

Cisticercosis ocular

DAVID BOTERO

Se presenta el caso de un paciente con un cisticerco retiniano, tratado sin éxito con praziquantel, quien a los cinco meses del tratamiento presentó fibrosis y desprendimiento de la retina. Se realizó intervención quirúrgica y se encontró el cisticerco vivo. Desde antes de la operación el paciente había perdido la visión por el ojo afectado. Se hace una revisión sobre oftalmocisticercosis y se recomienda tratamiento quirúrgico oportuno y no usar los antihelmínticos con efecto sobre los cisticercos, como son praziquantel y albendazol.

PALABRAS CLAVE

**CISTICERCOSIS
OFTALMOCISTICERCOSIS
PRAZIQUANTEL
ALBENDAZOL**

La cisticercosis humana se presenta aproximadamente en 1:1000 de la población general de América Latina, lo cual representa una cifra de 350.000 personas afectadas por esta parasitosis. El mismo estudio calculó que la frecuencia de la cisticercosis ocular es 5 veces menor, o sea que afecta a 70.000 personas en esta zona (1). En nuestra experiencia en Medellín, Colombia, encon-

tramos 2 casos de la forma ocular mientras investigábamos 75 pacientes con neurocisticercosis. En el mismo grupo se encontraron seis con localización subcutánea (2). De los dos casos oculares, uno fue estudiado cuidadosamente (3) y se describe a continuación.

PRESENTACION DEL CASO

Hombre de 17 años, de procedencia rural; consultó por disminución de la agudeza visual por el ojo izquierdo, con evolución de 3 meses. El examen oftalmológico reveló la presencia de un cisticerco móvil, con escólex, en la parte nasal superior de la cavidad vítrea, adherido a la retina (Figura Nº 1). El estado general del paciente era bueno y no presentaba otras localizaciones de cisticercosis.

El estudio de anticuerpos sanguíneos para esta parasitosis no reveló cifras significativas. En ese momento la opinión de los oftalmólogos fue la no intervención quirúrgica y el interés de conocer la posible eficacia del praziquantel. Se administró esta droga a la dosis de 50 mg/kg/día por 10 días, asociado a 50 mg de prednisona cada 24 horas. Este último medicamento se inició una semana antes del praziquantel y se continuó por una semana después de

DR. DAVID BOTERO, Profesor Titular de Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor Honorario, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

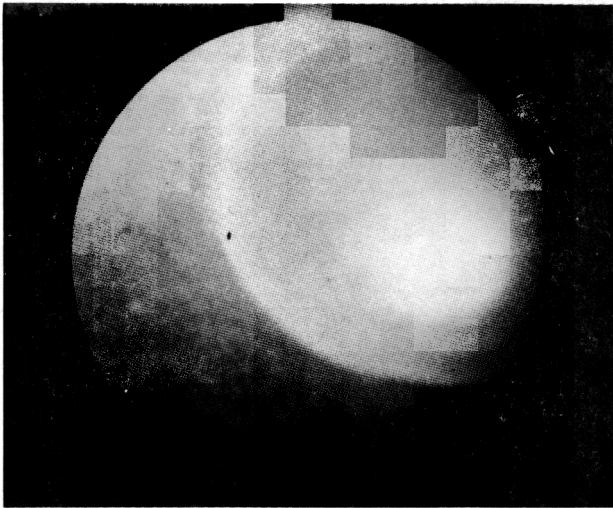


FIGURA N° 1
CISTICERCO RETINIANO. SE OBSERVA UNA ZONA BLANCA, REDONDEADA, QUE CORRESPONDE AL ESCÓLEX

terminado. La tolerancia al tratamiento fue buena y el paciente anotó mejoría visual leve, transitoria.

La evaluación a los dos meses demostró que la visión y el estado del ojo eran iguales a como se observaban antes del tratamiento. Cinco meses más tarde se observó fibrosis y desprendimiento de la retina, con pérdida total de la visión. El cisticerco se observaba vivo. En esta oportunidad se decidió la extracción quirúrgica. El parásito obtenido presentaba características macro y microscópicas de viabilidad, por lo cual se concluyó que el praziquantel no tuvo ninguna efectividad.

COMENTARIOS SOBRE OFTALMOCISTICERCOSIS

La cisticercosis ocular es la tercera localización en frecuencia, después del sistema nervioso central y el tejido subcutáneo. Parece que la invasión al ojo es favorecida por la gran vascularización y la circulación lenta en este órgano y las localizaciones más frecuentes son la región subretiniana y el humor vítreo. Se han descrito además localizaciones subconjuntivales, palpebrales, en humor acuoso, etc (4). En la forma subretiniana el parásito llega por las arterias ciliares y puede permanecer allí o pasar al humor vítreo, en el cual puede

quedar libre o permanecer adherido a la retina. Mientras el cisticerco esté vivo la lesión inflamatoria generalmente es poca, pero cuando muere se libera el líquido del cisticerco y se destruye la membrana, lo cual origina inflamación grave que puede conducir a endoftalmitis, panoftalmitis y atrofia del ojo. La sintomatología, generalmente no muy aguda, consiste en dolor, fotofobia y disminución de la agudeza visual. Se conoce la presencia de iridociclitis, abscesos, esclerosis, glaucoma secundario, etc, que generalmente producen pérdida de la visión y atrofia ocular (5).

El diagnóstico del quiste vivo se hace por oftalmoscopia, que permite observar la vesícula de 5 a 10 mm, muchas veces móvil, con una mancha blanca que corresponde al escólex. En ocasiones se observa la evaginación del parásito a partir de la retina, de forma alargada y con el escólex en el extremo, el cual presenta ventosas y ganchos; la observación se dificulta cuando el parásito está muerto y hay opacidad en el vítreo. En estas circunstancias son útiles las evidencias indirectas, como la medición de anticuerpos en sangre, la presencia de cisticercos en el SNC o subcutáneos y la existencia concomitante o pasada de teniasis intestinal. Ante el material quirúrgico, el patólogo puede hacer el diagnóstico por las características típicas del cisticerco al examen microscópico.

El tratamiento de la oftalmocisticercosis es quirúrgico (6). La escasa experiencia con el tratamiento médico, usando praziquantel, ha demostrado que no tiene efectividad (3;7). La razón para la ineficiencia es probablemente la baja concentración del fármaco en el humor vítreo o en la retina. Este antiparasitario y otros que se consideran útiles en el tratamiento de cisticercosis, como albendazol (8), están contraindicados en el tratamiento de la cisticercosis ocular, pues en el caso de que se obtuviera la destrucción del parásito, los efectos inflamatorios y de lesión ocular serían más graves que la presencia del parásito vivo.

SUMMARY **OCULAR CYSTICERCOSIS. PRESENTATION OF ONE CASE**

One case of ocular cysticercosis with retinal involvement, in which praziquantel treatment was ineffective, is presented. Five months after the

medical treatment the patient presented with retinal detachment and fibrosis, loss of vision through the affected eye and at that time the parasite was observed alive. Surgical intervention was performed and the recovered cysticercus showed viability. A review on ophtalmocysticercosis is presented and recommendations are made to treat these cases by early surgery without prior administration of anticysticercus drugs such as praziquantel or albendazole.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHENONE H, RAMIREZ R, ROJAS A. Aspectos epidemiológicos de neurocisticercosis en América Latina. *Bol Chil Parasitol* 1973; 28: 61-72.
 2. BOTERO D. Cisticercosis en Colombia. Investigaciones realizadas hasta 1988. *Anales Acad Med Medellín* Epoca V 1989; 2: 73-80.
 3. BOTERO D, CASTAÑO S. Tratamiento con praziquantel en 6 casos de cisticercosis subcutánea y un caso ocular. *Colombia Médica* 1982; 13: 23-25.
 4. ZENTENO-ALANIS GHA. Classification of human cysticercosis. En: FLISSER A, WILMS K, LACLETTE JP, et al. eds. *Cysticercosis. Present state of knowledge and perspectives*. New York: Academic Press, 1982: 107-126.
 5. PUIG-SOLANES M. Algunos aspectos anatomoclínicos del cisticercos intraocular. *Salud Pública de México* Epoca VI 1982; 24: 649-660.
 6. ZINN KM, GUILLORY SL, FRIEDMAN AH. Removal of intravitreal cysticerci from the surface of the optic nervehead. *Archives Ophtalm* 1980; 98: 714-716.
 7. KESTELYN P, TAELEMAN H. Effect of praziquantel on intraocular cysticercosis: a case report. *British J Ophtalmol* 1985; 69: 788-790.
- ESCOBEDO F, PENAGOS P, RODRIGUEZ J, SOTELO J. Albendazole therapy for neurocysticercosis. *Arch Intern Med* 1987; 147: 738-741.