

Sufrimiento ocular con toxoplasma gondii



E.U.

Autor: Andrew Stembach. Neurólogo catedrático de la Universidad de Pensilvania, E.U.



La toxoplasmosis describe la enfermedad clínica o tisular causada por toxoplasma y es diferente a la infección por toxoplasma, que es asintomática en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes.

La infección crónica latente es segura en todos los infectados, incluso en los que se recuperan de una toxoplasmosis. Este padecimiento es provocado por la persistencia del parásito dentro de los quistes. La reactivación de la infección crónica que produce una toxoplasmosis es un acontecimiento casi exclusivo de pacientes inmunosuprimidos, y la encefalitis toxoplásmica lo es de personas VIH positivas. La infección congénita es consecuencia de la infección aguda materna durante el embarazo.

Se suelen diferenciar cuatro grandes categorías clínicas en el estudio de la toxoplasmosis:

- Toxoplasmosis aguda adquirida en el paciente inmunocompetente.
- Toxoplasmosis aguda adquirida o reactivada en el paciente inmunodeficiente.
- Toxoplasmosis ocular.
- Toxoplasmosis congénita.

Antiguamente se pensaba que la toxoplasmosis ocular era una enfermedad adquirida en forma congénita y que posteriormente podía tener reactivaciones tardías. Hoy en día, sin embargo, este concepto ha variado gracias a que nuevos datos epidemiológicos han demostrado la existencia de formas adquiridas mediante el contagio por alimentos, agua y aire. Probablemente las cicatrices de las cuales se genera la reactivación ocular -que es la forma más común- se traten de una infección contraída anteriormente, pero no de una lesión congénita. En la mayoría de los casos esta primera lesión pasa desapercibida y es

Referencias bibliográficas

1. Holland GN, O'Connor GR, Belfort R Jr, Remington JS, Toxoplasmosis, In: Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, Ocular infection & immunity, St Louis: Mosby 1996; 1183.
2. Rothova, Reactivations in ocular toxoplasmosis, International Conference on Toxoplasmosis, Copenhagen, June 2003.
3. Friedmann CT, Knox DL, Variations in recurrent active toxoplasmic retinochoroiditis, Arch Ophthalmol 1969; 81: 481-493.
4. Pita Gondim LF, Barbosa HV Jr, Ribeiro Filho CH, Saeki H, Serological survey of antibodies to toxoplasma gondii in goats, sheep, cattle and water buffaloes in Bahia State, Brazil, Vet Parasitol 1993; 82: 273-276.
5. Wong SY, Remington JS, Toxoplasmosis in pregnancy, Clin Infect Dis 1994; 18: 853-862.
6. Wong SY, Remington JS, Toxoplasmosis in pregnancy, Clin Infect Dis 1994; 18: 853-862.
7. Huong LT, Ljungstrom BL, Uggla A, Bjorkman C, Prevalence of antibodies to neospora caninum and toxoplasma gondii in cattle and water buffaloes in southern Vietnam, Vet Parasitol 1998; 75: 53-57.

en la reactivación donde surgen los síntomas de la enfermedad ocular.¹

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, pero no confirman el diagnóstico del padecimiento. Menos importancia tienen aún estas pruebas serológicas en países donde la prevalencia de anticuerpos en la población general es elevada. Con base en la hipótesis anterior, que sostiene que las formas adquiridas con reactivaciones tardías son las más comunes entre los pacientes que concurren a la consulta, los resultados serológicos serán de IgM negativa y valores positivos variables de IgG.

El parásito se aloja en la retina en la forma de bradizoítos enquistados; al romperse este quiste por motivos que aún se desconocen se desarrolla una retinitis, ya que éste es el órgano inicialmente comprometido. Es importante considerar a la toxoplasmosis ocular como una retinitis, por lo que las retinitis serán las entidades a tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de la enfermedad.

En la presentación más común de toxoplasmosis ocular esta retinitis se localiza adyacente a una cicatriz coriorretiniana previa. Un estudio sobre recurrencias de la toxoplasmosis ocular mostró que 75% de los pacientes en su primera consulta ya tenía una cicatriz previa que había pasado desapercibida.² El resultado de dicha retinitis previa combinada con la reacción inflamatoria que compromete al epitelio pigmentario y la coroides es la que le da a la toxoplasmosis ocular el nombre inexacto de coriorretinitis.

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.³ La vasculitis puede afectar a las arterias y a las venas,

así como a los vasos adyacentes a la lesión activa y a toda la circulación retinal, simulando el cuadro de *frosted branch angiitis*.

El compromiso del humor vítreo también es sumamente variable, y no está claro de qué depende. Algunos pacientes que no son tratados nunca desarrollan vitritis, mientras que otros que demoran un poco el tratamiento llegan a tener vitritis tan severas como para requerir una vitrectomía.

Cuando se produce un desprendimiento del vítreo posterior inducido por la inflamación es posible ver precipitados inflamatorios por detrás de la hialoides, hallazgo común en la toxoplasmosis ocular.

La uveítis anterior aparece en aproximadamente 50% de los pacientes con toxoplasmosis ocular. Cuando las células en la cámara anterior ascienden a 2⁺ o a cifras mayores la presión intraocular suele estar elevada y responde muy bien a los corticoides tópicos, por lo que el mecanismo más probable es el de trabeculitis. Por otro lado, cabe destacar que la uveítis anterior no se produce por un fenómeno de rebasamiento, ya que aun pacientes con poca inflamación en el vítreo pueden tener inflamación intensa de la cámara anterior.⁴

Algunas formas clínicas de presentación

Toxoplasmosis congénita. Si la infección es adquirida durante el tercer trimestre de embarazo, la transmisión al feto ocurre casi en 60% de los casos, probablemente debido a una mayor vascularización de la placenta. La retinocoroiditis es la manifestación más común. Es bilateral en 85% de los pacientes y afecta la mácula en 58% de ellos. Las lesiones oculares no necesariamente están presentes en el momento del nacimiento, ya que pueden ir apareciendo en los meses posteriores. Otras lesiones que se asocian con la toxoplasmosis congénita son: hidrocefalia, microcefalia, convulsiones, calcificaciones cerebrales, organomegalia, rash y fiebre.⁵

Toxoplasmosis recurrente. Es la forma clínica más común de toxoplasmosis ocular que típicamente se presenta como un foco de retinitis adyacente a una cicatriz coriorretiniana que se produjo como resultado de una infección adquirida previamente. Afecta a adultos jóvenes de ambos sexos, generalmente en forma unilateral, a pesar de que ambos ojos pueden tener cicatrices coriorretinianas. Los títulos de anticuerpos suelen ser bajos debido al lapso transcurrido entre la primoinfección adquirida tempranamente y la retinocoroiditis que se manifiesta tardíamente (75% entre los 10 y 35 años de edad).¹

Toxoplasmosis adquirida. Siempre se consideró, siguiendo las enseñanzas de Perkins, que la toxoplasmosis ocular era una secuela de una infección congénita. No obstante, en 1988 se encontraron más de 150 familias en Erechim, Brasil, en las que múltiples hermanos tenían toxoplasmosis ocular, lo que indicaba que muchos casos eran adquiridos. Actualmente se sabe que la mayor parte de las toxoplasmosis oculares podrían contraerse en forma posnatal. Un valor positivo de IgM confirma una toxoplasmosis adquirida, pero valores elevados de IgG en un joven o en un adulto sugieren una toxoplasmosis adquirida.⁶

Toxoplasmosis relacionada con el SIDA. Se han descrito pocos casos de toxoplasmosis ocular en personas con SIDA. A diferencia de la toxoplasmosis ocular tradicional, las lesiones pueden no originarse de cicatrices coriorretinianas previas; pueden ser bilaterales, difusas y multifocales. Estudios histológicos han mostrado escasa reacción inflamatoria en la retina, pero se ha hallado el parásito en el humor vítreo y hasta en el iris. Diferentes mecanismos patogénicos tienen lugar en pacientes sanos comparados con aquellos inmunosuprimidos. La toxoplasmosis intracraneal es común en pacientes con SIDA. Una investigación comprobó que entre los individuos con SIDA y trastornos neurológicos 33% padecía toxoplasmosis. La

toxoplasmosis ocular en personas con SIDA probablemente sea secundaria a una infección adquirida o a diseminación de otros órganos. Los afectados deberán recibir tratamiento de mantenimiento luego de resuelta la retinitis activa.⁷

Diagnóstico

La toxoplasmosis ocular se diagnostica clínicamente. Dado que es la forma de uveítis posterior más común en muchos países, es importante tomar en cuenta que cuando un paciente adulto joven inmunocompetente presenta una retinitis focal asociada o no a una cicatriz coriorretiniana, deberá considerarse a la toxoplasmosis ocular como el diagnóstico más probable.

Me gustaría concluir este artículo con la idea de que en la práctica médica es indispensable canalizar todos nuestros esfuerzos en saber elaborar diagnósticos eficaces a fin de prevenir muchos de los padecimientos actuales; éste es el caso de la toxoplasmosis, que aunque no es muy común que se difiera entre las personas, necesitamos medios propicios para ello.

Es un hecho que ni los médicos, ni los pacientes están lo suficientemente informados para poder contrarrestar este parásito capaz de adquirir tonos mortales. De igual manera, los especialistas en veterinaria y zootecnia deben estar alertas para medir, en principio, su propio riesgo sanitario, y en segundo término para ilustrar a los dueños de las mascotas al respecto, pero también deberían estar en contacto con los equipos médicos para ir por el camino correcto de la prevención. **DOLOR**