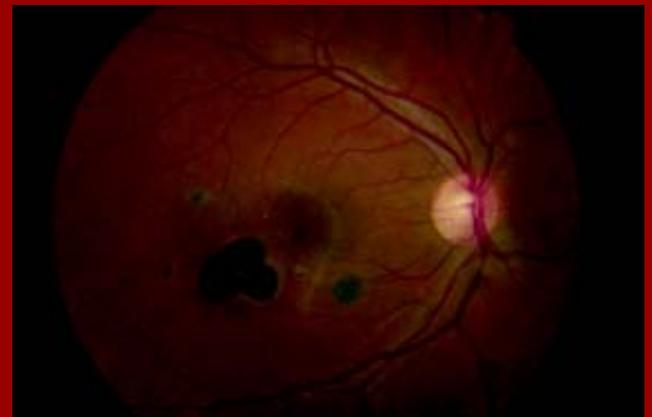


Este espacio está destinado a la presentación de un caso clínico a través de una imagen fotográfica o procedente de cualquier exploración complementaria. Se trata de un ejercicio deductivo en el que, partiendo de la imagen, se plantean unas cuestiones que el autor resuelve en la siguiente página.



Caso clínico

Dra. Bàrbara Delàs Alós

Dr. Remberto Escoto

Centro de Oftalmología Barraquer

Sección coordinada por

Silvia Alarcón. Mútua de Terrassa

Mujer de 20 años que consulta por visión borrosa en su ojo izquierdo acompañada de cuerpos flotantes de 4 días de evolución. No refiere ningún antecedente de interés. Su agudeza visual es de 0,3 en su ojo izquierdo y de 0,95 en su ojo derecho.

El segmento anterior es sano en ambos ojos. El examen funduscópico en su ojo izquierdo muestra una turbidez vítrea moderada, asociada a un foco algodinoso de color blanquecino de bordes poco precisos, localizado próximo a la arcada temporal superior. En ambos ojos se observan múltiples cicatrices pigmentadas coriorretinianas en el polo posterior que no afectan a la mácula.

En la angiografía fluoresceínica, los focos blanquecinos se observan como una hipofluorescencia temprana -debido al efecto pantalla que ejercen- acompañada de una hiperfluorescencia progresiva tardía y brillante ocasionada por la captación del colorante. Las cicatrices pigmentadas representan necrosis de la coriocapilar, por lo que la hipofluorescencia es constante en todo el angiograma.

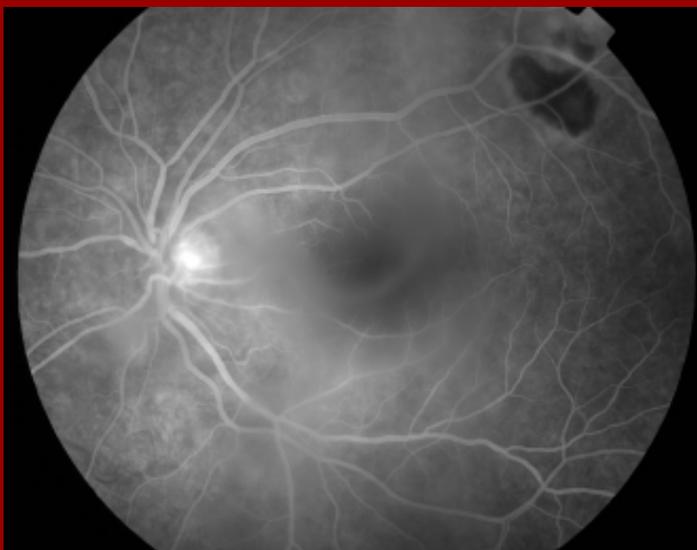
¿Cuál sería la sospecha diagnóstica?

- a. Coriorretinitis tuberculosa
- b. Retinocoroiditis toxoplásmica
- c. Retinitis asociada a la enfermedad de Behçet
- d. Sarcoidosis
- e. Ninguna de las anteriores

El diagnóstico clínico es el de una toxoplasmosis ocular, por lo que se inicia tratamiento con trimetoprim y sulfametoxazol, asociándolo al tercer día del tratamiento con 30mg de dacortin.

A los 2 meses el examen del fondo del ojo derecho muestra una desaparición completa del foco blanquecino y de la turbidez vítrea. La agudeza visual es de 0.95 en su ojo izquierdo.

La toxoplasmosis ocular es la infección ocular por protozoos más frecuente.



La infección humana por toxoplasma puede ser congénita, transmitida por vía transplacentaria si la madre se infecta durante el embarazo, o adquirida por ingestión de ooquistes de toxoplasma gondii procedentes de gatos. La afectación ocular suele ser una manifestación recurrente de una infección congénita, y es la causa más frecuente de retinitis infecciosa en personas inmunocompetentes.

La retinitis necrosante focal de la retina interna se muestra como una lesión blanco-amarillenta con vitritis. Cuando afecta a la retina externa, puede haber un desprendimiento seroso de la retina neurosensorial. A menudo se ve una cicatriz coriorretiniana hiperpigmentada adyacente a la lesión activa, o en el otro ojo, lo que orienta claramente al diagnóstico. Estas cicatrices pigmentadas también pueden coexistir en el ojo contralateral.

Otros hallazgos menos frecuentes son las hemorragias retinianas asociadas a vasculitis localizadas, así como papilitis, iritis granulomatosa y escleritis.

Las lesiones atípicas, que pueden producirse en personas inmunocomprometidas, se caracterizan por focos discretos multifocales bilaterales o extensas áreas confluentes de retinitis, en ausencia de cicatrices coriorretinianas preexistentes. Esto implica que la infestación ocular se ha adquirido de novo o que forma parte de una diseminación sistémica.

La toxoplasmosis ocular en el individuo inmunocompetente es una enfermedad autolimitada. Sin embargo, el tratamiento está indicado en los casos donde la lesión retiniana esté próxima o comprometa a la mácula, haz papilomacular, disco óptico o un vaso sanguíneo de primer o segundo orden. También está indicado en caso de vitritis grave, por el riesgo posterior de fibrosis vítrea y desprendimiento de retina traccional.

En los pacientes inmunocomprometidos, el tratamiento siempre debe realizarse debido a que, en caso contrario, suelen cursar con retinitis necrotizante muy extendidas.