

Tratamiento intravítreo y toxoplasmosis macular. A propósito de un caso

Intravitreal treatment and macular toxoplasmosis. Case report

ROMERO BÁEZ S¹, ZANETTI LLISA MR¹, HERNÁNDEZ FF², REYES RODRÍGUEZ MA³

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 52 años con inmunosupresión sostenida secundaria a trasplante renal, que presenta visión borrosa en ojo izquierdo (OI). Su agudeza visual (AV) era de 0,3 y destacaban dos focos superiores blanquecinos unidos de coriorretinitis con vitritis intensa, sugestivo de toxoplasmosis. La serología fue positiva para *Toxoplasma* IgG. Se inició tratamiento con Trimetoprim/sulfametoxazol (TS) y 48 horas después se añadió prednisona oral. Se mantuvo el tratamiento durante 5 meses pero a las cuatro semanas de suspenderlo, el paciente acudió con un nuevo episodio de visión borrosa OI (AV cuenta dedos), con vitritis intensa con un foco de retinitis macular. Dada la gravedad del cuadro se añade tratamiento intravítreo con clindamicina 1 mg/0,1 ml y dexametasona 0,4 mg/0,1 ml (x2, separadas por una semana), mejorando hasta la total cicatrización. Se realizó una PCR de humor acuoso que fue positiva para *Toxoplasma*. En la actualidad la mácula está muy adelgazada con una imagen hiporreflectante en las capas externas de la retina. Continúa tratamiento con TS y reducción de prednisona oral, sin recidivas.

Discusión: La administración intravítrea de clindamicina y esteroides es una alternativa terapéutica en pacientes que no responden bien al tratamiento convencional o en casos graves que afecten o amenacen la mácula (3). En pacientes con múltiples recidivas, afectación macular, o inmunosupresión persistente, la profilaxis secundaria cada 3 días con TS disminuye el riesgo de recurrencia (4). La duración ideal no ha sido bien establecida (1).

Palabras clave: Toxoplasmosis, coriorretinitis, mácula, inyección intravítrea.

ABSTRACT

Case report: We present a 52-year-old immunocompromised male with history of renal transplant. The patient reported impairment of visual acuity (VA) in his left eye. His VA was 0.3 and he presented two whitish foci of retinochoroiditis with intense vitritis, possibly related to toxoplasmosis. Serological test for toxoplasmosis was positive. Treatment with trimethoprim-sulfamethoxazole (TS) was started and 48 hours later oral prednisone was

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

¹ MIR Oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Oftalmología.

² FEA del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Reumatología.

³ FEA del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Oftalmología.

Correspondencia:

Sara Romero Báez email: saravsk@hotmail.com

Urb. Los Almendros, 65 A. 35217 Valsequillo de Gran Canaria. Las Palmas.

added. Treatment was maintained for 5 months, but 4 weeks after the treatment finish, a new episode occurred. The examination showed intense vitritis and a focus of macular retinitis. Because of the severity of the manifestations, intravitreal treatment with clindamycin 1 mg/0.1 ml and dexamethasone 0.4 mg/0.1 ml was added. PCR of the aqueous humor for Toxoplasmosis was positive. Currently, the macula is very thin, and there is an hipo-reflective image in the outer layers of the retina. Treatment with TS and oral prednisone in tapering doses is still being administered with no recurrence.

Discussion: Intravitreal injection of clindamycin and dexamethasone may be an acceptable alternative in patients with no response to classical treatment or in patients with macular involvement (3). Secondary prophylaxis with TS every 3 days decreases the risk of recurrences in patients with multiple recurrences, macular involvement, or persistent immunosuppression (4). The ideal duration is not yet established (1).

Keywords: Toxoplasmosis, retinochoroiditis, macula, intravitreal injection.

INTRODUCCIÓN

La Toxoplasmosis ocular (TO) es la causa más frecuente de coriorretinitis (1). Se suele presentar como una retinitis focal, normalmente alrededor de una cicatriz coriorretiniana, acompañada de vitritis (2). La TO puede ser autolimitada en pacientes inmunocompetentes (1). Los principales objetivos del tratamiento son reducir la duración y la severidad de los síntomas, y evitar el riesgo de pérdida visual permanente o de recurrencia (3). El tratamiento está indicado en función de ciertos factores como el estado inmunitario del paciente, la localización (si afecta mácula o al nervio óptico) y tamaño de las lesiones, y las complicaciones que cause como vitritis, edema macular o de papila, y oclusiones vasculares (1). Además de la clásica pauta con

sulfadiazina, piremitamina y ácido fólico y sus conocidos riesgos como la leucopenia y la trombopenia, la pauta oral más simple y popularmente utilizada es la administración de trimetoprim-sulfametoxazol más ácido fólico (2). La administración intravítrea de clindamicina más dexametasona es una alternativa en pacientes con manifestaciones graves, contraindicaciones, intolerancia, o falta de respuesta al tratamiento sistémico (3).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 52 años, con antecedentes de trasplante renal secundario a traumatismo en riñón único malformado en el año 1986. En 2001 fue reintervenido por rechazo crónico debido a toxicidad por ciclosporina A. Desde entonces recibe tratamiento inmunosupresor con rapamicina y micofenolato mofetilo.

En octubre de 2011 consulta por disminución de agudeza visual (AV) indolora en ojo izquierdo (OI). Su AV era de 1,2 en ojo derecho y 0,3 en OI, y la presión intraocular de ambos ojos era normal. A la biomicroscopía del segmento anterior (BSA) del OI destacaba un tyndall +2 y precipitados queráticos (PK) pequeños; y en el fondo de ojo (FO), dos focos superiores blanquecinos unidos de coriorretinitis, con vitritis intensa, sugestivo de toxoplasmosis (fig. 1). La serología fue positiva para Toxoplasma IgG. Se inició tratamiento con Trimetoprim/sulfametoxazol (TS) cada 12 horas y 48 horas después se añadieron 60mg de prednisona orales en pauta

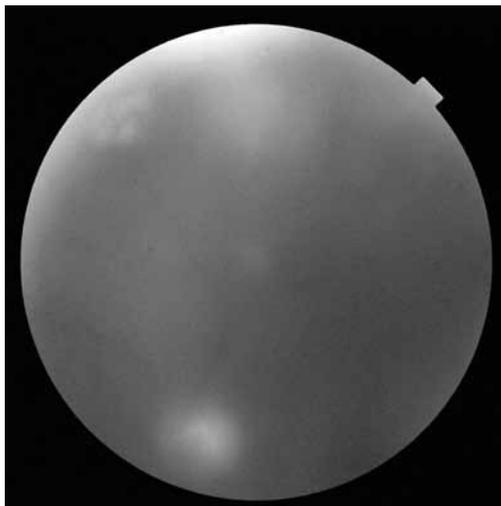


Fig. 1:
Retinografía
OI. Dos focos
superiores
blanquecinos
unidos de
coriorretinitis, con
vitritis intensa,
sugestivo de
toxoplasmosis.

descendente. A las 3 semanas de iniciado el tratamiento, la AV OI había mejorado a 0,8, el tyndall había desaparecido y el foco de coriorretinitis estaba inactivo.

Se mantuvo el tratamiento durante 5 meses más, pero a las cuatro semanas de suspenderlo, el paciente acudió con un nuevo episodio de visión borrosa en OI. En este momento su AV OI era de cuenta dedos a 20 cm, y a la exploración destacaban PK en grasa de carnero (fig. 2), tyndall +3 y vitritis intensa con un foco de retinitis macular (fig. 3). Dada la gravedad del cuadro (afectación macular con muy mala AV), se reinstaura el tratamiento oral, y se añade tratamiento intravítreo con clindamicina 1 mg/0,1 ml y dexametasona 0,4 mg/0,1 ml. En el mismo acto se realizó una PCR de humor acuoso, que resultó positiva para *Toxoplasma*. Se realizaron dos inyecciones, separadas entre sí por una semana. La respuesta al tratamiento fue favorable, la vitritis disminuyó y la lesión macular comenzó a cicatrizar (fig. 4), aunque se puso de manifiesto que había quedado una imagen hiporreflectante en las capas externas de la retina (fig. 5). En la actualidad, el paciente continúa en tratamiento con TS cada 48 horas como profilaxis secundaria, dado el alto riesgo de recurrencia. Su AV OI se ha estabilizado en 0,15 y no ha vuelto a tener más reactivaciones.

DISCUSIÓN

La administración intravítrea de clindamicina 1 mg/0,1 ml y dexametasona 0,4 mg/0,1 ml se ha propuesto como una alternativa al tratamiento clásico en la TO (4). Como Sohelian et al., que realizaron un estudio clínico con 68 pacientes con TO aguda, divididos en 2 grupos de forma randomizada (34 pacientes recibieron tratamiento intraví-



Fig. 2:
Biomicroscopía
OI. Precipitados
queráticos en
grasa de carnero.

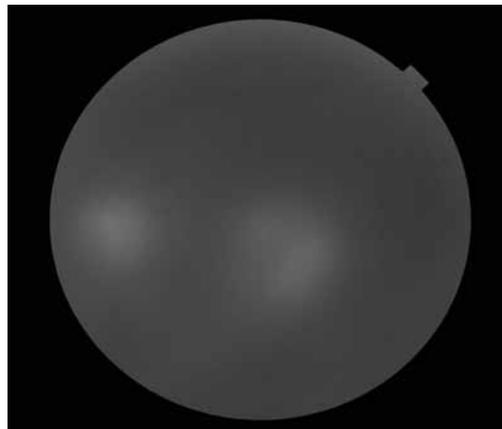


Fig. 3:
Retinografía OI.
Vitritis intensa con
un foco de retinitis
macular.



Fig. 4:
Retinografía
OI. Evolución
favorable del
cuadro con
tratamiento
intravítreo.

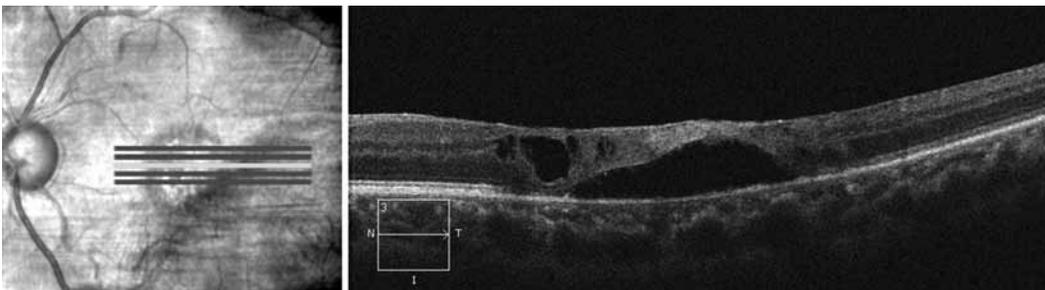


Fig. 5: OCT
OI. Imagen
hiporreflectante en
las capas externas
de la retina.

treo con clindamicina y dexametasona y otros 34 recibieron tratamiento oral con piremitamina, sulfadiacina y prednisolona). Como resultados obtuvieron una disminución significativa del tamaño de la lesión en ambos grupos, y la diferencia en la mejora en la AV entre los dos grupos no fue significativa.

La media de inyecciones intravítreas hasta la resolución completa de la coriorretinitis varía, según autores, desde 1 a 3 inyecciones, con un intervalo medio entre inyecciones de 2 semanas (2). Aunque en nuestro caso, consideramos más correcto la inyección semanal para inactivar cuanto antes la retinitis y con ello minimizar las secuelas visuales, por lo que proponemos hacer un seguimiento individualizado y decidir la frecuencia de las inyecciones basándonos en el cambio en la agudeza visual y en el aspecto de las lesiones de cada paciente.

Esta modalidad de tratamiento proporciona al paciente mayor comodidad, mayor seguridad debido a un menor número de efectos secundarios sistémicos (Soheilian et al. no encontraron ninguna complicación relacionada con las inyecciones intravítreas, mientras que dos pacientes que recibieron tratamiento oral tuvieron efectos adversos en relación al tratamiento), y un menor número de visitas de seguimiento y de controles hematológicos (3). Esta alternativa terapéutica debe ser considerada en casos de TO en mujeres gestantes, alérgicos a sulfamidas, casos refractarios al tratamiento oral o en los que se evidencie afectación de la mácula o el nervio óptico (2).

Aunque el diagnóstico de la TO es principalmente clínico, disponemos de otras técnicas diagnósticas que nos ayudan en casos atípicos, como por ejemplo la serología (5) y sobretodo la PCR de humor acuoso o vítreo, que nos proporciona el diagnóstico definitivo, como en nuestro caso. La PCR puede ser

sobretodo útil en casos de gran exudación, con el fin de realizar el diagnóstico diferencial con necrosis retiniana aguda o retinopatía herpética necrotizante (1).

La TO puede ser una enfermedad recurrente tanto en pacientes inmunocompetentes como en inmunocomprometidos (6), por lo que la profilaxis secundaria tiene un valor muy importante. Está especialmente indicada en pacientes con múltiples recidivas, en especial si afectan la mácula, o en pacientes con inmunosupresión mantenida (1). La profilaxis secundaria cada 3 días con TS ha demostrado que disminuye el riesgo de recurrencia (6), aunque la duración ideal del tratamiento no ha sido bien establecida (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasconcelos-Santos, Daniel V. Ocular manifestations of systemic disease: toxoplasmosis. *Curr Opin Ophthalmol*. Vol 23(6), Nov 2012, p 543-550.
2. Martínez Castillo S, et al. Toxoplasmosis macular y clindamicina intravítrea: una alternativa al tratamiento oral. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2012 Mar; 87(3): 93-5.
3. Englander, Miriam MD; Young, Lucy, H.Y. MD, PhD. Ocular toxoplasmosis: Advances in detection and treatment. *Int Ophthalmol Clin*. Vol 51(4), Fall 2011, p 13-23.
4. Soheilian M, Ramezani A, Azimzadeh A, Sadooghi MM et al. Randomized trial of intravitreal clindamycin and dexamethasone versus pyrimethamine, sulfadiazine, and prednisolone in treatment of ocular toxoplasmosis. *Ophthalmol*. 2011 Jan; 118(1): 134-41.
5. Papadia M, Aldigeri R, Herborst CP. The role of serology in active ocular toxoplasmosis. *Jpn J Ophthalmol*. 2011 Sep; 55(5): 495-501.
6. R. Kopec, G. De Caro, E. Chapnick, M. Gritan, and N. Saffra. Prophylaxis for Ocular Toxoplasmosis. *Clin Infect Dis*. (2003) 37 (10): 47-48.