



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2366 - TOXOPLASMOSIS OCULAR

A. Ortiz Blanco<sup>a</sup>, A. García Garrido<sup>b</sup>, C. Manzanares Arnáiz<sup>c</sup>, M. Otero Ketterer<sup>d</sup>, M. de Cos Gutiérrez<sup>e</sup> y M. Narvaez Gómez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Buelna. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Santoña. Cantabria.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Saja. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria.

<sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gama. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar enrojecimiento de ojo derecho, dolor, miodesopsias y visión borrosa desde hace cinco días. Anamnesis detallada: ganadera. La ha pasado en otras ocasiones y nota pérdida de agudeza visual desde hace años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración general normal salvo fondo de ojo que presenta edema retiniano y manchas blanquecinas. Se decide enviar para valoración oftalmológica; retinitis focal adyacente a cicatriz coriorretiniana adyacente. Hemograma y bioquímica normal. ANAS negativos. Serología: HZ, SIDA, CMV, sífilis, TBC negativos. IgM Toxoplasma gondii negativo. IgG Toxoplasma gondii positivo.

**Juicio clínico:** Toxoplasmosis ocular.

**Diagnóstico diferencial:** Trastornos autoinmunitarios. Psoriasis. Espondilitis Anquilosante. Artritis reactiva. Sarcoidosis. Enfermedad inflamatoria intestinal. SIDA. Herpes zóster. Citomegalovirus. Sífilis. Tuberculosis. Histoplasmosis. Toxinas.

**Comentario final:** Toxoplasmosis ocular es la primera causa de uveítis posterior en nuestro medio. Es debida a la infección de un parásito: Toxoplasma gondii que es una zoonosis. Vías de contagio: 1º: Ingestión de carne poco cocida de animales que han estado infestados, es la más frecuente.. 2º: Beber agua no suficientemente clorada, países subdesarrollados. 3º: Transplacenteria. Trasplantes de órganos. Personal de laboratorio. El diagnóstico se basa en las características clínicas de la infección: retinitis activa adyacente a una cicatriz coriorretiniana inactiva; pruebas de laboratorio AC específicos para T. gondii o detección directa del parásito por inmunofluorescencia. Las formas clínicas de presentación son varias: congénita, recurrente (este caso) y adquiridas El tratamiento es individualizado según el caso: lesiones pequeñas nada, resto sulfametoxazol, trimetropin, clindamicina, azitromicina, prednisona. Quirúrgico. Por lo que se desprende del caso y dadas las posibles y graves complicaciones (glaucoma, desprendimiento de retina, cataratas, pérdida de visión) hemos de llegar a un diagnóstico certero para poder tratar y evitar en lo posible estas situaciones. Además hemos de utilizar medidas preventivas para evitar el contagio con Toxoplasma

gondii, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y embarazadas.

### **Bibliografía**

1. Llorenc Belles V, et al. Uveitis diagnosis characterization at a referral centre in the area of Barcelona, Spain. Med Clin (Barc). 2011.
2. Martínez-Berriotxo A, Fonollosa A, Artaraz J. Uveitis: diagnostic approach. Revista Clínica Española. 2102;212(9):442-52.

**Palabras clave:** Toxoplasmosis. Miodesopsias. Parásito.