

Toxocariasis ocular. A propósito de un caso

Ocular toxocariasis. Case report

MONTESINOS VENTURA BM¹, DELGADO MIRANDA JL², AYALA BARROSO E¹,
ÁLVAREZ MARÍN J², HERNÁNDEZ DÍAZ M¹, DELGADO ESTÉVEZ JL¹,
ABREU REYES P¹

RESUMEN:

Presentamos un caso clínico de un varón de diez años de edad con Toxocariasis ocular. La manifestación clínica fue diplopia monocular.

El fondo de ojo izquierdo mostraba un granuloma retiniano.

El test de Elisa positivo para *Toxocara canis* confirmó el diagnóstico.

El paciente fue tratado posteriormente mediante vitrectomía y con corticoides sistémicos.

Palabras clave: *Toxocara canis*, granuloma, toxocariasis ocular.

SUMMARY:

We present a ten years old male with ocular Toxocariasis. The clinical manifestation was monocular diplopia.

The fundus of the left eye showed retinal toxocara granuloma. A positive Elisa test for *Toxocara canis* established the diagnosis. The patient was consecutively treated by pars plana vitrectomy and systemic corticosteroids.

Key words: *Toxocara canis*, granuloma, ocular toxocariasis.

Servicio de Oftalmología. C. H. Nuestra Señora de Candelaria.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:

Blanca Montesinos Ventura

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria

Servicio de Oftalmología

Carretera del Rosario, s/n

38010 Santa Cruz de Tenerife.

Canarias. España

INTRODUCCIÓN

La Toxocariasis está causada por la infestación con un áscarí intestinal (nemátodo) (1), generalmente por la larva del nemátodo *Toxocara canis*; y excepcionalmente por la del *Toxocara cati*..

El *Toxocara canis* es un huésped habitual (2) del intestino del perro.

La infestación humana se debe a la ingesta accidental de tierra o alimentos contaminados con huevos dispersados en las heces de los perros (frutas, vegetales...).

En el intestino humano, los huevos se desarrollan hasta larvas que penetran la pared intestinal y se desplazan a varios órganos, como el hígado, los pulmones, la piel, el cerebro y los ojos.

El *Toxocara* es incapaz de atravesar los pulmones del hombre, no puede efectuar la migración transtraqueal y convertirse en adulto.

Dicha infestación humana puede adquirir dos formas: La Toxocariasis ocular y la Toxocariasis sistémica o Larva migrans visceral.

Su diagnóstico se basa en la exploración ocular, la epidemiología y los test serológicos específicos tales como el Elisa. (2)

CASO CLÍNICO

Varón de diez años de edad que acude a la consulta de Oftalmología por presentar diplopia monocular en el ojo izquierdo de un mes de evolución, aproximadamente, y enrojecimiento ocular en ambos ojos.

El paciente no refería antecedentes personales ni oftalmológicos de interés ni vivía en un medio rural dónde conviviera habitual-

mente con perros, gatos u otros animales domésticos.

A la exploración oftalmológica presenta: una agudeza visual en OD sc:1.00 y en

OI sc: 0.4 que no mejoraba con estenopeico.

La motilidad ocular extrínseca e intrínseca; la tensión ocular son normales en ambos ojos.

En la exploración de polo anterior se observa epiescleritis temporal y papilas tarsales hiperémicas en ambos ojos que explica el cuadro de enrojecimiento ocular referido por el paciente.

El Fondo de ojo derecho es normal.

El Fondo de ojo izquierdo: se aprecia a nivel de hora doce un granuloma periférico con un desprendimiento de retina perilesional muy localizado. Desde dicha hora 12 hasta el disco óptico se aprecia una banda fibrosa que tracciona el área macular provocando una heterotopia de la mácula.

Basándonos en la exploración ocular con la imagen característica del fondo de ojo izquierdo se le realizó un test de Elisa para toxocara que resultó positivo con un valor de Ig G: 1.29.

Así se estableció el diagnóstico de Toxocariasis ocular en forma de granuloma periférico.

Se le solicitaron analíticas de sangre y orina que fueron normales, al igual que la exploración general del paciente, descartándose así, una Toxocariasis sistémica.

El tratamiento efectuado fue: vitrectomía vía pars plana en ojo izquierdo.

Los resultados obtenidos fueron favorables; la diplopia referida cedió al desaparecer la tracción macular con la liberación de dicha banda vítrea.

Quedó un granuloma periférico residual mínimo, desapareciendo el desprendimiento de retina residual.

Al tercer día de la intervención quirúrgica se produjo una intensa reacción inflamatoria por la disminución del antígeno larval en vítreo que cedió en una semana con el uso de corticoides sistémicos.

DISCUSIÓN

El ciclo biológico del *Toxocara canis* es muy cerrado y cosmopolita.

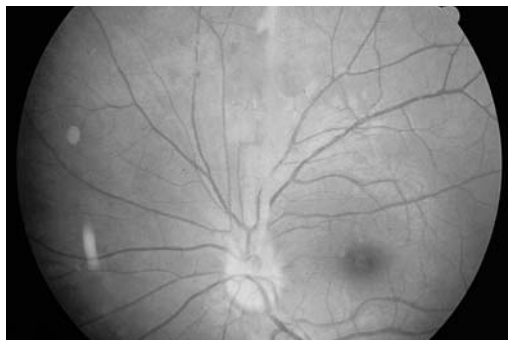


Fig. 1. Imagen característica de toxocariasis ocular. Se aprecia brida vítrea de papila a hora 12.

El contacto íntimo de los niños (3,7), especialmente con los cachorros, es una fuente importante de contaminación.

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 período de enquistamiento en tejidos adyacentes.

Las manifestaciones generales de la toxocariasis (1,2) sistémica rara vez coinciden con la afectación ocular. Se presenta como una afectación sistémica grave que ocurre alrededor de los dos años de edad con febrícula, hepatoesplenomegalia, ictericia, neumonitis con crisis asmática, convulsiones, dolor abdominal, edema de Quincke, urticaria, púrpura, y más raramente, encefalitis, incluso la muerte.

La sangre muestra leucocitosis y eosinofilia importante.

En cambio, el paciente con toxocariasis ocular se caracteriza por estar sano como en el caso clínico descrito por nosotros. No presenta afectación a nivel del resto de su economía, ni tampoco presenta alteraciones del hemograma, esto es, la leucocitosis y la eosinofilia están ausentes.

Las tres lesiones oculares más comunes en la toxocariasis ocular son:

- 1) Un cuadro semejante a la endoftalmitis crónica.
- 2) Un granuloma de polo posterior.
- 3) Un granuloma periférico. (Esta forma es la correspondiente al caso descrito por nosotros, en el que observamos un granuloma periférico asociado a una banda vítrea).

Otras manifestaciones menos frecuentes son: un síndrome semejante a la pars planitis, una uveítis anterior, papilitis óptica, un absceso vítreo localizado, tracciones de la retina, panuveítis bilateral... (7).

Dentro de las pruebas diagnósticas de laboratorio hay que destacar la determinación de anticuerpos antitoxocara en suero, humor acuoso o vítreo.

El Elisa puede emplearse (1,2) para determinar el nivel sérico de Acs antitoxocara canis. Sin embargo, la prevalencia de la seropositividad en niños pequeños puede alcanzar el 20-30 %, limitando así la utilidad de la prueba.

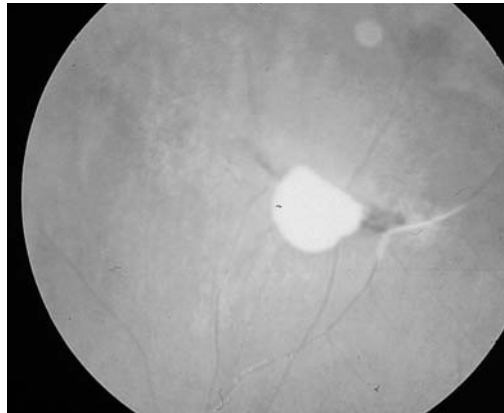


Fig. 2.
Granuloma
periférico residual
posquirúrgico.

Cuando se sospecha una toxocariasis ocular, se deben solicitar títulos exactos de Elisa, incluyendo análisis de suero no diluido (4).

Se considera que si los niveles de Ig G > 0.9 (negativo) → ausencia de niveles de Acs detectables antitoxocara. IgG: 0.9–1.10 (dudoso): límite.

Ig G > 1.10 (positivo) → presencia de Acs.

La Ecografía puede ser útil, tanto para establecer el diagnóstico en los ojos con medios turbios como para descartar otras causas de Leucocorias (1).

El diagnóstico diferencial de la Toxocariasis Ocular hay que realizarlo con otras entidades como: La Fibroblasia Retrolental, La Pars Planitis, la P.V.H.P., El Retinoblastoma, La Toxoplasmosis... (2,6).

El tratamiento consiste en la utilización de Corticoides vía sistémica (5,8). Cuando las larvas mueren se desintegran y provocan una reacción inflamatoria seguida de granulación (1). Los Corticoides ejercen un efecto antiinflamatorio beneficioso.

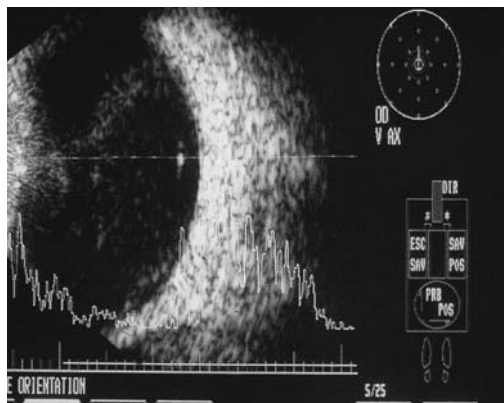


Fig. 3. Imagen
ecográfica con
alta reflectividad
sugestiva de
desprendimiento
de retina
perilesional.

No se han observado diferencias significativas en la utilización o no de Antiparasitarios (8).

La Vitrectomía es útil para eliminar el antígeno larval del vítreo, disminuyendo la actividad patológica (2,5).

En la mayoría de los casos con Toxocariasis ocular con lesiones oculares comunes tales como Granulomas, el pronóstico visual es excelente. La pérdida de visión en los casos graves puede estar causada por fenómenos de tracción importantes, Heterotopia Macular y Desprendimiento de Retina entre otras causas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Kanski. J. Oftalmología Clínica. Mosby Doyma S.A. 3ª Edición. 1996; 142-144.
2. Castro J, Andrés A. Toxocariasis Ocular. Tres formas clínicas. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. Tomo LXI N° 1; Pag.85-89.
3. Brunzini MA, Zapater RC. La Infección Ocular. Editorial Celcius 1985; Pag. 68-69.
4. Krukar-Baster K, Zygułska MH, Sajak HK, Kubicka TA, Dymon M. Long Term Observations of ocular Toxocariasis in children and youth. Klin-Oczna. 1996; 98 (6): 445-8.
5. Beerlandt N, Dralands L, Vangimderdeuren R, Blanckaert J, Vanbesien B, Van-Cauwenberghe J, De-Keersmaecker L, Vervoort T. Ocular Toxocariasis in a 36 year old patient: a case report. Bul Soc Belge Ophtalmol. 1995; 259: 177-81.
6. López Velez R, Suárez de Figueroa M, Gimeno L, García Camacho A, Fenoy S, Guillén JL, Castellote L. Ocular Toxocariosis o Retinoblastoma? Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 1995 Apr.; 13 (4): 242-5.
7. Benítez del Castillo JM, Herreros G, Guillén JL, Fenoy S, Banares A, García J. Am. J. Ophthalmol. 1995 Apr; 119 (4): 514-6.
8. Lobovska A, Zackova M. The Ocular Form of Toxocariasis. Cesk Oftalmol. 1994. Jun; 50 (3):186-90.