

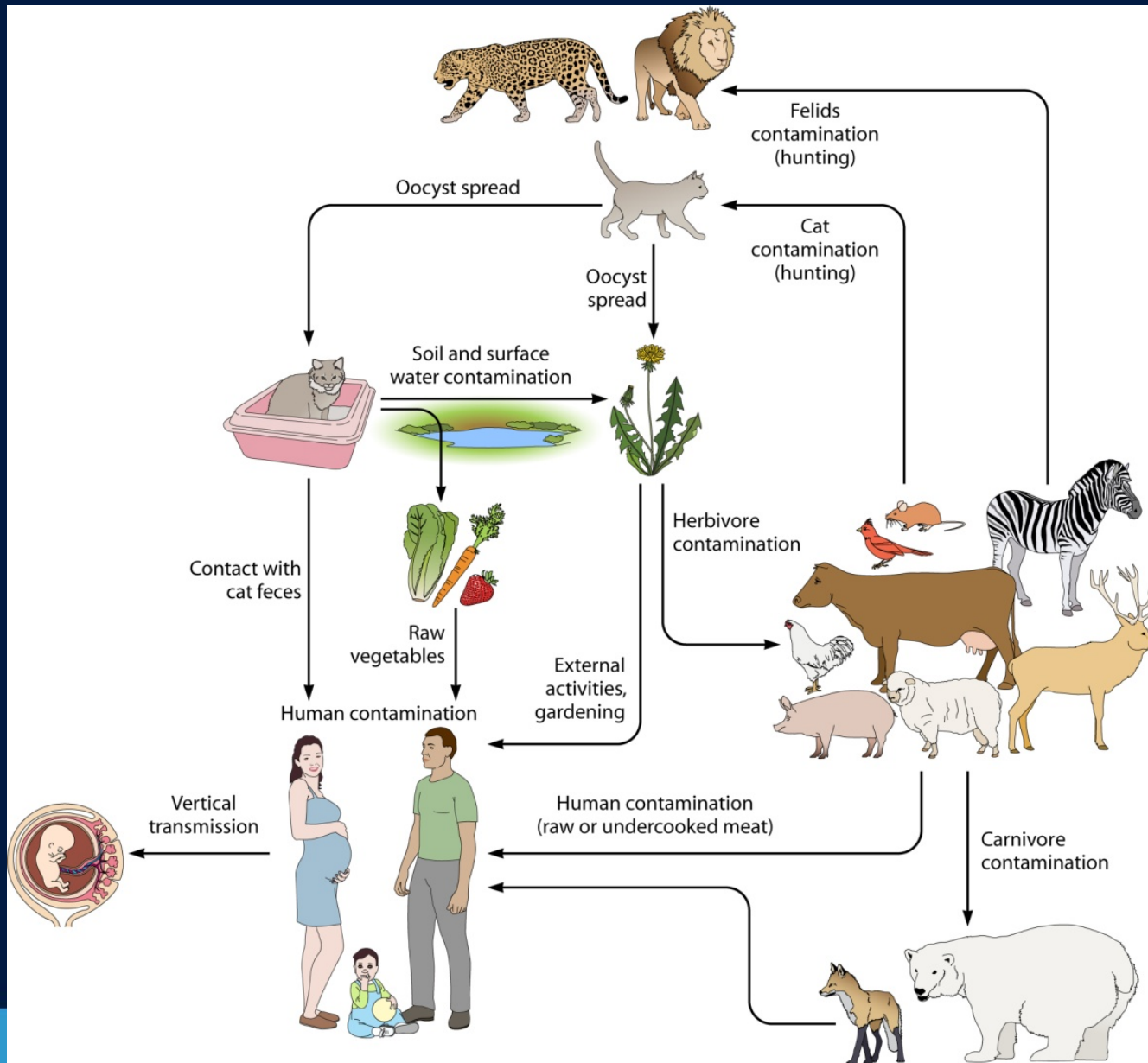


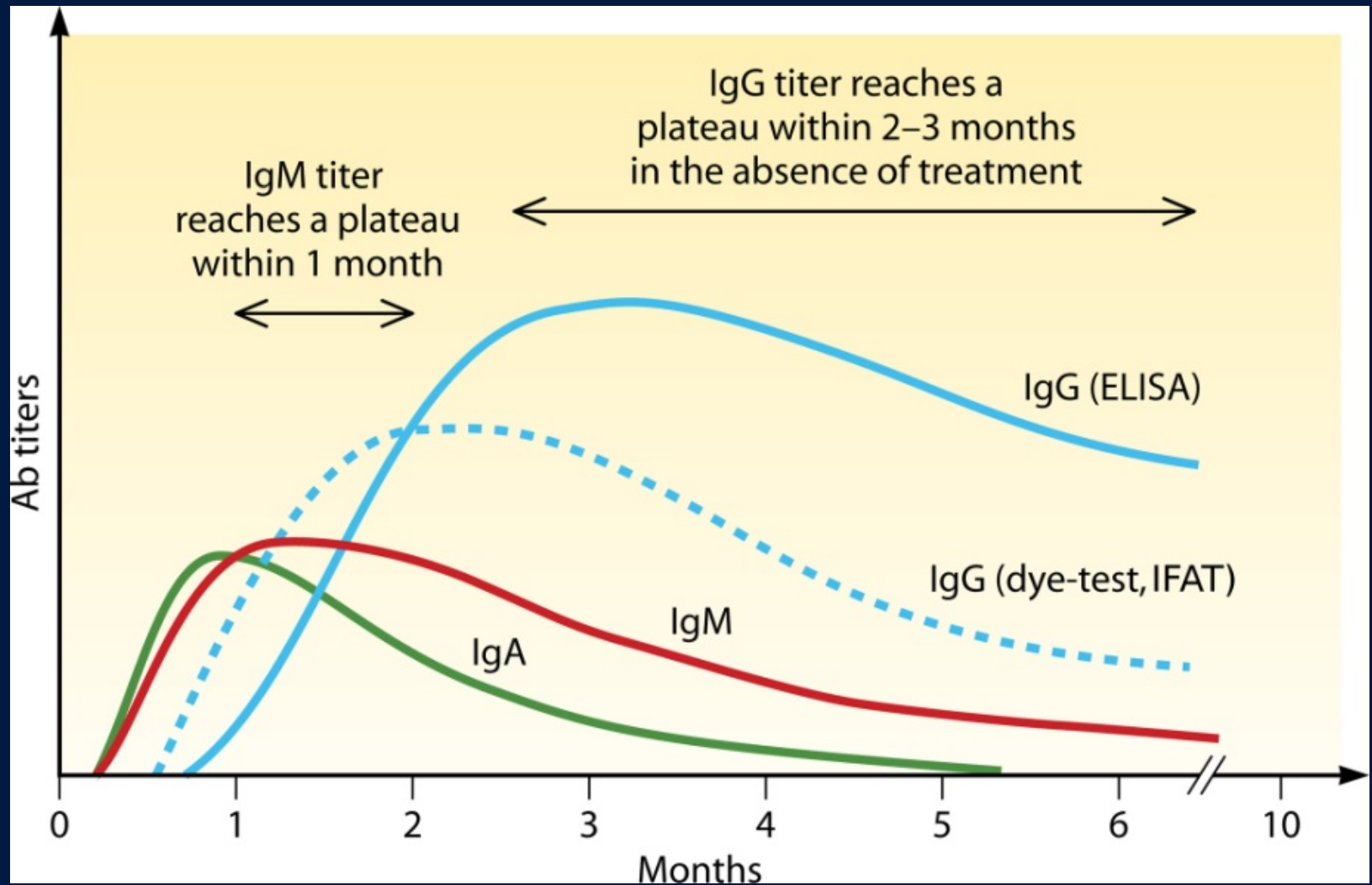
Toxoplasmosis ocular

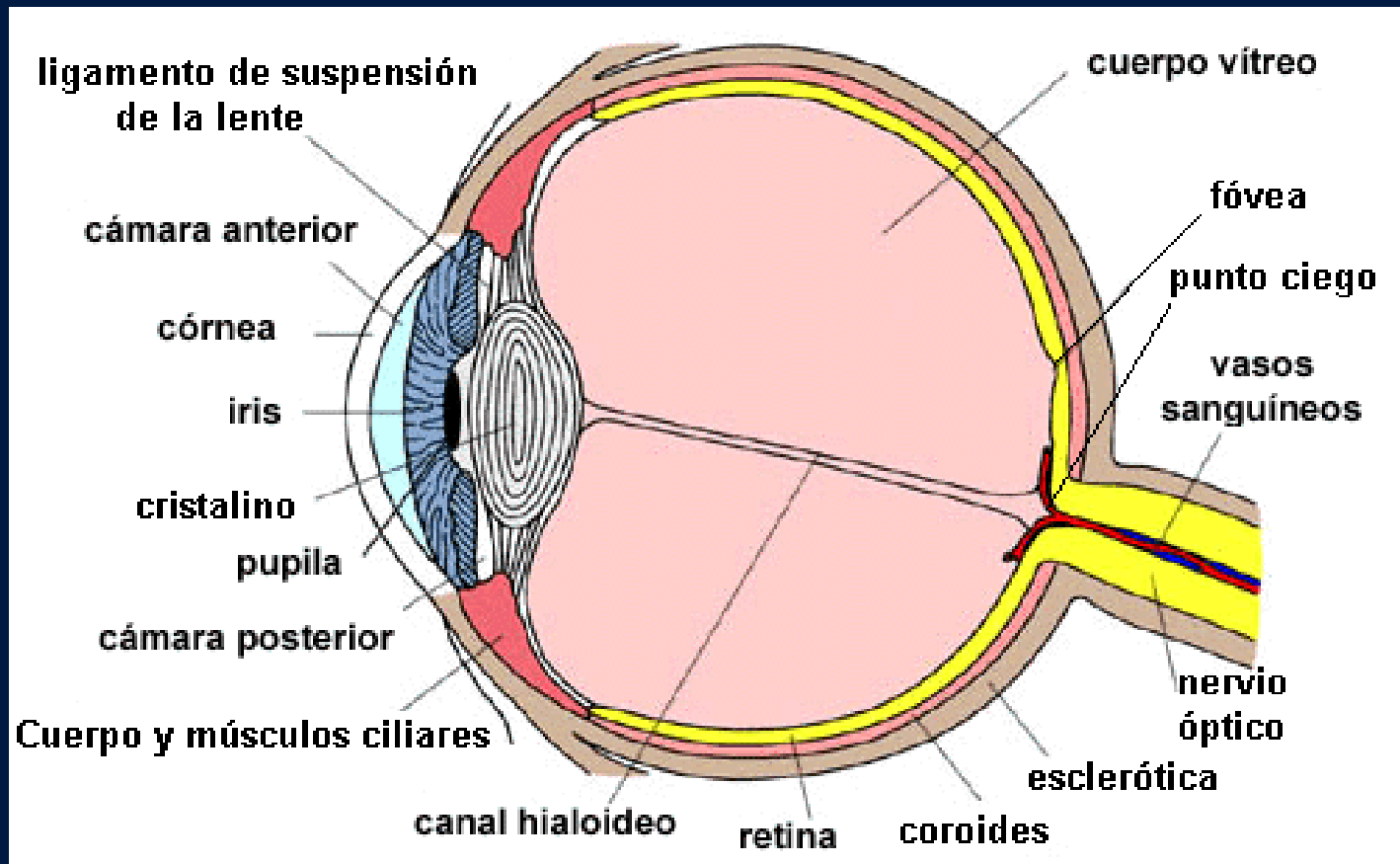
Revisión de diagnóstico y manejo terapéutico

Dra. Zaida Arteta
Prof. Adj. Enfermedades Infecciosas
Prof. Adj. Parasitología y Micología









Lesión ocular típica

- La causa mas frecuente de uveítis posterior a nivel mundial (55%)
- Retinitis, retinocoroiditis

Puede asociar:

- Vitritis
- Vasculitis retiniana
- Uveitis anterior
- Lesión del nervio óptico
- panofalmitis



síntomas

- Asintomática (niños)
- Estrabismo (niños)
- Dolor ocular
- Escotomas
- Disminución de la agudeza visual



Fondo de ojo típico

- Exudado blanco algodonoso
- Coriorretinitis necrotizante
- Cicatriz variablemente pigmentada
- Múltiples descripciones de lesiones atípicas



Butler N. Ocular toxoplasmosis II: clinical features, pathology and management. *Clinical and Experimental Ophthalmology* 2013; 41: 95–108

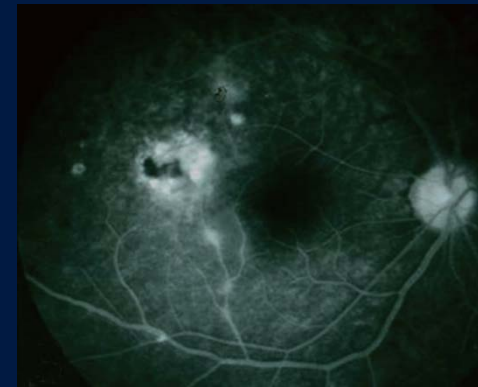
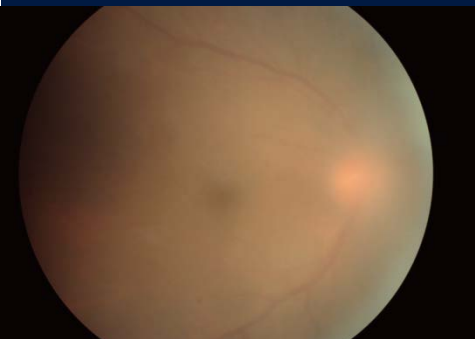
www.infectologia.edu.uy

- 80% unilateral
- 70% al diagnóstico presencia de “lesiones previas”
- En inmunodeprimidos es bilateral, mas grave y compromete mas sectores dentro del ojo
- ES LA UNICA FORMA DE TOXO CON RECURRENCIAS EN INMUNOCOMPETENTES (70%)



DIAGNOSTICO CLÍNICO

- Retinocoroiditis típica
- Afectaciones extensas con formas atípicas y complicaciones



Serología

- Si es negativa excluye el diagnóstico
- Si es positiva tiene un escaso rol en el diagnóstico (mas aún en poblaciones con alta prevalencia y en inmunodeprimidos)



PCR e Ig en humor vítreo

PCR

- Alta sensibilidad y especificidad (80/95)
- No se realiza en nuestro medio
- No esta estandarizada para diagnostico

Ac

- No se demuestra producción intravítrea



Garweg JG, Jacquier P, Boehnke M. Early aqueous humor analysis in patients with human ocular toxoplasmosis. J Clin Microbiol 2000; 38: 996-1001.

Montoya JG, Parmley S, Liesenfeld O, Jaffe GJ, Remington JS. Use of the polymerase chain reaction for diagnosis of ocular toxoplasmosis. Ophthalmology 1999; 106: 1554-1563.

TRATAMIENTO

- En el inmunocompetente es autolimitada, se resuelve en 1-2 meses
- No hay un tratamiento curativo para la toxoplasmosis
- El objetivo del tratamiento es impedir la multiplicación del parásito
- No hay estudios bien diseñados para demostrar beneficio con tto



Tratamiento

- **Clásico: pirimetmina – sulfadiazina prednisona**
- *Mayor % reducción de la lesión*
- *No mas rápido, no mayor % de respuesta*
- *No menor recurrencia*

Alternativos:

- clindamicina sulfadiazina prednisona
- Clindamicina pirimetamina prednisona
- Trimetoprim sulfametoxazol prednisona



Rothova A, Meenken C, Buitenhuis HJ *et al.* Therapy for ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 1993; **115**: 517–23

Prospective Randomized Trial of Trimethoprim/Sulfamethoxazole versus Pyrimethamine and Sulfadiazine in the Treatment of Ocular Toxoplasmosis

Ophthalmology Volume 112, Number 11, November 2005

- No hubo diferencias en los resultados terapéuticos ni recurrencias



Tratamiento local

- Inyección intravítrea de clindamicina y dexametasona (2-4 inyecc)
- No mostro “diferencias significativas” con tto clásico



Soheilian M, Ramezani A, Azimzadeh A *et al.* Randomized trial of intravitreal clindamycin and dexamethasone versus pyrimethamine, sulfadiazine, and prednisolone in treatment of ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 2011; **118**:

134–41

www.infectologia.edu.uy

tratamiento

- El tratamiento clásico se debería ofrecer cuando la lesión incluye la región central de la retina o es extensa en el globo ocular
- los tratamientos alternativos en los demás casos
- 1° TMP-SMX
- 2° tto local



Profilaxis secundaria?

- TMP-SMX 160-800 trisemanal
- Demostró disminución de recurrencia de 23% a 6%



Silveira C, Belfort R Jr, Muccioli C *et al.* The effect of long-term intermittent trimethoprim/sulfamethoxazole treatment on recurrences of toxoplasmic retinochoroiditis. *Am J Ophthalmol* 2002; **134**: 41–6.

Conclusiones I

- Realizar control en primoinfecciones sintomáticas
- El diagnóstico es clínico: oftalmológico
- La serología positiva (G, M, A) no confirma el diagnóstico, la negativa lo descarta
- No hay un patrón ni títulos serológicos típicos
- La serología no se utiliza para seguimiento
- El seguimiento es clínico



Conclusiones II

- Ofrecer tratamiento clásico para lesiones extensas o centrales en la retina y en inmunodeprimidos
- Utilizar tratamientos alternativos para el resto de los casos
- Tratamiento local en casos de no poder utilizar tto sistémico
- La duración se monitoriza con el control **oftalmológico** de la lesión
- Monitorización de las complicaciones con hemograma semanal



