

No veig ni un mico!

Anna Esquerrà⁽¹⁾; Laura Martínez⁽²⁾; Guillem Casamayor⁽³⁾; Pablo Díaz⁽⁴⁾; Nevena Romanic⁽⁵⁾; Neus Robert⁽³⁾

⁽¹⁾Resident Medicina Interna; ⁽²⁾Resident Medicina Familiar i Comunitària,

⁽³⁾Metge Adjunt Servei d'Urgències, ⁽⁴⁾Resident Servei d'Oftalmologia,

⁽⁵⁾Metge Adjunt Servei Oftalmologia

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autora: Anna Esquerrà

Lloc de treball: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: anna.esquerra.molas@gmail.com

Forma citació: Esquerrà A, Martínez L, Casamayor G, Díaz P, Romanic N, Robert N. *No veig ni un mico!*. ReMUE.c@t 2020;7(2):8-11

MOTIU DE CONSULTA: malestar general i visió borrosa

ANTECEDENTS PERSONALS:

Dona de 34 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Natural de Xile. No refereix hàbits tòxics. Antecedent només de gastritis crònica amb infecció per *H. Pylori* pel qual havia realitzat tractament erradicador correctament.

MALALTIA ACTUAL:

Consulta a Urgències d'Oftalmologia un 8 d'agost per visió borrosa de dues setmanes d'evolució que s'acompanya, els últims dos dies, d'escotoma en regió temporal de l'ull esquerre. A l'anamnesi dirigida, la pacient refereix viatge a Bolívia el mes de maig anterior on havia realitzat un voluntariat cuidant simis (*Cebus capucinus*, *Ateles spp...*), pel que havia rebut múltiples mossegades per part dels primats així com picades de mosquit.

A destacar durant el viatge, quadre de miàlgies, febre persistent i adenopaties pel que consulta a un hospital, on s'orienta com a síndrome mononucleòsica per Citomegalovirus, i administren tractament simptomàtic, corticoides parenterals

i antibiòtic amb ciprofloxacina (per sospita d'infecció urinària concomitant). Posteriorment, la pacient consulta a un centre de Medicina natural al Perú on realitza tractament amb plantes medicinals (ayahuasca i ojé).

Finalment, la pacient arriba a Espanya el 14 de juliol, on consulta a un altre centre realitzant-se anàlítica completa amb múltiples serologies on destaca immunitat positiva per a Citomegalovirus (CMV) (títols IgG suggestives d'infecció >3 mesos) i Virus Epstein-Barr (IgG+). Les serologies per a VIH, arbovirus, Rickettsia, Leptospira, Toxoplasma, Parvovirus, Brucella i Lyme resulten negatives.

EXPLORACIÓ FÍSICA:

TA 103/60mmHg, FC 68 bpm, FR 18 rpm, Sat 98%, T^a 36°C

Bon estat general, normohidratada i normocolorejada, amb exploració sistemàtica per aparells sense troballes significatives. No es palpen adenopaties.

PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES:

Inicialment, la pacient és valorada pel servei d'Oftalmologia qui realitza un fons d'ull on s'objectiva **retinitis hemorràgica difusa** en el quadrant nasal inferior, d'aproximadament 3 mm de diàmetre de papila amb vitritis moderada, pel que es cursa mostra d'humor aquós.

Posteriorment és valorada per la guàrdia de Medicina on es realitza una anàlítica amb hemograma sense alteracions, funció renal i hepàtica conservades. Es cursen també serologies i paràmetres d'autoimmunitat.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES:

- **CORIORETINITIS:** la pacient presenta com a únic signe guia visió borrosa amb fons d'ull que confirma lesió a nivell de úvea posterior amb vitritis moderada. Dins les possibles etiologies:

- Causa infecciosa: donat que la pacient presenta com a antecedent viatge a zona endèmica i contacte amb espècies de primats, és la primera etiologia a tenir en compte:

- Citomegalovirus: es presenta amb lesions típiques blanquinoses i granulars associades a hemorràgia (fons en "salsa de tomata"). En el cas de la nostra pacient, la lesió podria ser suggestiva.

- Toxoplasma: causa freqüent d'uveïtis posterior tot i que la lesió característica presenta plaques blanquinoses-groguences amb una àrea grisosa de marges mal definits. Són necessàries les serologies pel diagnòstic. Consta en la bibliografia casos de Toxoplasmosi (concretament meningitis) en l'espècie *Cebus*

capucinus, pel que podria tenir relació amb l'ambient epidemiològic de la pacient.

- Tuberculosis: sol cursar com a uveïtis granulomatosa sense manifestació sistèmica. Poc suggestiu com a agent etiològic pel tipus de lesió visualitzada a fons d'ull.

- Arbovirus: Tot i que en la literatura consten múltiples casos de presentacions oculars i la pacient procedia de zona endèmica, solen anar acompanyats de cínica sistèmica (febre, artromiàlgies, rash...), pel que no seria el diagnòstic de primera elecció.

- Dengue: poden presentar una clínica molt variada en forma de visió borrosa com a símptoma més típic, escotoma, edema macular i hemorràgies

- Chikungunya: inicialment amb fotofòbia i dolor retro-orbitari, pot cursar tant amb conjuntivitis/episcleritis com amb retinitis o neuritis òptica.

- Zika: afectació variada des de conjuntivitis lleus fins a lesions corioretinals greus que poden persistir, i pot aparèixer tant en infants com adults amb infecció activa (la majoria gestants).

- Causa autoimmune: la pacient no presenta clínica sistèmica ni signes que suggereixin d'entrada una etiologia mitjançada pel sistema immune. Tot i això, es va cursar estudi analític complet amb ANA, ANCA, anticardiolipina, anti-beta2-glicoproteïna, ECA y HLA-B27.

- Causa farmacològica: la pacient no havia pres cap fàrmac potencialment implicat: bifosfonats, Rifabutin, Inhibidors de BRAF kinasa (Vemurafenib, dabrafenib), alguna immunoteràpia (ipilimumab utilitzat en melanoma).

EVOLUCIÓ CLÍNICA I EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES FORA D'URGÈNCIES:

Ens trobem davant d'un cas de corioretinitis infecciosa d'ull esquerre en una pacient amb viatge previ a zona selvàtica i síndrome mononucleòsica. Des del servei d'Urgències s'inicia tractament empíric sistèmic amb ganciclovir 5mg/kg/12h i trimetoprim-sulfametaxolol i es decideix ingrés a la Unitat de Malalties Infeccioses per a continuar evolució.

Durant la seva estada a planta, es van obtenir els resultats de la PCR en humor aquós que van resultar negatives (Citomegalovirus, Herpes virus tipus 1, Herpes virus tipus 2, *Toxoplasma*) així com les serologies en plasma on es van objectivar títols elevats de IgM per a *Toxoplasma gondii* amb títols d'IgG amb baixa avidesa, tot ell suggestiu d'infecció recent. Per aquest motiu, orientat finalment com a presentació atípica de Toxoplasmosi en forma de possible primoinfecció en context d'immunosupressió per síndrome mononucleòsica previ, es va seqüenciar antibioteràpia a pirimetamina i sulfadiazina + àcid folínic. La resta de serologies i l'estudi autoimmunitari va resultar negatiu, i es va realitzar també una RMN cerebral que va descartar afectació del parènquima cerebral i de meninges.

La pacient va presentar millora inicial els primers dies, sense progressió de la retinitis. Durant l'ingrés i va realitzar seguiment per part d'Oftalmologia on el fons d'ull persistien altament suggestius d'infecció per CMV, pel que es va decidir mantenir tractament amb

ganciclovir.

Finalment, la pacient va ser donada d'alta amb tractament antibiòtic de llarga durada, presentant resolució del quadre.

DIAGNÒSTIC FINAL:

- Retinitis per *Toxoplasma*

DISCUSSIÓ:

La retinitis, corioretinitis o uveïtis posterior es caracteritza per la inflamació amb de la part posterior de l'úvea. Sovint cursa amb afectació sistèmica tant de malalties infeccioses com autoimmunes, però també pot cursar com a procés aïllat. Aproximadament en el 30% dels pacients no s'identifica l'agent infecciosos causant, per aquest motiu cal recordar la importància d'extreure cultius i mostra d'humor aquós previ l'administració de tractament antibiòtic.

Dins les causes infeccioses, la infecció per *Toxoplasma* és una causa relativament freqüent en el pacient immunocompetent i presenta una lesió característica a fons d'ull, tot i que el diagnòstic definitiu es realitza mitjançant serologies. A més, suposa entre 30-50% de les uveïtis posteriors i sol ser una afectació congènita en la majoria dels casos.

En el cas de la infecció per CMV, s'acostuma a presentar exclusivament en pacients immunodeprimits, sobretot VIH en fase de SIDA. Cal recordar que tan altres agents com el virus Herpes o malalties com la Tuberculosis, la Sífilis i les arbovirosis (infecció per Dengue, Zika o Chikungunya) poden presentar també manifestacions oculars, pel que sempre serà necessari realitzar una anamnesi acurada en aquells pacients procedents del tròpic a la recerca de altres símptomes i signes guia que ens orientin. Finalment, recordar que, tot i que les lesions oftalmològiques ens poden orientar a realitzar un diagnòstic de sospita, caldrà realitzar proves específiques mitjançant PCR i serologies pel diagnòstic definitiu pel qual és imprescindible un abordatge multidisciplinari d'aquests pacients. En la nostra pacient, donades les serologies i la resposta al tractament, ens trobem davant una presentació atípica de *Toxoplasma* en el context d'una probable immunosupressió després del quadre mononucleòsica que podria haver afavorit la primoinfecció. Per altra banda, els primats podrien haver estat els causants de la transmissió.

11. BIBLIOGRAFIA:

- Bosch-Driessen LE, Beredschott TT, Ongkosuwito JV, Rothova A. Ocular toxoplasmosis clinical features and prognosis of 154 patients. *ophthalmology* 2002; 109:869.
- Yip VC, Sanjay S, Koh YT. Ophthalmic complications of dengue Fever: a systematic review. *Ophthalmol Ther.* 2012 Dec;1(1):2. doi: 10.1007/s40123-012-0002-z. Epub 2012 Aug 23
- Madhendas P, Avadhani K, Shetty R. Chikungunya and the eye: a review. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*, 2013, 3:35.
- Manangeeswaran M, Kelczewski J, Nida H et al. ZIKA virus infectio causes persistent chorioretinal lesions. *Emerging Microbes & Infections.* 2018, 7:96
- Christine V. Fiorello D.V.M., Ph.D., Darryl J.

Heard B.V.M.S., Ph.D., Dipl. A.C.Z.M., Heidi L. Barnes Heller D.V.M., and Kathy Russell B.S. Medical management of toxoplasma meningitis in a white-throated capuchin (*Cebus capucinus*). *Journal of Zoo and Wildlife Medicine*, 37(3):409-412. 2006.

- Butler NJ, Furtado JM, Winthrop KL. Ocular toxoplasmosis II: clinical features, pathology and management. *Clin Exp Ophthalmol.* 2013;41(1):95-108. doi:10.1111/j.1442-9071.2012.02838.x

- Joye, A., & Gonzales, J. A. (2018). Ocular manifestations of cytomegalovirus in immunocompetent hosts. *Current Opinion in Ophthalmology*, 29(6), 535-542. doi:10.1097/icu.0000000000000521

12. ANNEX:

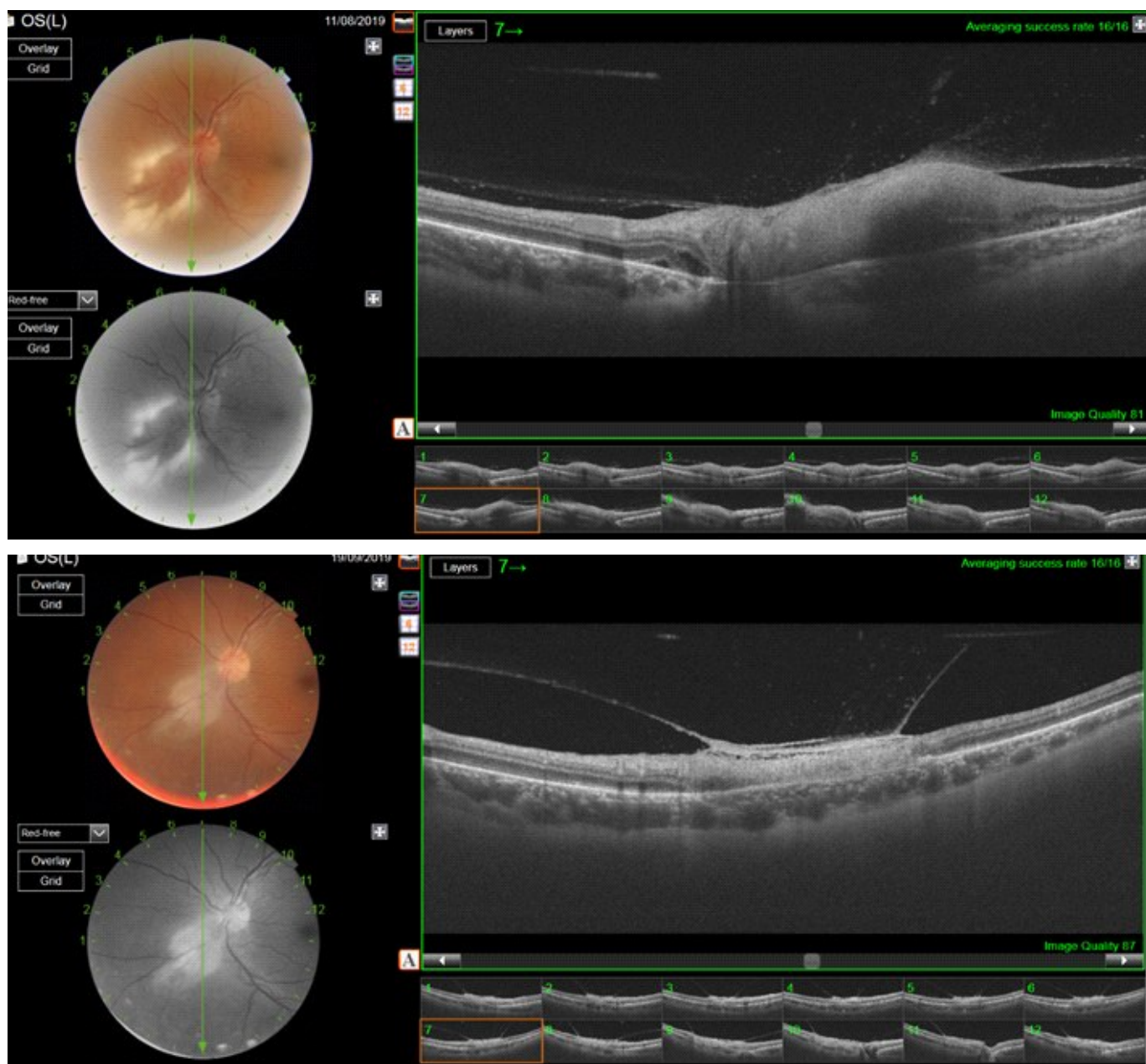
Figura 1 (esquerra): Retinitis a l'inici de la simptomatologia.



Figura 2 (dreta): Retinitis a les tres setmanes de tractament, on s'aprecia atenuació de la lesió.



Figura 3: Angiografia con fluoresceína sódica que mostra la lesió retiniana amb alteració vascular.



Figuras 4 (superior) i 5 (inferior). Evolució de la lesió pre tractament i a les 3 setmanes; s'objectiva una reducció significativa