gestación en que ocurrió la infección.

Dicho diagnóstico de la infección aguda materna se realiza según el perfil de los anticuerpos anti-*Toxoplasma* y el estudio de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Toxoplasma* en el líquido amniótico⁴⁻⁹. Sin embargo, en ocasiones no existe esa información gestacional previa por no haberse realizado serología a la mujer embarazada, por lo que en estos casos el diagnóstico del niño sólo puede establecerse en el momento del nacimiento si presenta síntomas, mientras que las formas asintomáticas quedan sin diagnosticar.

EPIDEMIOLOGÍA

La infección por *T. gondii* es una zoonosis que se encuentra mundialmente distribuida y esto la distingue de otras parasitosis que afectan sobre todo a los países tropicales, y no son endémicas en los países desarrollados. Sin embargo, hay variaciones en la prevalencia entre las diversas regiones geográficas del mundo. Estas variaciones parecen correlacionarse con la alimentación y los hábitos higiénicos de las personas, lo cual soporta la ruta oral como el mecanismo más importante de transmisión¹.

De forma general la TC presenta una baja incidencia y en un análisis de su distribución universal se pudo constatar (1 x 1000 a 1 x 8000 nacidos vivos en EUA) siendo más frecuente en Francia.

En nuestro país la positividad en las gestantes se encuentra entre 51% y 75%. Estudios de seroconversión indican tasas de 0.2% a 2.0%. Es responsable de defectos congénitos en el neonato. Siendo la manifestación más común de la infección congénita la Coriorretinitis (CR) con una frecuencia asociada de (70 y 90%).¹⁰

Riesgo de la infección durante el embarazo. El riesgo de la infección por *T. gondii* durante el embarazo en una población determinada depende de:

1. La circulación del parásito en el medio y la comunidad. Esto se puede reflejar en los cambios de la prevalencia de la infección por *T. gondii* en la población general en el curso de los años.
2. El riesgo que tienen las mujeres susceptibles de adquirir la infección en el curso del embarazo (incidencia de infección durante el embarazo)¹¹.

Riesgo de transmisión de la madre al feto. El riesgo de la TC en los neonatos se relaciona directamente con tres factores:

1. La incidencia de la infección aguda en las mujeres durante el embarazo,
2. La edad gestacional en la que la mujer embarazada adquirió la infección,
3. Los programas de salud pública instituidos para prevenir, diagnosticar y tratar la infección durante el embarazo¹⁰. Se discutirá este último factor en la sección de prevención.

La prevalencia mundial de la TC en recién nacidos puede variar de 1 a 10 por 10,000 nacidos vivos (NV), sin embargo varía según el área geográfica: Suecia: 1/10,000 NV, Brasil: 3/10,000 NV, Francia: 10/10,000 NV) (2,19,24). En Colombia se estima que podría estar entre 2 y 10 por cada 1000 NV, lo que representa de 600 a 3000 niños que nacen cada año con infección congénita. Recientemente un estudio en Armenia (Quindío) demostró una alta prevalencia entre 0.2% y 0.8%^{12,13}.

El riesgo de TC varía mucho de acuerdo con el momento de la gestación cuando la madre se infecta. Si ocurre dentro de las dos primeras semanas de embarazo, el riesgo es muy bajo, pero aumenta a medida que avanza la gravidez^{14,15}.

DESARROLLO

Presentación del Caso

La toxoplasmosis congénita es una enfermedad causada por *Toxoplasma gondii* y representa la segunda causa más frecuente de infección congénita. Se produce cuando la primoinfección ocurre durante el embarazo. Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno disminuye el riesgo de transmisión vertical e infección fetal. Figura 1: Vía de transmisión de la enfermedad (Anexo 1) ^{1-3,10}

Datos clínicos oftalmológicos: paciente femenina de raza blanca, residente en zona rural, atendida en el servicio de estrabismo desde los 15 días de nacida y enviada al departamento de Inflamaciones oculares para corroborar diagnóstico a los 3 años de edad.

APP: Estrabismo ojo derecho, asma bronquial grado III

APF: Madre sana que ingiere leche cruda, zona rural, IFI 1/64.

Examen oftalmológico

Medición

OD- 40° Δ BExt

OI- 25° Δ Bext

AV: Sin cristales OD: Cuenta dedos (CD) 1m

OI: 85 VAR

VAP OD + 1.50 + 0.50 x 70 (CD) 1m TO: 14 mmHg

OI + 4.50 +1.00 x 110° (100 VAR) 17 mmHg

Segmento posterior: OD- lesión de un diámetro papilar en sacabocado que transparenta la esclera, situada en área macular, múltiples lesiones coriorretinitis en polo posterior todas en fase cicatrizal. Nervio óptico pálido.

A los 6 años de edad aparecen lesiones múltiples de coriorretinitis de diferentes tamaños en la retina periférica del ojo izquierdo, todas en fase cicatrizal.

Figura 2: Esotropía maniesta Ojo Derecho. Coriorretinitis, área macular ojo derecho (Anexo 2)

Pruebas complementarias

IFI 1/64 22/03/2011

IFI 1/64 4/04/2012

IFI 1/128 20/09/2011

IFI 1/156 21/09/2014

IFI 1/64 5/12/2011

IFI 1/64 25/12/2018

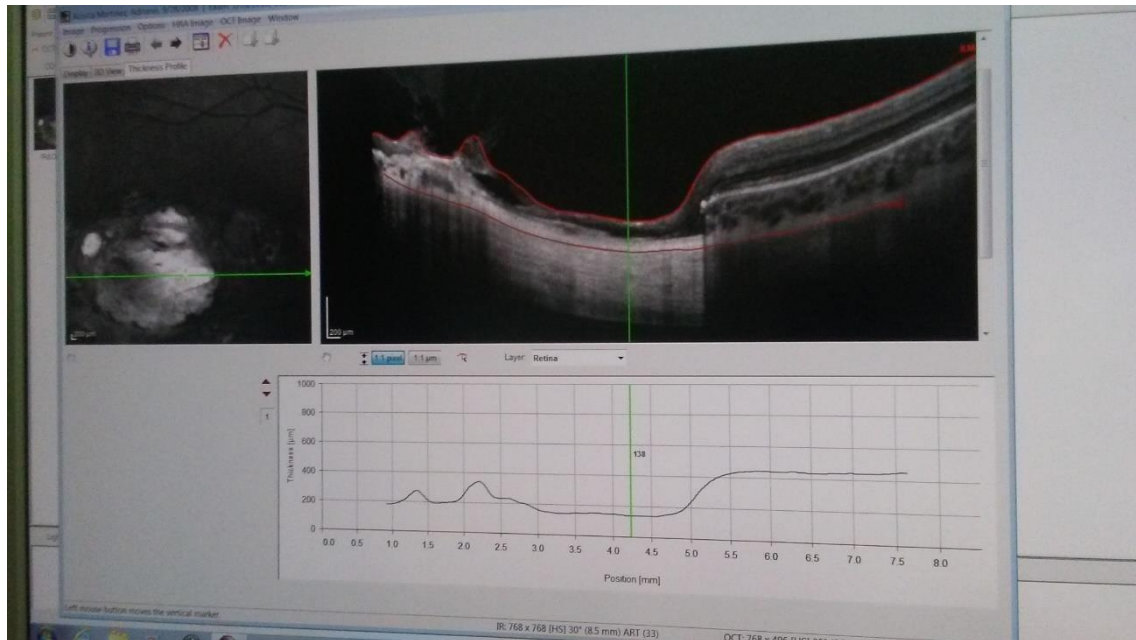


Figura 1. OCT Ojo derecho

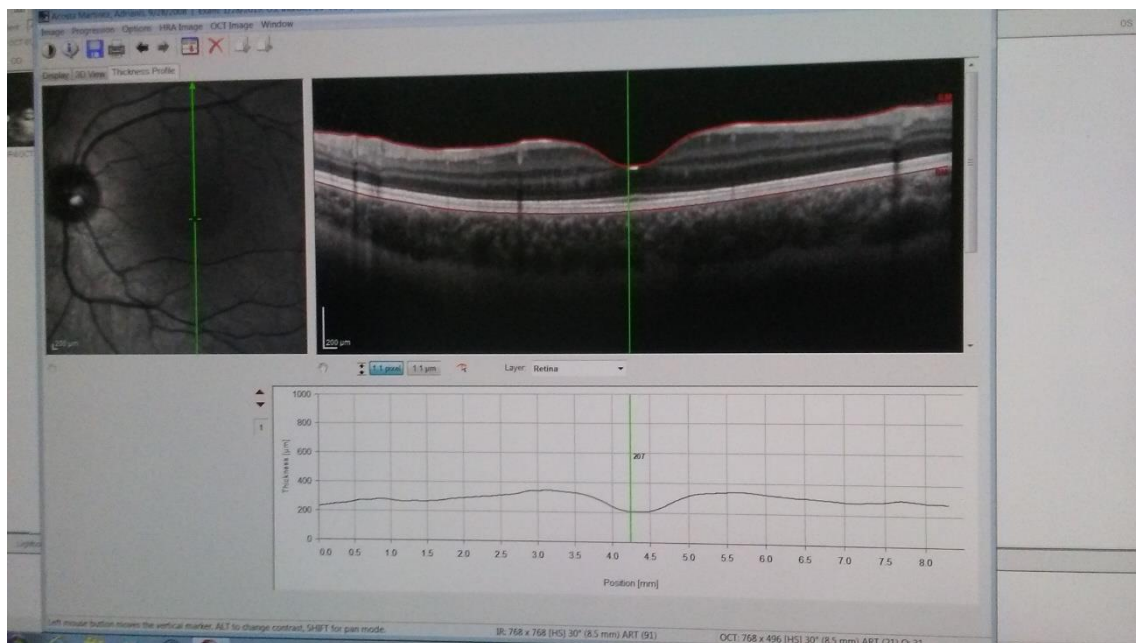


Figura 2. OCT Ojo Izquierdo

¿Cómo tratar?

Antitoxoplásmico Ideal. Requerimientos

- Efectivo
- Parasiticida
- Activo frente a Taquizoitos
- Penetración en quistes
- Distribución en los principales sitios de infección (ojo)

No Existe

Tratamiento clásico:

Triple Terapia	Tetra Terapia
Pirimetamina	Pirimetamina
Sulfalidacina	Sulfalidacina
Ácido folínico	Ácido folínico
Prednisona	Clindamicina
	Prednisona

El 74% de los especialistas utilizan esquemas multidrogas.

El 82% de los uveólogos utilizan esteroides en sus esquemas terapéuticos.

Tratamiento Profiláctico para prevenir la toxoplasmosis congénita.

Para la madre con seroconversión durante la gestación el fármaco ideal Espiramicina a razón de 3g diarios durante 14 semanas, el tratamiento puede culminar con el término del embarazo. Continuar con Pirimetamina, Sulfalidacina y Ácido Folínico hasta las 36 semanas, y culminar con Espiramicina hasta el parto. ^{15,16}

Es de carácter obligatorio tratar toda infección por Toxoplasma durante el embarazo y a todos los niños en el primer año de vida teniendo en cuenta riesgo-beneficios y recién nacidos sintomáticos y asintomáticos. ^{17,18}

Para los niños.

Cuando las lesiones están situadas en polo posterior limitada por las arcadas vasculares (zona1) aunque estén inactivas si tiene menos de 10 años de edad y son bilaterales siempre se tratan durante 1 año.

Los primeros 6 meses:

- Pirimetamina: 1mg x Kg/día

- Sulfadiacina: 80 a 100mg x Kg/ día
- Ácido Fólico 5.10mg 3 veces x semana

A consideración médica uso de esteroides

Si no hay reactivación, reducir la mitad de la dosis en el segundo semestre.

Patrón de recurrencia: 25% a los 14 meses.
49% a los 3 años.
79% más de 5 años

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Castillo Martin F. Toxoplasmosis Congénita. Una enfermedad con demasiadas interrogantes. An Pediatr (Barc). 2004; 61: 115-7.
2. Remington JS, McLeod R, Thulliez P, Desmont G. Toxoplasmosis En: Remington JZ, Klein J. editors. Infections disease of the Fetus and newborn 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001: p 205-346.
3. Desmond G, Couvreur J. Toxoplasmosis congénitale Etude prospective de Toxoplasmosis acquise en cours de gestation. Ann Pediatric. 1984; 31: 805-9.
4. Hohlteid P, Daffos F, Costa JM, Thulliez P, Forestier F. Prenatal diagnosis or congenital toxoplasmosis with a polymerase-chain-reaction test on amniotic fluid. N Engl J Med. 1994; 331: 695-9.
5. Blanco R, Malberty A, López R. et al. Estudio de la presencia de anticuerpos contra Toxoplasma gondii en sueros de madres y recién nacidos en el momento del parto. Congreso 50. Aniversario de Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.1988. Resumen T- 319: 137.
6. Foulon W, Naessens A, Lauwers S, et al. Impact of primary prevention on the incidence of toxoplasma during pregnancy. Obst. Gynecol. 1988; 72: 363.
7. López R, Perez X, Font L,etal. Presencia de anticuerpos anti-T. gondii en la población de Ciudad de La Habana. Rev. Ibérica de parasitología 1993 en prensa.
8. NaotY, Guptill D.R, Remington **J.S.** Duration of IgM antibodies to toxoplasma gondii after acute acquired toxoplasmosis. J Infect DIS 1982; 145:770.

9. Blanco R, Malberti J. A, López R, et al. La vigilancia en agentes biológicos en las embarazadas. Toxoplasmosis. Documento orientador. Dpto. Perinatología Básica. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.1989.
10. Instituto de investigaciones Estadística. Estudio y datos sobre la población cubana. 1991; publicación No 21 (en proceso de edición) Ciudad de La Habana. Cuba.
11. Denis Wakefield, MD1, Emmett T. Cunningham, Jr., MD2, Carlos Pavesio, MD3, Justus G. Garweg, MD4, and Manfred Zierhut, MD5. Controversies in Ocular Toxoplasmosis. *Ocular Immunology & Inflammation*, 19(1), 2–9, 2011
12. C. Silveira, R. Belfort, Jr, C. Muccioli et al., A follow-up study of *Toxoplasma gondii* infection in southern Brazil. *Am J Ophthalmol* 131 (2001), pp. 351–354.
13. Campuzano J. Un caso de toxoplasmosis canina en La Habana. *Boi Ofic Secret San Benef* 1913: (9,I-6): 620. En-jun. La Habana.
14. Acosta Carmen Pérez X. Herrera R. et al. Evaluación clínica del UMELISA-Toxoplasma. Congreso Biotecnología Habana 1992. Resumen 19,I 5junio 8-1 2.
15. Papoz L, Sirnondon F, Saurin W, et al. A simple model reievant to toxoplasmosis applied to epidemiologic results in France. *Am J Epimediology* 1986; 123; 1
16. Frenkel **J.K.** Congenital toxoplasmosis. Prevention palliaton. *Am J Obst Gyn.* 1981;141:359.
17. Valdés Abreu Manuela de la Caridad, Díaz Martínez Ana Gloria, Svarch Scharager Natalio. Actualidades en el tratamiento y profilaxis de la toxoplasmosis. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 1996 Ago [citado 2021 Mar 23] ; 12(4): 360-369. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400006&lng=es.
18. Gloria Remesar Navarro e Imma Danés Carreras. Tratamiento de la toxoplasmosis durante el embarazo. *Medicina clínica, Rev Elsevier.* 2009.

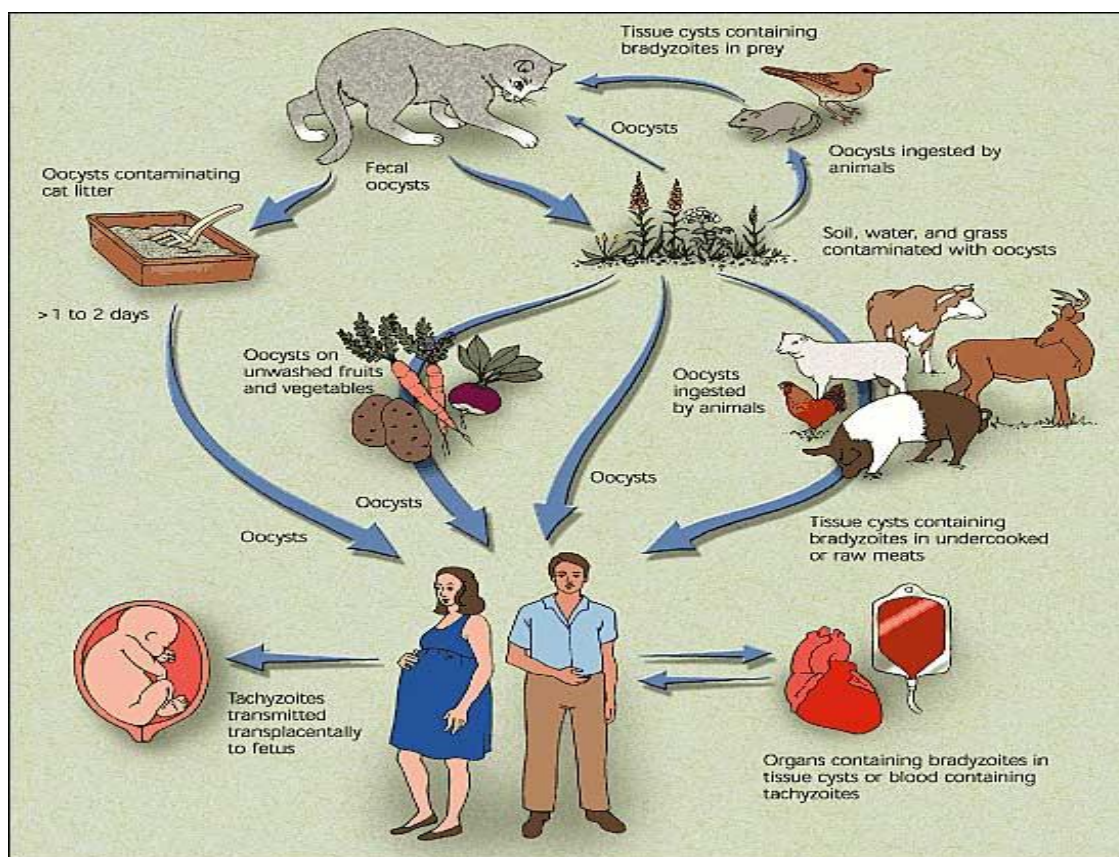
Recibido 12 de marzo de 2021

Aceptado.13 de agosto de 2021.

Teresa Miranda Hernández. Especialista de I grado Oftalmología (2da Especialidad) MGI. MSc. Enfermedades Infecciosas. Profesora Asistente.
Correo electrónico: teresamh@infomed.sld.cu

Anexos

Anexo 1: Vía de transmisión de la enfermedad



Anexo 2: Esotropía maniesta Ojo Derecho. Coriorretinitis, área macular ojo derecho.

