

TOXOCARIASIS OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

OCULAR TOXOCARIASIS. A CASE REPORT

GÓMEZ L¹, RUEDA T², PULIDO C¹, SÁNCHEZ-ROMÁN J²

RESUMEN

Caso clínico: Paciente de 7 años diagnosticado de toxocariasis ocular.

El fondo de ojo mostraba una vitritis que no permitía ver la retina.

Se instauró tratamiento con corticoides, evolucionando favorablemente, pero existía un granuloma papilar y periférico que levantaba la mácula por lo que se realizó una vitrectomía consiguiéndose la estabilización del proceso.

Discusión: La Toxocariasis ocular es rara en los países desarrollados.

El diagnóstico está basado en el aspecto oftalmoscópico, la serología y la Ig G + en vítreo. En cuanto al tratamiento sigue siendo controvertido el uso de antihelmínticos y aceptado el uso de corticoides y la vitrectomía.

Palabras clave: Toxocara, granuloma, vitrectomía, corticoides, antihelmínticos, mácula.

ABSTRACT

Case report: We present the case of a seven-year-old male with ocular toxocariasis.

The fundus of the eye showed a vitritis, as a result of which the retina could not be seen.

Following treatment with systemic corticosteroids the condition evolved favorably. However, due to a papillary and peripheral granuloma that raised the macula, a vitrectomy was performed which stabilized the process.

Discussion: Ocular toxocariasis is not common in developed countries.

The diagnosis is based on funduscopic aspects, serology and IgG positivity of the vitreous.

In relation to treatment, as the use of anthelmintics therapy is controversial, the use of corticosteroids and vitrectomy is recommended (*Arch Soc Esp Ophthalmol 2007; 83: 49-52*).

Key words: Toxocariasis, granuloma, vitrectomy, corticosteroids, anthelmintics, macula.

INTRODUCCIÓN

La Toxocariasis es la infección en el humano por *Toxocara canis* y excepcionalmente por *Toxocara cati*. Estos nematodos desarrollan su estadio adulto en el intestino del perro y gato donde cada hembra produce 200.000 huevos al día que son elimina-

dos al exterior y se vuelven infectantes en 2-5 semanas. Una vez ingeridos por el ser humano, la larva atraviesa la pared intestinal, migra por vía venosa al hígado y al resto del organismo donde permanece como larva (1). Clínicamente se describen dos síndromes: Larva Migrans Visceral (LMV) y Larva Migrans Ocular (TO), que aunque se presentan

Recibido: 11/7/06. Aceptado: 30/10/07.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio de Oftalmología. Sevilla. España.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Correspondencia:

Laura Gómez López

C/. Afrodita, 10, bloque 1, escalera 2 2.1

41014 Sevilla

España

E-mail: lauragomezlopez@hotmail.com

como patologías independientes, pueden coexistir juntas (2). La LMV es el resultado de la migración del parásito por los diferentes tejidos, produciendo una intensa respuesta inflamatoria. La TO se manifiesta con signos y síntomas topográficamente localizados en el ojo. Se considera como el resultado de muy pocas, a veces una sola larva, siendo capaces de invadir casi todas las estructuras del ojo. Las tres lesiones oculares más comunes son un granuloma del polo posterior, un granuloma periférico o un cuadro semejante a una endoftalmitis crónica.

En la revisión bibliográfica realizada, hemos encontrado pocos casos descritos en nuestro país (3).

CASO CLÍNICO

Se describe la presentación, evolución y tratamiento de un niño con toxocariasis ocular. Varón de 7 años de edad que acude a la consulta con pérdida de visión en ojo izquierdo (OI) de dos meses de evolución y diagnóstico ecográfico de desprendimiento de retina (fig. 1). Antecedentes sin interés y ambliopía de ese ojo en tratamiento oclusivo.

Se realizó un estudio oftalmológico completo: agudeza visual (AV), biomicroscopia, tonometría, fondo de ojo, ecografía (ECO), angiografía fluoresceínica (AFG), estudio de muestra para PCR y enzimoimmunoanálisis (ELISA).

La AV era de la unidad en OD y movimientos de manos en OI.

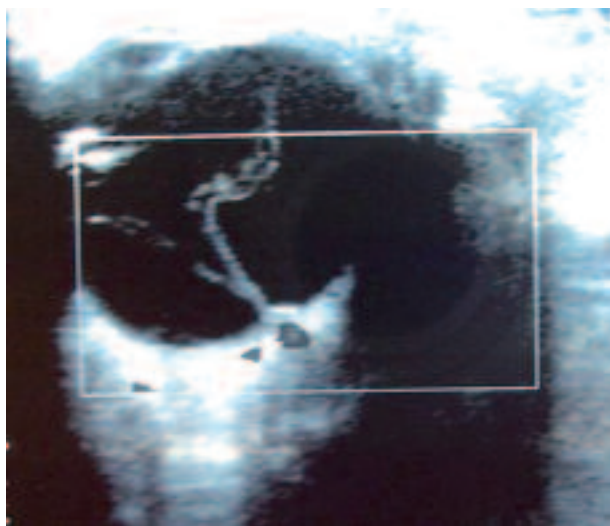


Fig. 1: Imagen ecográfica sugestiva de desprendimiento de retina en alas de mariposa.

Tanto la biomicroscopía como la tensión ocular eran normales.

El fondo de ojo mostraba una gran vitritis que dificultaba la valoración de la retina, apreciándose un granuloma papilar con levantamiento macular (fig. 2).

Se planteó el diagnóstico diferencial con pars planitis, toxoplasmosis, toxocariasis y retinoblastoma. Se inició un estudio general que incluyó radiografía de tórax, hemograma, pruebas hepáticas, proteinograma, y serología de lúes, toxoplasma, y toxocara mediante ELISA. Se decidió instaurar tratamiento con corticoides generales (1 mg/kg/día). El ELISA resultó positivo para toxocara y negativo para toxoplasmosis, estableciéndose el diagnóstico de toxocariasis ocular en forma de granuloma del polo posterior. Una vez diagnosticado, el paciente admitió haber tenido contacto con un cachorro de perro en el parque. Se realizó un estudio parasitológico de material fecal y se descartó la presencia de larva *Migrans* a otro nivel. También se realizó una ECO ocular (que fue informada como normal) para descartar calcificaciones y se solicitó una analítica en la que se detectó una hipergammaglobulinemia y una ausencia de eosinofilia. Se mantuvo el mismo tratamiento (fig. 3). Un mes después la AV era de 0,1 y había desaparecido la vitritis, pero se mantenía la tracción sobre la mácula y sobre los granulomas periféricos, por lo que se decidió realizar vitrectomía. Se liberó la tracción macular y los granulomas y se tomó muestra vítrea bajo aire, siendo la PCR y el ELISA positivos para *Toxocara canis*.

La muestra histológica descartó células neoplásicas. La AV mejoró a 0,3 aunque persistía la activi-

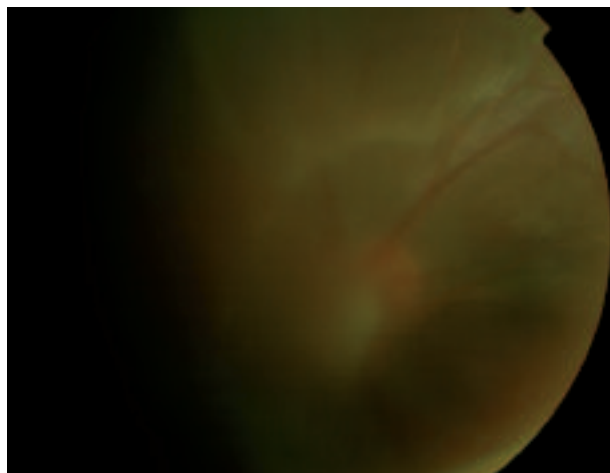


Fig. 2: Vitritis intensa. Se aprecia un granuloma papilar.

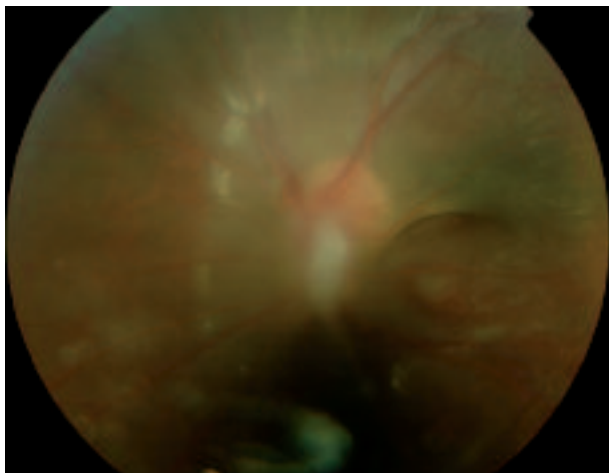


Fig. 3: El vítreo se comienza a aclarar y se observa además del granuloma papilar otro granuloma en periferia inferior.

dad en la AGF (fig. 4). Se mantuvo el tratamiento dos semanas obteniendo una AV de 0,5 (fig. 5). El seguimiento ha sido de 10 meses durante los cuales ha tenido dos pequeños brotes de inflamación anterior y uno posterior que fueron tratados con corticoides generales manteniéndose la AV en 0,5.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la Toxocariasis es mayor en los países de clima tropical y subtropical (65%). En los países desarrollados oscila entre 2-10% (1).



Fig. 4: AFG que muestra hiperfluorescencia papilar en tiempos tardíos.

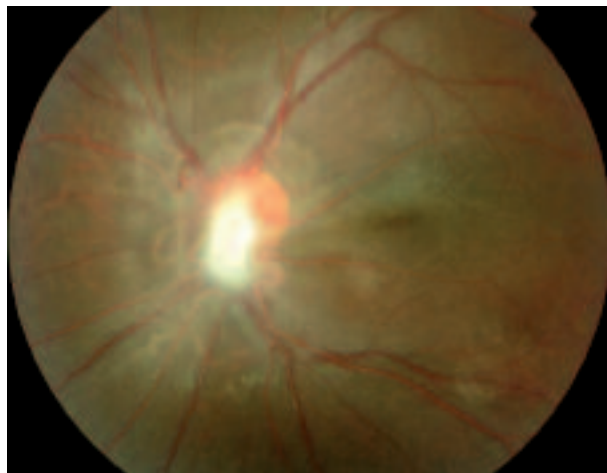


Fig. 5: La vitritis ha desaparecido, se observa claramente el granuloma papilar con leve tracción macular.

Desconocemos la prevalencia actual en nuestro medio (los últimos estudios son de hace una década) (4,5) pero ante un caso como este hay que plantearse los diagnósticos posibles ya descritos. Nosotros descartamos los procesos malformativos ya que las exploraciones oculares anteriores fueron normales, el retinoblastoma fue descartado gracias a la ECO y al estudio histológico, y la toxoplasmosis por el ELISA negativo. Un ELISA positivo para toxocara en suero no confirma la enfermedad (puede ser un falso positivo por otro nematodo y hay que considerar que la seroprevalencia es muy alta). La eosinofilia puede estar causada por otro nematodo y/o estar ausente. Un ELISA positivo en humores oculares junto con el aspecto oftalmoscópico afianza el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, dada la buena respuesta a los corticoides y la controversia existente en cuanto al uso de los antihelmínticos, decidimos no utilizarlos por ahora, pero si los brotes inflamatorios se repiten, habría que plantearse otras posibilidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altcheh J, Nallar M, Conca M, Biancardi M, Freilij H. Toxocariasis: aspectos clínicos y de laboratorio en 54 pacientes. *An Pediatr (Barc)* 2003; 58: 425-431.
2. Zinkham WH. Visceral larva migrans. A review and reassessment indicating two forms of clinical expression: visceral and ocular. *Am J Dis Child* 1978; 132: 627-633.
3. Fenoy Rodríguez S, Guillén Llera JL, del Aguila de la Puente C. Toxocariosis ocular: la realidad de un proble-

- ma poco conocido (editorial). Arch Soc Esp Oftalmol* 2002; 77: 531-534.
4. Cilla G, Perez-Trallero E, Gutierrez C, Part C, Gomariz M. Seroprevalence of *Toxocara* infection in middle-class and disadvantaged children in northern Spain (Gipuzkoa, Basque Country). *Eur J Epidemiol* 1996; 12: 541-543.
 5. Fenoy S, Cuellar C, Guillen JL. Seroprevalence of toxocariasis in children and adults in Madrid and Tenerife, Spain. *J Helminthol* 1996; 70: 109-113.