Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):22

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3662 - Todos los antecedentes tienen su importancia. Un caso de Toxoplasmosis ocular

M.T. Meneses Yaruro[a], R. Cuevas Andrés[b], J. Milagro Sebastián[b], A.C. Sánchez Martínez[c], K.G. Arza Romero [d], T. Puras Artajo[a], V. Chueca San Anselmo[e], F.A. Osejo Altamirano[a], E. Suelim Selma[d] y F.J. Juárez Barillas [d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.[b]Médico Adjunto de Oftalmología; [c]Médico Adjunto de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela.[d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra.[e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 33 años, G3P2A1, fumadora, no hipertensa, diabética ni dislipémica, sin alguna enfermedad conocida. Consulta porque la noche anterior presentó pinchazo en ojo derecho, nota una "tela negra" que va bajando y visión borrosa. No dolor ocular. No secreción. Desde hace 15 días dolor supraciliar derecho.

Exploración y pruebas complementarias: Agudeza visual: ojo derecho 7/10, ojo izquierdo 10/10. Biomicroscopia: ojo derecho tranquilo, cámara anterior profunda. Tyndall ++. Tyndall vítreo +/++. Tensión ocular: 17 mmHg. Fondo de ojo: discreta turbidez vítrea. Foco blanquecino de coriorretinitis activa con perivasculitis en vasos adyacentes junto a cicatriz corioretiniana intensamente pigmentada. Analítica por controles prenatales del año anterior con Ig G positiva para toxoplasmosis (3,3), Ig M negativa. Se instaura tratamiento con trimetropim sulfametoxazol + corticoide tópico con mejoría. En meses posteriores, acude por reactivaciones que requieren añadir al tratamiento corticoide oral con buena evolución del proceso.

Juicio clínico: Corioretinitis toxoplásmica.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades congénitas con lesiones retinianas asociadas (citomegalovirus, herpes simple, rubeola, varicela, sífilis). Hipertrofia congénita del epitelio pigmentario.

Comentario final: La toxoplasmosis se considera la causa más importante de retinocoroiditis infecciosa tanto en adultos como en niños. Se debe al parásito *Toxoplasma gondii.* La infección puede ser adquirida o congénita. Como principales mecanismos de transmisión se hallan: consumo de carne cruda o poco cocinada, contacto con heces de gato, transmisión transplacentaria, inoculación a través de una herida cutánea, transfusión de sangre o trasplante de órganos. Como médicos de atención primaria, cabe recalcar la importancia en establecer medidas preventivas para evitar el contagio a poblaciones susceptibles; y por otro lado, estar atento a los antecedentes de nuestros pacientes con una clínica asociada para facilitar tratamiento oportuno a quien lo requiere y evitar secuelas.

Bibliografía

1. Guerina NG, Lee,J, Lynfield R. Congenital toxoplasmosis: Treatment, outcome, and prevention. UpToDate, 2015.
2. Moorthy RS, Davis J, Foster CS, Lowder CY, Vitale AT, LopatynsKy M, Bodagui B, Bora N. Uveitis por protozoos – Toxoplasmosis. En: Intraocular Inflammation and uveitis, 2007-2008. American Academy of Ophthalmology. Elsevier, 2008:255-63.

Palabras clave: Toxoplasmosis ocular. Corioretinitis.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.