

**Estimado Editor,**

Me dirijo a usted con referencia a la publicación realizada en el volumen 3, número 4, páginas 155 a 157, con el título “Toxocariasis ocular de presentación atípica en adolescente de 18 años” de los autores Marcos Luciano Rossi y colaboradores.

No hay publicaciones registradas en las cuales las lesiones de retinitis cicatricial, tal como lo muestran las imágenes que se adjuntan al texto de la publicación, estuvieran relacionadas a la toxocariasis ocular. Es importante destacar que, por el simple hallazgo de una serología positiva para toxocariasis no podemos inferir, sin clínica sugestiva, que las lesiones sean causadas por este parásito. Además, el título en suero de anticuerpos antitoxoplasmosis negativo no nos dice el valor del título de corte utilizado en base a lo cual se informó como “negativo”.

Por otra parte, que los autores concluyan que este paciente recupera su visión por haber sido tratado con antihelmínticos es de una absoluta subjetividad y de una falta completa de fundamentos.

Recomiendo repetir la serología para toxoplasmosis determinando el título de corte. El cuadro clínico podría ser compatible con una toxoplasmosis punctata externa claramente acompañado de la característica palidez temporal del disco óptico que suele asociarse con estos cuadros, como puede verse en la figura 1. Esta es una de las formas clínicas encuadradas como atípicas para la presentación de la toxoplasmosis ocular. Cuadro, por otra parte, descripto como más frecuente en adolescentes<sup>1-2</sup>.

Estimo que no hubo empeoramiento a pesar del tratamiento con corticoides sin los antimicrobianos por la tendencia autorresolutiva de estos cuadros aún sin tratamiento. La toxoplasmosis punctata externa suele resolver espontáneamente sin afectar a la agudeza visual.

*Dr. Gustavo A. Budmann*

**Referencias**

1. Doft BH, Gass DM. Punctate outer retinal toxoplasmosis. *Arch Ophthalmol* 1985, 103: 1332-6.
2. Pereira da Mata A, Oréfice F. Toxoplasmosis. *En: Foster S, Vitale AT (eds.). Diagnosis and treatment of uveitis*. Philadelphia: W. B. Saunders, 2002, p. 385-410.

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658) 2010; 4(1): 51-52

**Respuesta del autor**

Estimado Editor:

Es el objeto de la presente es dar respuesta a la carta de que envió el Dr. Gustavo A. Budmann en referencia a nuestro trabajo “Toxocariasis ocular de presentación atípica en adolescente de 18 años”.

En primer lugar es necesario destacar que existe una publicación de De Visser L. y col. donde se describe un caso confirmado de toxocariasis con síntomas de uveítis posterior y una cicatriz coriorretinal<sup>1</sup> y que hay autores que expresan la posibilidad de múltiples formas atípicas de presentación de la toxocariasis ocular<sup>2-3</sup>.

Por otro lado, basándonos en la *teoría de los conocimientos*, donde existen hechos subjetivos y objetivos, creemos que una amplia mayoría de los actos médicos corresponden al tipo subjetivo (por supuesto basados en la experiencia y los conocimientos actualizados propios y de terceros). Si pretendemos considerar sólo hechos objetivos para alcanzar un diagnóstico y luego entonces instituir una terapia, gran parte de los pacientes moriría esperándola (o en nuestro caso, quedarían ciegos) ya que la evidencia científica no siempre nos permite resolver situaciones críticas.

En nuestro caso en particular, aceptamos que el diagnóstico fue realizado en forma subjetiva, dado que consideramos que la única manera de objetivarlo era tomando muestras de la mácula, para poder aislar el agente causal o realizar un examen histopatológico. Consideramos este procedimiento impracticable para este caso y, en consecuencia, decidimos seguir una conducta basada en la subjetividad médica (experiencia y conocimiento), arribando a un excelente resultado visual.

Si bien no es posible objetivar si esta mejora fue por el tratamiento o no, creemos lógico y racional pensar que si un paciente tiene una brusca disminución de agudeza visual que persiste durante 35 días, sin experimentar ningún cambio durante este tiempo, y luego de indicado el tratamiento mejora notablemente a las 72 horas, esto se relaciona con el tratamiento instaurado.

Lo que sí no aceptamos es lo expresado por el Dr. Budmann como “falta de fundamentos”, dado que si bien la clínica no es característica de toxocariasis, tal como lo describimos en el informe, y ésta es más compatible con un cuadro de toxoplasmosis, ante una uveítis posterior con IFI negativa para toxoplasmosis (títulos menores de 1/16 tanto IgG como IgM) y un test de ELISA positivo de 1/32 confirmado por repetición, nos pareció la conducta más racional optar por comenzar el tratamiento con corticoides y antihelmínticos y valorar la respuesta al mismo. Es decir, si bien tuvimos en cuenta como diagnóstico diferencial la patología que señala el Dr. Budmann, la desestimamos debido a que un título negativo de IgG descarta la enfermedad<sup>3-5</sup> y la elección de iniciar tratamiento para toxocariasis ocular se fundamenta en que múltiples autores y artículos que coinciden que un cuadro clínico compatible y análisis serológico (ELISA) positivo hacen diagnóstico<sup>2, 4-10</sup>.

Por último, quisiera resaltar que el Dr. Budmann basa su crítica en un artículo del año 1985, en el que se realizó un reporte de tres casos en los que se describe un cuadro de lesiones multifocales en la presentación aguda y que deja como secuela puntos blancos. En los 3 casos el diagnóstico fue presuntivo (léase: “subjetivo”) con títulos para toxoplasmosis positivos en sangre y serología negativa para toxocara. Características que en nada son compatibles con el caso de nuestro paciente.

*Dr. Marcos Luciano Rossi*

## Referencias

1. De Visser L, Rothova A, de Boer JH, van Loon AM, Kerkhoff FT, Canninga-van Dijk MR, Weersink AY, de Groot-Mijnes JD. Diagnosis of ocular toxocariasis by establishing intraocular antibody production. *Am J Ophthalmol* 2008; 145: 369-74.
2. Ryan S. *Retina*. St Louis: Mosby, 1989, v. 2, p. 575-82.
3. Urban B, Bakunowicz-Łazarczyk A, Michał S. Clinical features, the effectiveness of treatment and function of vision organ in children and adolescents with ocular toxocariasis. *Klin Oczna* 2008; 110: 364-6.
4. American Academy Ophthalmology. *Inflamación intraocular y uveítis*. Madrid: Elsevier, 2008, p. 254-64.
5. Couto C., Maldacena J. *Úvea*. Salta: Universidad Católica de Salta; Buenos Aires: Consejo Argentino de Oftalmología, 2010, p. 115-63 (Maestría a Distancia en Oftalmología, sexto ciclo; 11).
6. Teyssot N, Cassoux N, Lehoang P, Bodaghi B. Fuchs heterochromic cyclitis and ocular toxocariasis. *Am J Ophthalmol* 2005; 139: 915-6.
7. Nelson L. *Pediatric ophthalmology*. 3rd ed. Philadelphia: B. W. Saunders, 1991, p. 285-6.
8. Barisani-Asenbauer T, Maca SM, Hauff W, Kaminski SL, Domanovits H, Theyer I, Auer H. Treatment of ocular toxocariasis with albendazole. *J Ocul Pharmacol Ther* 2001; 17: 287-94.
9. Janjetović Z, Arar ZV, Marinić M, Pandak N. Uveitis caused by *Toxocara canis*. *Acta Med Croatica* 2006; 60: 63-6.
10. Rubinsky-Elefant G, Hirata CE, Yamamoto JH, Ferreira MU. Human toxocariasis: diagnosis, worldwide seroprevalences and clinical expression of the systemic and ocular forms. *Ann Trop Med Parasitol* 2010; 104: 3-23.