

PRESENTACION DE CASO

Toxocariasis ocular. Presentación de un caso.

Ocular toxocariasis. A case presentation

Dra. Mariela Julia Curbelo Gómez,¹ Dra. Bárbara Teresa Ríos Araujo,² Dra. María Adela LLull Tombo.³

¹Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesor instructor. ²Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor instructor. ³Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Gustavo Aldereguía Lima." Cienfuegos

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de toxocariasis ocular. La manifestación clínica fue dolor y ojo rojo en un niño de 4 años de edad. Al examen físico ocular encontramos signos de uveítis anterior aguda en ojo izquierdo y el fondo de ojo mostraba banda vítrea que salía del borde superior de papila y un granuloma periférico. El paciente fue ingresado y tratado con corticoides orales y antihelmínticos orales.

Palabras clave: toxocariasis (quimioter); corticosteroides (uso terap); antihelmínticos (uso terap)

ABSTRACT

A clinical case on ocular toxocariasis is presented. The clinical manifestations were pain and red eye in a four year-old child. A prior acute uveitis in the LE was found in the physical ocular exam. Vitrea band that was out of the superior edge of papila and a marginal granuloma were found in the eyes fundus. The patient was admitted and treated with oral corticoids and oral antihelmintics

Key words: toxocariasis (quimioter); adrenal cortex hormones (uso terap); antihelmintics (uso terap)

INTRODUCCION

La toxocariasis es una infección parasitaria que se observa fundamentalmente en la niñez, está causada por la infestación con un áscarí intestinal (nematodo).

En el ser humano los agentes relacionados con más frecuencia son toxocara canis y toxocara cati.

El Toxocara canis es un huésped del intestino del perro, este elimina la mayor cantidad de huevos en los primeros 6 meses de vida, el contacto cercano con perros y gatos se ha asociado con una elevada prevalencia de infección.⁽¹⁾

La infestación humana se debe a la ingesta de tierra o alimentos contaminados con huevos dispersados en las heces de los perros.

Al ser ingeridos por el ser humano, la larva atraviesa la pared intestinal, su migración produce diferentes patrones clínicos. Clásicamente se describen dos síndromes: larva migrans visceral y larva migrans ocular.⁽²⁾

La toxocariasis ocular puede ser unilateral y rara vez bilateral. La presencia del agente desencadena un cuadro inflamatorio inespecífico provocando disminución de la agudeza visual (AV).⁽³⁾

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 4 años de edad, blanco, sin antecedentes patológicos de interés, de procedencia rural, que acudió al cuerpo de guardia de oftalmología por presentar en el ojo izquierdo enrojecimiento y dolor, con quince días de evolución.

Al examen físico ocular presentó:

AVsc: OD 1 00

OI visión de bultos.

Al examen con lámpara de hendidura del segmento anterior:

OD normal

OI se observó: Anexos: Hiperemia cilio conjuntival.

Recibido: 27 de mayo de 2008

Aprobado: 28 de julio de 2008

Correspondencia:

Dra. Mariela Julia Curbelo Gómez.

Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Gustavo Aldereguía Lima." Cienfuegos
Calle 51-A y Ave 5 de Septiembre, Cienfuegos, Cuba. CP: 55 1000

Dirección electrónica: mariela.curbelo@gal.sld.cu

Segmento anterior: Edema corneal x

Fleare del acuoso.

Sinequia posterior a hora 4.

Medios: RRNF (Reflejo rojo naranja) disminuido.

Fondo de ojo: OD normal

OI no se pudieron precisar detalles.

Se decidió ingresar al paciente para realizar exámenes complementarios, encontrando una leucocitosis y eosinofilia significativa.

Se le puso tratamiento con corticoides orales, tópicos y midriáticos ciclopléjicos. A las 72 horas de aplicado el tratamiento notamos mejoría del segmento anterior y al realizar oftalmoscopia binocular indirecta: OD normal y OI observamos turbidez y banda vítrea del borde

superior de la papila hacia un granuloma en la periferia de la retina con marcado edema adyacente.

Se estableció el diagnóstico de toxocariasis ocular por los antecedentes del niño de jugar en patio de tierra con perros y gatos, la edad del paciente, la leucocitosis y la eosinofilia significativa y la imagen característica en el fondo de ojo izquierdo.(Fig. 1)

Se continuó con esteroides orales, prednisona a 2mg/Kg/día, tópicos utilizamos la prednisolona 1 gota cada 2 horas y tiabendazol oral (500mg) 20mg/kg/día.

Los resultados obtenidos fueron favorables al combinar el tratamiento antihelmíntico con corticoides orales y tópicos proporcionando una mejoría clínica de las lesiones oculares, contribuyendo a mejorar la agudeza visual del paciente. (Fig. 2)

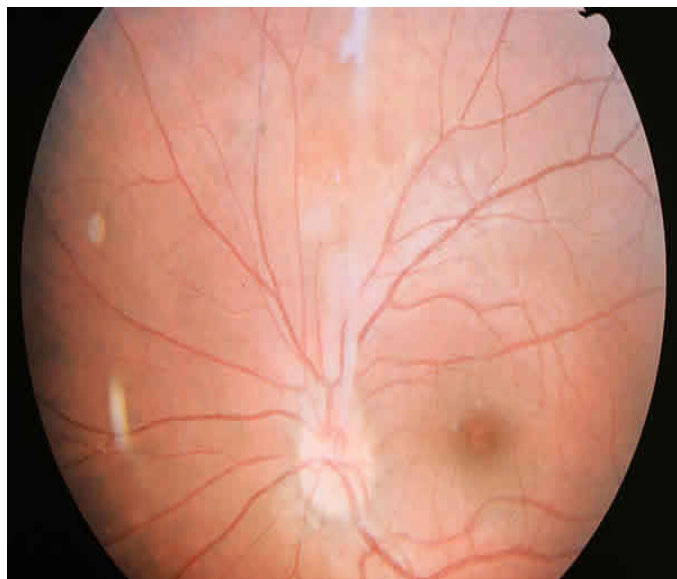


Figura 1. Banda vítrea.

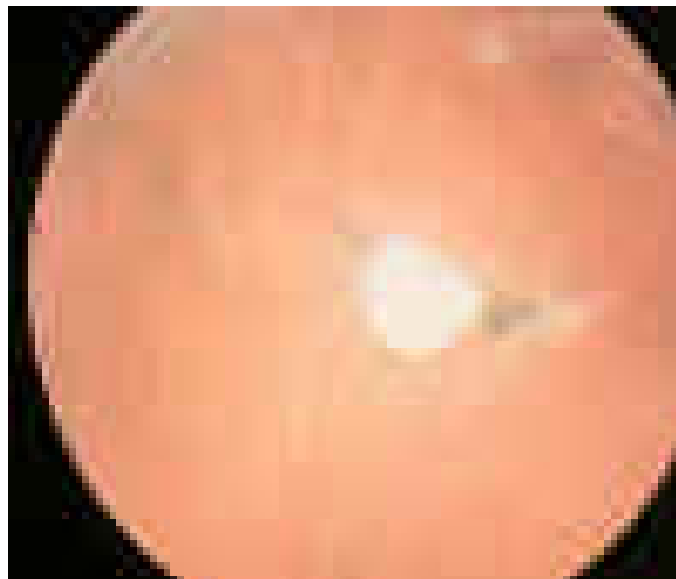


Figura 2. Granuloma periférico.

DISCUSION

La toxocariasis está causada por la infestación con un áscarí intestinal (nematodo). Su prevalencia es mayor en niños de países de clima tropical y subtropical con tasas en la población general de hasta el 65 %. En los países desarrollados oscila entre el 2 y el 10 %.⁽⁴⁾

La larva puede entrar al ojo ya sea directamente por vía de la coroides, ciliar, de las arterias centrales de la retina o bien pasar al ojo luego de un periodo de enquistamiento en tejidos adyacentes.

El paciente con toxocariasis ocular se caracteriza por estar sano como en el caso clínico descrito. Se pueden observar varias lesiones oculares como un cuadro parecido a una endoftalmitis crónica, como un granuloma del polo posterior o periférico.

El diagnóstico suele establecerse mediante el estudio de anticuerpos, para esto, se desarrollan diferentes técnicas, la más empleada es la ELISA. La leucocitosis y la eosinofilia nos ayudan al diagnóstico.⁽⁵⁾

Podemos diferenciar esta enfermedad de la Fibroplasia retrolental, la Pars Planitis, la PVHP, el Retinoblastoma, la Toxoplasmosis entre otras.⁽⁶⁾

El tratamiento consiste en corticoides vía sistémica⁽⁷⁾ pues ejercen un efecto antiinflamatorio beneficioso. No se han observado diferencias significativas en la utilización de antihelmínticos según la bibliografía pero en nuestro caso sí hubo una notable mejoría.

El pronóstico visual en la toxocariasis ocular está en dependencia de la localización de los granulomas o focos de retinitis que no siempre son periféricos y pueden localizarse cerca del polo posterior.⁽⁷⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabrosa NA; de Souza EC. Nematode infections of the eye: toxocariasis and diffuse unilateral subacute neuroretinitis. *Curr Opin Ophthalmol*, Dec. 2001; 12(6): 450-454.
2. Zinkhan W. Visceral larva migrans: A review and reassessment indicating two forms of clinical expresión: Visceral and ocular. *Am J Dis Child*.1979; 132:627-33.
3. Triviño X, Bedregal P, Torres M, Canales M. Toxocariosis en Chile: Serie clínica en un centro de pediatría ambulatoria. *Parasitol*. 1999; 23(3-4):113-117.
4. Georgiev VS. Necatoriasis: Treatment and developmental therapeutics. *Expert Opin Invest Drugs*. 2000 May 9(5): 1065-1078.
5. Alzamora AJ, Maguiña B, Tobaru C, Yarleque C, Terashima A. Primer reporte en el Perú de Toxocariasis ocular: análisis de 21 casos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Med. Int*.1999; 12(1):217.
6. Altohehy cols J. Toxocariasis. *An Pediatr*.2003; 58:425-431.
7. James A. Neuroimagenología Pediátrica. Buenos Aires Ediciones Journal.2001.p.567.