

Reunión Clínica
Toxoplasmosis congénita
Dificultades en el diagnóstico y
tratamiento

Dra. Paulina Silva Toledo
Infectóloga infantil

Caso clínico

- RNPT 36 semanas AEG
- Hijo madre venezolana, indocumentada.
- Padres no consanguíneos G1 P1 A0. (Hijo 1 año 8 meses)
- Primer control a las 34 +5 semanas (ecografía extrasistema)
 - Ausencia de cuerpo calloso y cerebelo.
 - Abundante LCR.
 - Hidrocefalia y agenesia cuerpo calloso.
- Madre: VDRL (-) Chagas (-), VIH (2) (-) VHB (-)

Caso clínico

29/07/22

- PTVE, 2.737 Kg, 48 cm, CC 35 cm.
- Apgar 9-9
- RN:
 - Destaca macrocefalia
 - Fontanelas a nivel
 - Puente nasal pequeño
 - Uvula bífida
 - Clinodactilia 5 dedo .
 - Orejas de implantación baja
- Vacunas Hepatitis B y BCG al día

30/7- 02/08

Por sospecha de TORCH se solicitan exámenes :
CMV :pendiente
PCR Sars.-Cov2-2 : negativa

Toxoplasmosis Materna
IgG > 300 UI/MI

IgM (negativo)

Hemograma: normal

Pruebas hepáticas: Got 74/ GPT/23 / GGT 586
/BT 11.2/ BD 3.4

29/7: Eco cerebral :

Agenesia total cuerpo calloso

Dilatación ventricular con predominio cuerpos posteriores.

Caso clínico

29/7/2022

29/7: Eco cerebral :

Agnesia total cuerpo caloso
Dilatación ventricular con
predominio cuerpos posteriores.



Caso clínico

30/7- 02/8

- Eco abdominal
 - Esplenomegalia moderada
 - Bazo supernumerario
 - Resto normal
- Ecocardiograma:
 - Corazón estructuralmente normal
 - Ductus de 3,8 mm

30/7- 02/08

Tac Cerebro Ventriculomegalia y calcificaciones periféricas
Disgenesia cuerpo calloso
Ventriculomegalia
Calcificaciones supratentoriales

Caso clínico

4/8

TORCH :

CMV : negativo

Toxoplasmosis IgG madre > 300 UI/ml

IgG Rn > 300 UI/ml

IgM Negativas

Bera: Normal

LCR: (Inca) : Leucocitos: 16 (88% ,mononuclear)

Glóbulos rojos : 1000

Proteínas 2,3 gramos /L

Glicemia: 0,2 gr/L (paciente hipoglicémico)

Cultivo Negativo

Film Array : negativo

Urgente

Tac+ colestasia+
Proteinorraquia LCR

Repetir PL
Film array LCR
PCR Toxo LCR
Serología en Sangre
cuantitativa
Fondo de ojo P

Caso clínico

HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
 Avda. Jose Miquel Carrera 3204 - San Miguel - Santiago
 Teléfono: 22576 3000

Nombre: RN BARBARA GARCIA GARCIA
 Fecha/Hora Ingreso: 02/08/2022 15:23
 N° Solicitud: 10726076
 Edad: 4 Días
 Sexo: Femenino
 Fecha de nacimiento: 29/07/2022
 RNI: RN41.276.621-0
 Unidad: HOSP. NEONATOLOGÍA - UTI

PARASITOLOGIA

Fecha Muestra: SUERO
 Fecha/Hora Toma de Muestra: 02/08/2022 15:23
 Fecha/Hora Recepción: 02/08/2022 15:23

Nombre	Resultado	Unidad de Medida	Valores de Referencia	Resultado Anterior	Método
TOXOPLASMOSIS ELFA	>300 UI/ml	UI/mL	NEGATIVO		ELFA
VD: < 4 UI/mL D: >= 4 ; < 8 UI/mL ID: > 8 UI/mL VD < 4 UI/mL a 40 UI/mL a 80 UI/mL a 150 UI/mL 51 a 200 UI/mL 71 a 300 UI/mL 91 a 700 UI/mL Mayor a 701 UI/mL					
TOXOPLASMOSIS ELFA	Negativo	UI/mL	NEGATIVO		ELFA

Realizado por: T.M. PAULINA PICHIPIL OYARZUN [03/08/2022 15:35]

Informe de resultado electrónico.
 Copia emitida no válida como documento original.

SECCIÓN PARASITOLOGÍA

ID MUESTRA: 82116-2022-95518
 NOMBRE: RN BARBARA GARCIA GARCIA
 PROCEDENCIA: SSMS HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
 SOLICITANTE: GIANNINA IZQUIERDO
 DIRECCIÓN: GRAN AV J M CARRERA 3204
 COMUNA: SAN MIGUEL

FONOS: 5755399 FAX: 5756660
 RG: 213.70-003 V1
 Email: parasito@ispch.cl
 RUN: -
 REGISTRO ISP: 22-4635-TOP-440

FECHA OBTENCIÓN: 04-08-2022
 FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: 05-08-2022 15:55:42
 FECHA INFORME: 09-08-2022

EXAMEN SOLICITADO

SEROLOGÍA PARA TOXOPLASMOSIS

TIPO DE MUESTRA	SUERO O PLASMA
MÉTODO	ELFA IgG
MARCA	BIOMERIEUX
RESULTADO	POSITIVO > 300 ui/ml
MÉTODO	ELFA- IgM
MARCA	BIOMERIEUX
RESULTADO	POSITIVO Título vt: 4.92
RESULTADO FINAL	POSITIVO
OBSERVACIONES	

Si requiere el valor final de la determinación de IgG, debe solicitarlo al correo parasito@ispch.cl

Introducción

Gobierno de Chile

SECCIÓN PARASITOLOGÍA

ID MUESTRA 82116-2022-95518
NOMBRE RN BARBARA GARCIA GARCIA
PROCEDENCIA SSMS HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
SOLICITANTE GIANNINA IZQUIERDO
DIRECCIÓN GRAN AV J M CARRERA 3204
COMUNA SAN MIGUEL

FONO : 5755399 FAX : 5755660
RG-213.70-003 V1
Email : parasito@ispch.cl

RUN -
REGISTRO ISP 22-4635-TOP-440

FECHA OBTENCIÓN 04-08-2022
FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN 05-08-2022 16:55:42
FECHA INFORME 08-08-2022

INFORME DE RESULTADO
SEROLOGÍA PARA TOXOPLASMOSIS

Tipo de Muestra: Suero o plasma

Método: **ELFA IgG**
Marca : BIOMERIEUX
Resultado: POSITIVO 8.748 UI/ML
Referencia : Negativo : < 4 Dudoso : >= 4 a < 8 Positivo : >= 8 UI/ml

Método: **ELFA- IgM**
Marca : BIOMERIEUX
Resultado: POSITIVO VT: 4.92
Referencia : Negativo : < 0.55 Dudoso : >= 0.55 a < 0.65 Positivo : >= 0.65

Informe de resultado electrónico.
Copia emitida no valida como documento original.

SECCIÓN PARASITOLOGÍA

ID MUESTRA 82116-2022-95518
NOMBRE RN BARBARA GARCIA GARCIA
PROCEDENCIA SSMS HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
SOLICITANTE GIANNINA IZQUIERDO
DIRECCIÓN GRAN AV J M CARRERA 3204
COMUNA SAN MIGUEL

FONO 5755399 FAX 5755660
RG-213.70-003 V1
Email : parasito@ispch.cl

RUN -
REGISTRO ISP 22-4635-PCRL-131

FECHA OBTENCIÓN 04-08-2022
FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN 05-08-2022 16:55:42
FECHA INFORME 08-08-2022

EXAMEN SOLICITADO
Identificación Molecular de Agentes Infecciosos
Toxoplasma gondii

TIPO DE MUESTRA L.C.R
MÉTODO REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)
MARCA I.S.P.

RESULTADO FINAL POSITIVO para *Toxoplasma gondii*.

OBSERVACIONES

Caso clínico

4/8

Ingresa HLCM

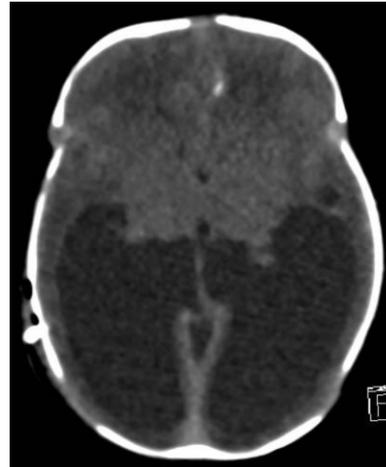
Recibe 3 dosis de profilaxis con cefazolina.

Evoluciona satisfactoriamente

Se traslada a su centro de origen

5/8

Se instala DPV sin incidentes



Calcificaciones dispersas en ambos hemisferios cerebrales.



Caso clínico

A blue horizontal arrow pointing to the right, representing a timeline. Two white oval markers are placed on the arrow at the dates 11/8 and 13/8.

11/8

PCR LCR positivo Toxoplasma Gondii
IgM Rn Positiva

13/8

Inicia tratamiento con Pirimetamina mas sulfadiazina + acido folínico y prednisona.

Oftalmología:

Fondo de ojo alterado vitritis
positiva focos de toxoplasmosis
en retina temporal.
Control en 10 días

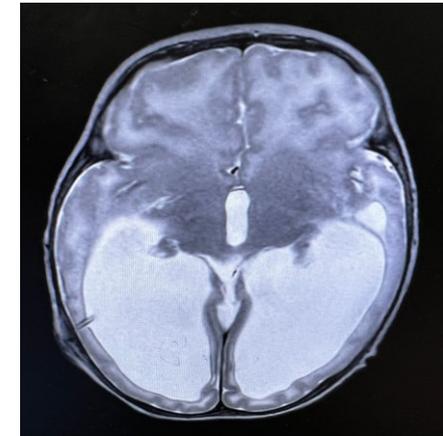
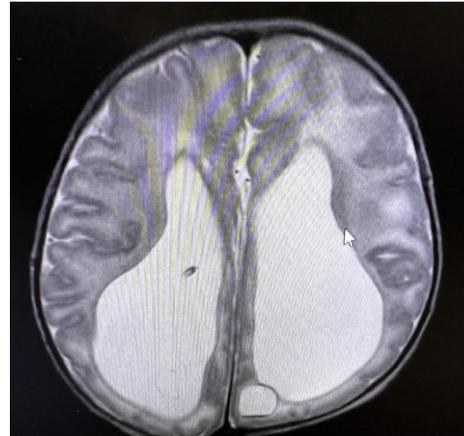
Caso clínico

22/08

EEG:

Anormal

Actividad de base asimétrica e inmadura.



Neurología solicita RNM

- Hidrocefalia Supratentorial de aspecto Colpoceálico
- Agenesia parcial cuerpo calloso.

23/08:

Control oftalmología

ODI impresiona mejor

Menor turbidez del humor vitreo

Foco temporal circunscrito mas delimitado

12/9

Oftalmología

Lesiones oculares menores, menos turbio humor vitreo, lesiones menos activas.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de toxoplasmosis congénita

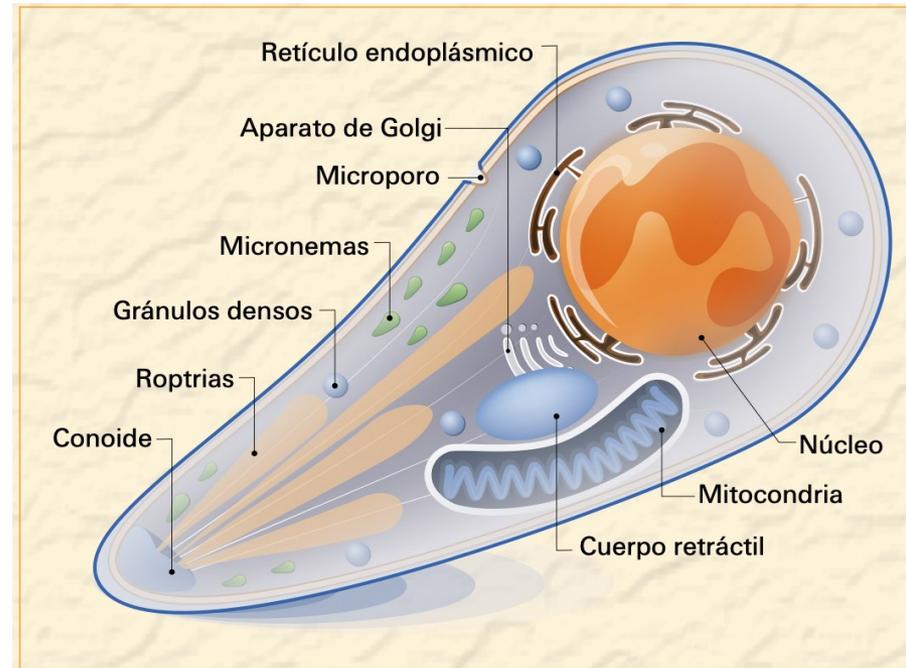
Enfermedad neurológica		Enfermedad generalizada	
Corio-retinitis	(94%)	Esplenomegalia	(90%)
Alteraciones en el LCR	(55%)	Alteraciones del LCR	(84%)
Calcificaciones encefálicas	(50%)	Ictericia	(80%)
Convulsiones	(50%)	Anemia	(77%)
Anemia	(50%)	Fiebre	(77%)
Hidrocefalia	(29%)	Hepatomegalia	(77%)
Ictericia	(28%)	Linfoadenopatías	(68%)
Esplenomegalia	(21%)	Corio-retinitis	(66%)
Linfoadenopatías	(17%)	Neumonitis	(41%)
Microcefalia	(13%)	Exantema	(25%)
Cataratas	(5%)	Eosinofilia	(18%)
Eosinofilia	(4%)	Hidrocefalia/microcefalia	(0%)
Microftalmía	(2%)		

Toxoplasma gondii .

- *Toxoplasma gondii* .
 - Parásito unicelular intracelular obligado.
 - Infecta a especies animales de sangre caliente
 - Familia: Sarcocystidae
 - Subfamilia Toxoplasmatinae.
 - *Toxon (arco)*
 - Descubierta en un roedor Africano llamado gondi.

Toxoplasma gondii .

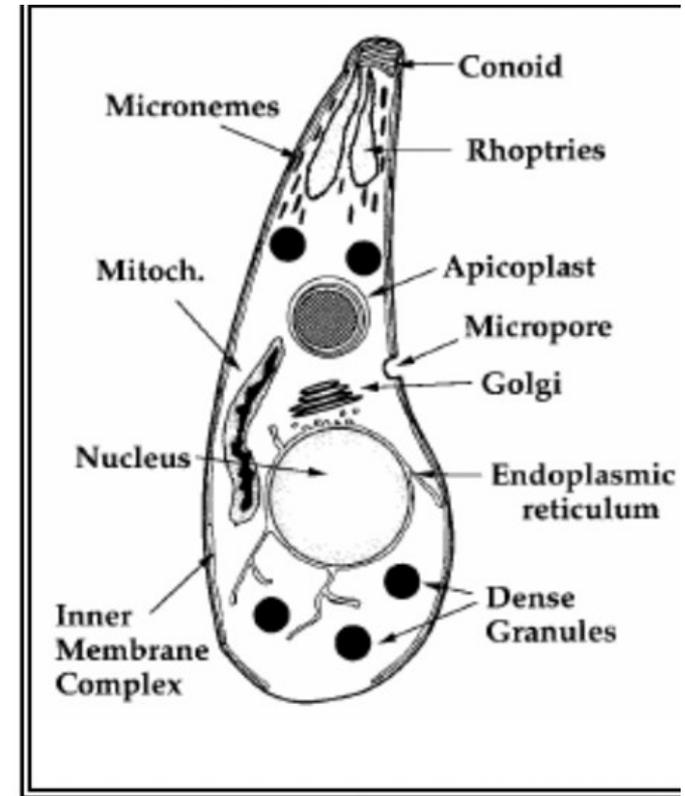
- Forma proliferativa : taquizoito
- Se enquista en sus tejidos
- Tamaño de un eritrocito
- Conoide: boca celular u órgano de fijación.
- Ambas participan en invasión celular .



Toxoplasma gondii.

- **Mecanismos de invasividad:**

- Factor Favorecedor de la Penetración:
 - Enzima modifica la pared de la célula.
- Movimientos propios del parásito o por fagocitosis.
 - Penetran en una vacuola (parasitófora).
 - Crecen y desplazan elementos de la célula hospedera.
 - Quedan sólo en órganos con poco desarrollo inmunológico: cerebro, ojos y corazón.



Toxoplasma gondii.

- Ciclo de vida:

- Sexual :

- Solo en felinos: gatos, leones o los tigres.
 - Hospederos definitivos.
 - Reproducción sexual es en el intestino
 - Liberan en las heces unas formas infectivas: ooquistes.
 - Ooquiste se esporulan y se activan en el ambiente.



Toxoplasma gondii .

- **Asexual :**

- **Taquizoítos** (formas de replicación rápida)
- Bipartición
- Transforman en **bradizoítos**
Forma el quiste tisular.
- **Ooquiste:** forma sexuada eliminan el gato, mide 10 a 12 μ m
- Sobrevive durante toda la vida del hospedero.
- Hospederos definitivos y otros pueden infectarse por consumir carne cruda que tenga quistes

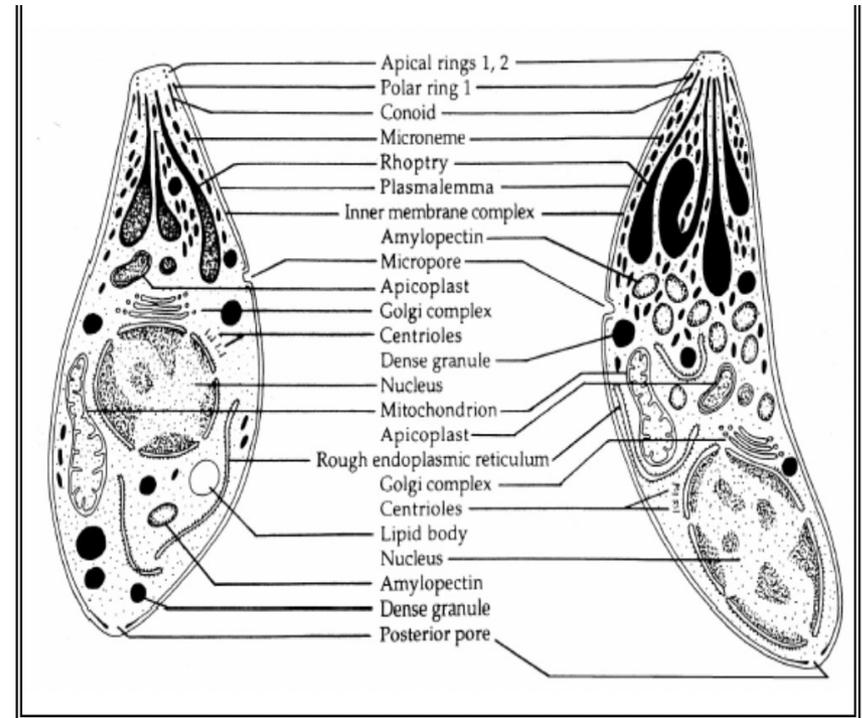
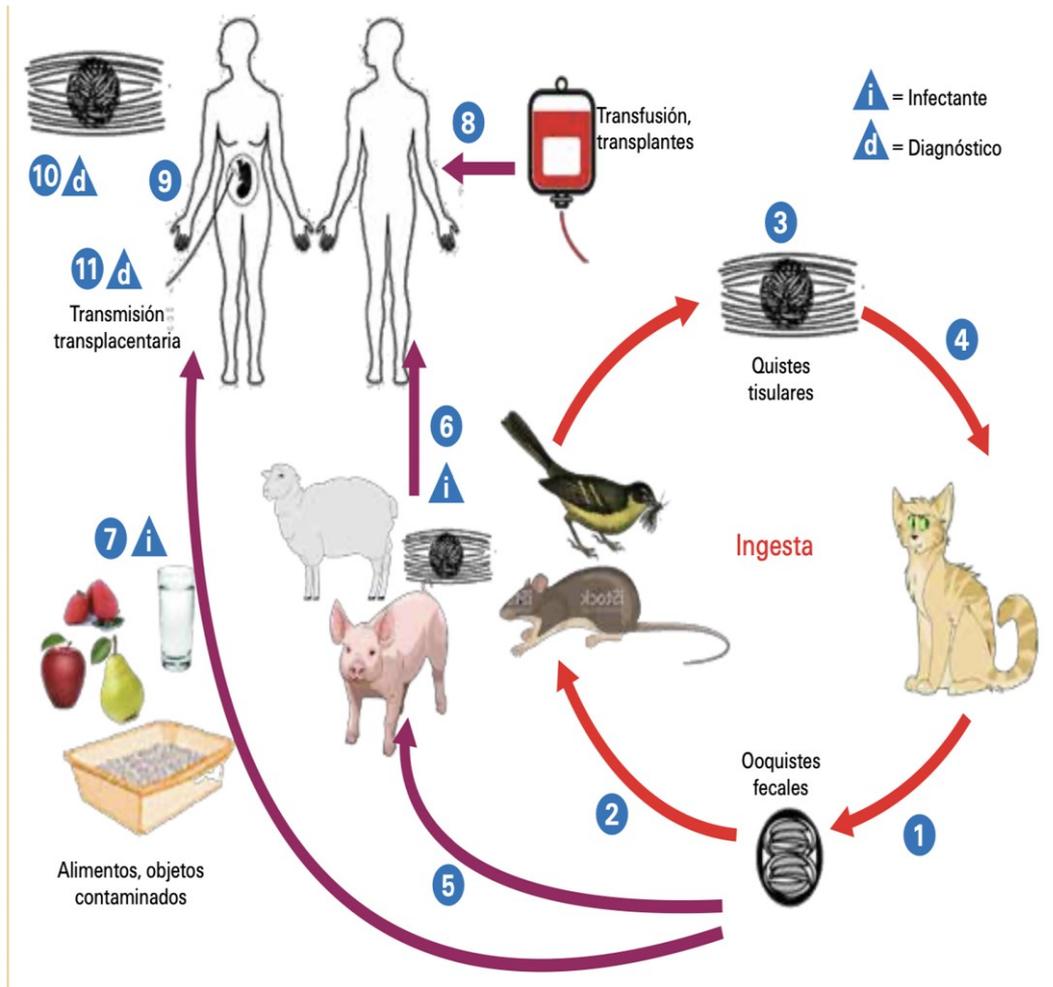


Figura 3. Comparación de la estructura del taquizoito (izquierda) y el bradizoito (derecha) (Dubey, 1998).

Toxoplasma gondii



Una sola especie.
Tres genotipos (I, II y III)
Baja diversidad genética.
1% de divergencia en el nivel secuencial entre linajes.
Brasil, mayor número de genotipos no clonales o atípicos.
No hay un genotipo predominante en el hemisferio sur.

Toxoplasma gondii



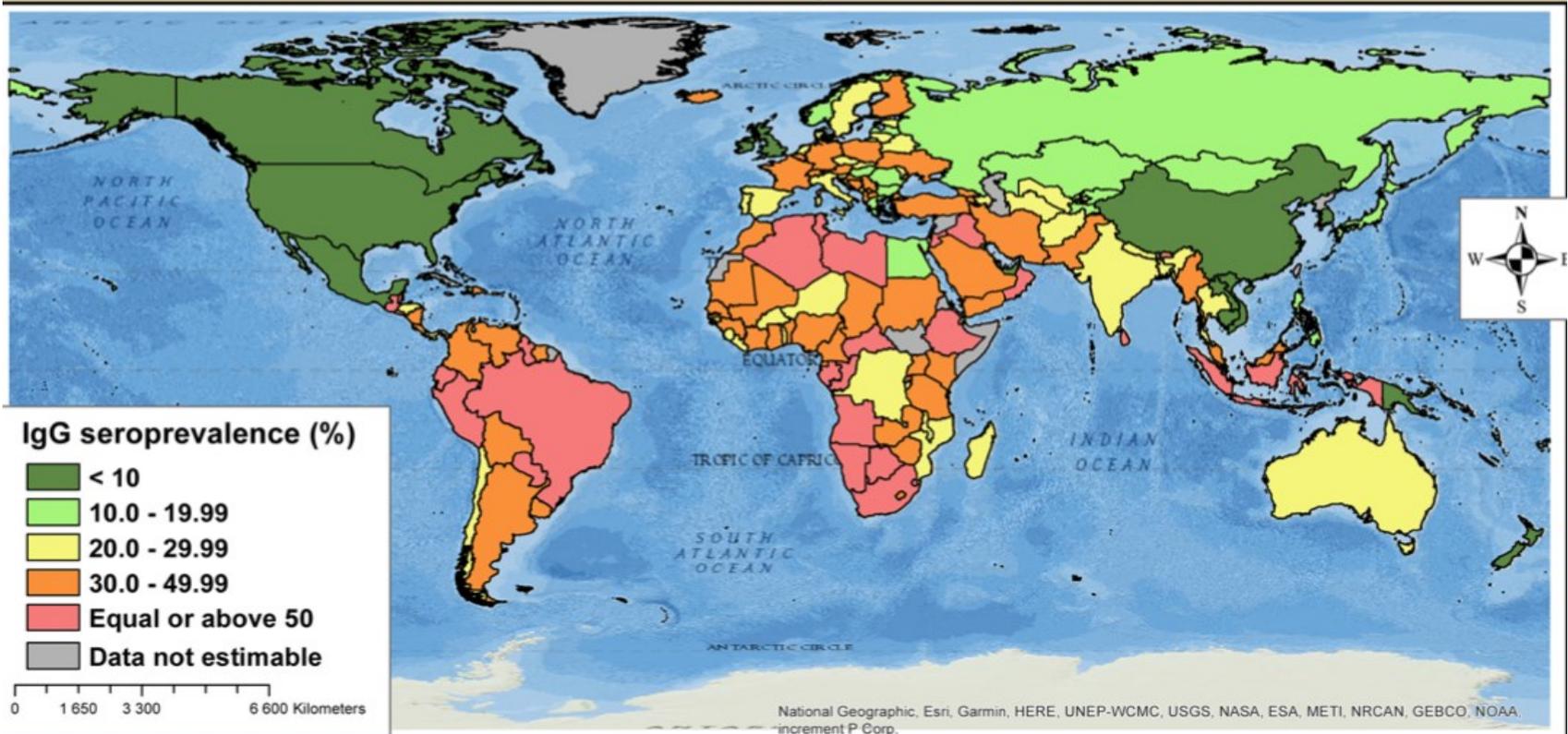
Figura 45-5. Patogenia de la toxoplasmosis. Relación parásito-hospedero.

Daño:

- 1) Taquizoítos intracelulares
- 2) Inflamación con predominio de linfocitos, macrófagos y algunos neutrófilos.
- 3) Corazón y ojos: hipersensibilidad.
- 4) Antígenos del parásito = anticuerpos celulares contra parásitos y células parasitadas, aumentando el daño.

Epidemiología

Global distribution of IgG seroprevalence



Data were estimated for 191 countries and territories including 45 in Africa, 41 in The Americas, 20 in Eastern Mediterranean, 52 in Europe, 10 in South-East Asia, and 23 in Western Pacific

Epidemiología



Parasitology

cambridge.org/par

Congenital toxoplasmosis in humans: an update of worldwide rate of congenital infections

Review

Cite this article: Dubey JP, Murata FHA.

J. P. Dubey¹ , F. H. A. Murata¹, C. K. Cerqueira-Cézar¹, O. C. H. Kwok¹
and I. Villena²

2021

País	Incidencia	Estudio
Brazil	4-23/10.000 Rn (2010)	Vasconcelos-Santos et al. (2009); de Resende et al. (2010)
Francia	3,4/10.000 RN (2010) 200-300 casos anual	Villena et al. (2010)
Grecia	4,5-5,1/100.000 Rn	Aptouramani et al. (2012)
USA	1:10.000 Rn (1994)	Guerina et al. (1994)

Patogenia Infección congénita

- Infección fetal a partir de una primoinfección materna.
- TGI: bradizoitos a trofozoítos = vía hematógica
- Invasión de la placenta y órganos.
- Parasitemia fetal=
 - Liberación de taquizoitos.
 - Ingresan en las células por hialuronidasas y lisozimas, que atraviesan por microporos membranas celulares.
 - Forman acúmulos citoplasmáticos que provocan lisis celular y reacción inflamatoria que derivan en edema y respuesta inflamatoria mononuclear.

Patogenia Infección congénita

- Necrosis : SNC, retina, coroides, sistema musculoesquelético, hígado y bazo.
- Respuesta inmune celular y humoral.
- Ojo: coriorretinitis.
- SNC: vasculitis y necrosis.
- Lesiones extracraneales: ascitis, hepatoesplenomegalia, calcificaciones intrahepáticas y engrosamiento placentario.
- Afectación sistémica:
 - Edad gestacional
 - Virulencia del parásito
 - Capacidad de migración
 - Variantes alélicas en el huésped siendo la principal de ellas HLA-DQ3

Riesgo infección

Tabla 3. Riesgo de transmisión y afectación fetal de la toxoplasmosis se produce la infección

Edad gestacional	Transmisión vertical	Afectación fetal
< 14 semanas	< 10%	60%
14-28 semanas	15-55%	25%
> 28 semanas	> 55-80%	15%

Ref. 11.

Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016

Fernanda Cofré, Luis Delplano, Yenis Labraña, Alejandra Reyes, Alejandra Sandoval y Giannina Izquierdo

Fisiopatología Infección congénita

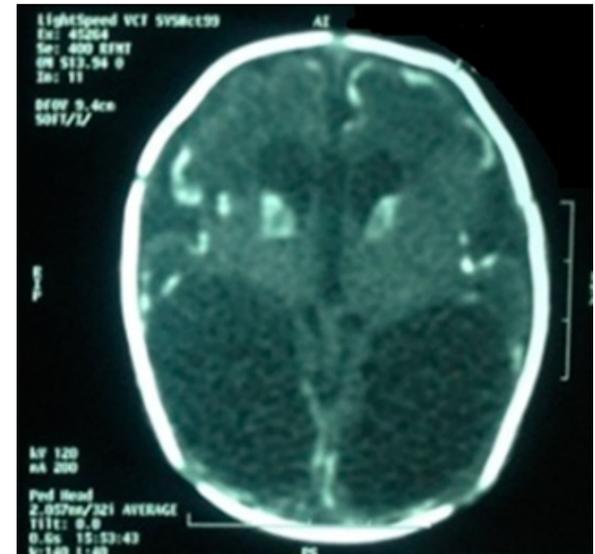
- **Lesión Ocular:**

- Retina: 80%
- Coriorretinitis focal de espesor total
- Inflamación granulomatosa necrotizante
- Desprendimiento retiniano,
- Alteración embriogénesis fisiológica del ojo.
- Taquizoito dentro del foco ocular necrótico y la retina adyacente.
- Afectación músculos extraoculares :
estrabismo, nistagmo, alteraciones visuales y microftalmia.
- Afectar la integridad del nervio óptico, y las proyecciones visuales del nervio en la corteza cerebral y la corteza visual.



Fisiopatología Infección congénita

- **Cerebro:**
 - Múltiples focos necróticos
 - Taquizoitos asociados a nódulos microgliales.
 - Reacción vascular cortical, ganglios basales y en zonas periventriculares.
 - zonas necróticas con autolisis = calcificación.
 - Hidrocefalia: obstrucción del conducto de Silvio por tejido encefálico que sufrió autolisis.
 - 30% anomalías en el líquido cefalorraquídeo. (Proteínas >1 g/dl)
 - Episodios convulsivos.
 - Afectación medular o bulbar.
 - Parálisis de las extremidades, dificultad para deglutir, dificultad respiratoria.
 - Microcefalia.



Fisiopatología Infección congénita

- Corazón:
 - Quistes en las fibras miocárdicas.
 - Cambios patológicos en los puentes contráctiles del músculo cardíaco.
 - Infiltración focal de linfocitos, células plasmáticas, células mononucleares y eosinófilos.
 - Inflamación permanente.
 - Depleción del gasto cardíaco.
 - Necrosis hialina del miocardio , fragmentación y calcificación extensa.
 - Contracción asincrónica del músculo cardíaco

Diagnóstico

- **Diagnóstico embarazada:**
 - ¿La mujer tiene o no una infección?
 - ¿Fue antes o durante la gestación?
- **Diagnóstico RN:**
 - ¿Infección es prenatal y es traspaso placentario?
 - No es sencillo asegurar que el neonato está infectado.

Diagnóstico

- Métodos de diagnóstico directos
 - Presencia del parásito o el ácido nucleico parasitario en muestras de tejidos y/o en fluidos.
 - Tinción citológicas: tinciones de PAS y de H - E; Wright-Giemsa.
 - PCR: líquido amniótico por amniocentesis a partir de la semana 18 de gestación
 - Aislamiento del parásito.
- Métodos de diagnóstico indirectos : antígenos contra MB parasitaria e intracitoplasmáticos.
 - IgG: desde las tres semanas , peak 6 a 12 semanas
 - IgM: desde la primera semana, peak 1-3 meses, un 27% a los 2 años.
 - IgA : duración breve hasta 7 meses post infección.
 - IgE: desaparece a los tres meses, infección reciente desde las 2 semanas.

Diagnóstico

- **Embarazada:**
 - Subclínica
 - Tamizaje serológico.
 - Verificar si tiene un estudio serológico previo para *T. gondii*.
 - IgG (+) protegida.
 - Sin estudio previo:
 - Realizar en el primer control IgG e IgM lo más cercano a la concepción.
- **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:** cribado prenatal no cumple los criterios necesarios para ser aplicado rutinariamente, se solicita de forma trimestral a la mayoría de las gestantes seronegativas.
- **Grupo Francés:** recomienda ofrecer estudio serológico preconcepcional y en la primera visita prenatal mediante IgG and IgM , si es negativa estudio periódico.

Diagnóstico

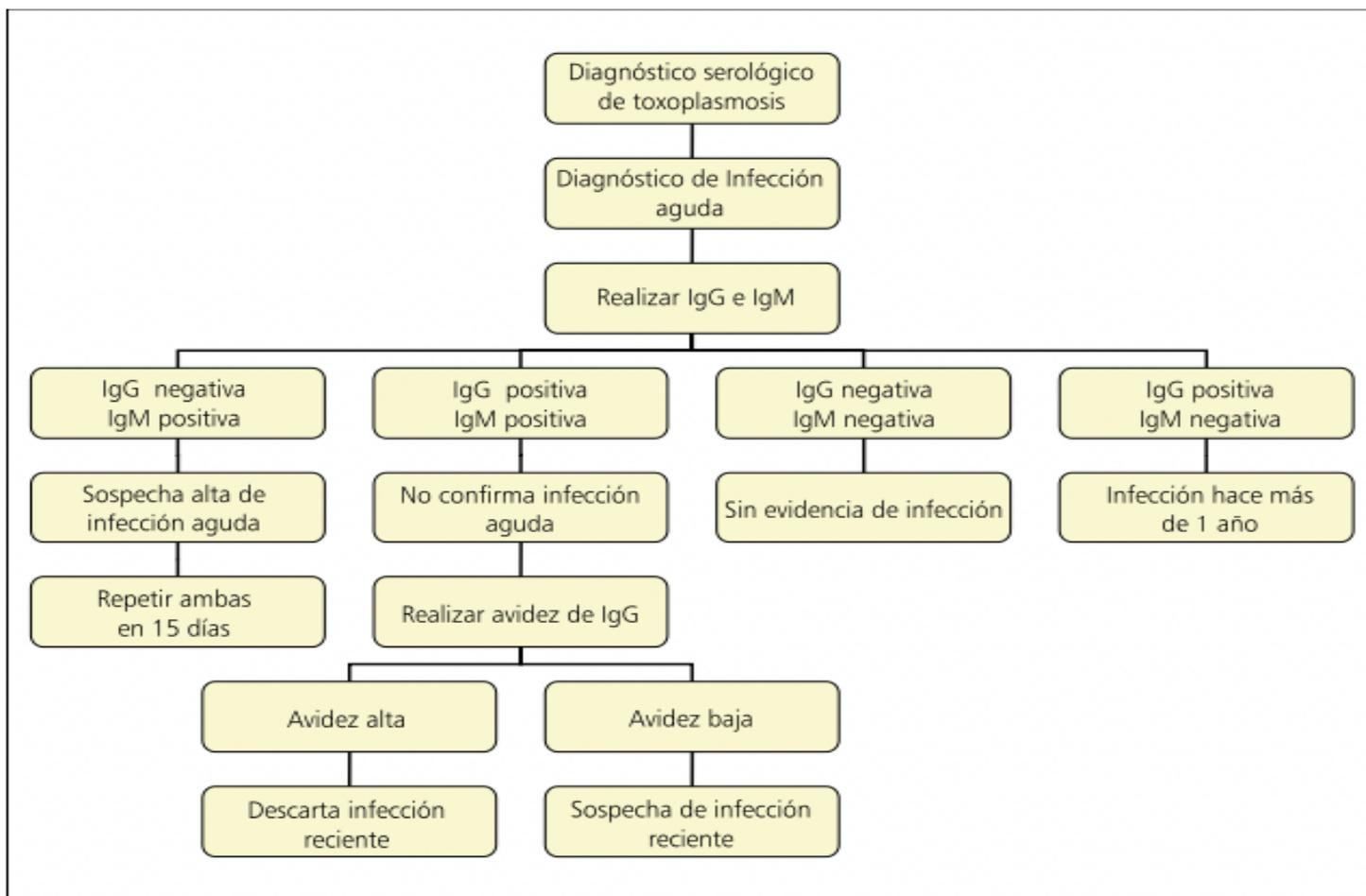
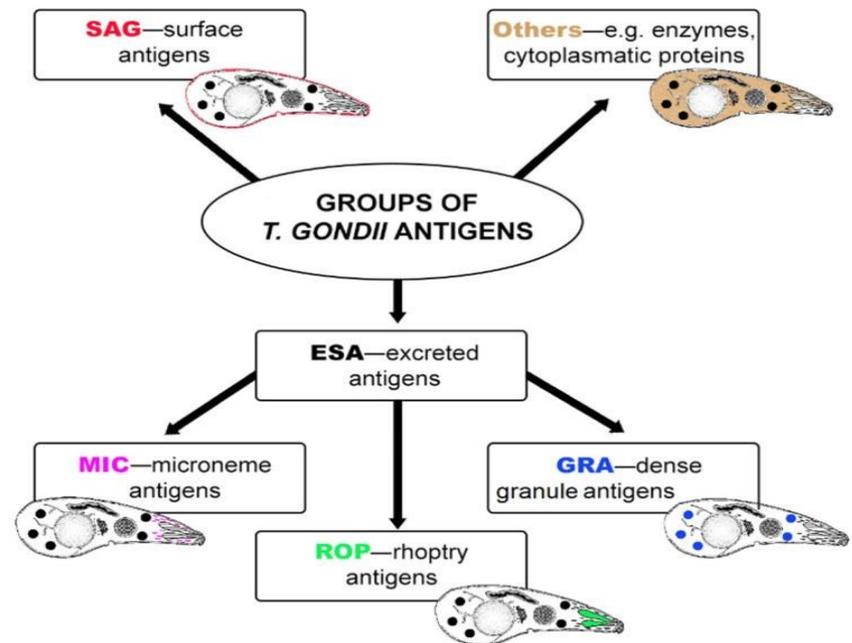


Figura 2. Algoritmo para diagnóstico serológico de infección aguda materna. Ref. 13.

Diagnóstico

- En el recién nacido
- IgM y/o IgA : diagnóstico de infección fetal.
 - Pueden no ser detectadas hasta 70% de los niños infectados en el primer trimestre.
- Desaparición de la IgG en el primer año de vida descarta la infección.
- RPC en sangre, orina y LCR en el RN.



Tratamiento

- PreVENCIÓN:
 - Realización del tamizaje preconcepcional y durante la gestación.
 - Asesoramiento en medidas higiénicas de prevención en mujeres seronegativas.

Tratamiento

- Eficacia:
 - Vacíos en la literatura científica.
 - Revisión de Cochrane concluyó que el tratamiento prenatal en presencia de seroconversión durante el embarazo no disminuye la transmisión vertical pero podría reducir la gravedad en la presentación de toxoplasmosis congénita.

Cochrane Database of Systematic Reviews | [Review - Intervention](#)

[New search](#)

Antibiotics versus control for toxoplasma retinochoroiditis

✉ [Ruth E Gilbert, Melissa Harden, Miles Stanford](#) [Authors' declarations of interest](#)

Version published: 21 January 2002 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002218> [↗](#)

Tratamiento

- Evitar la transmisión vertical
 - Espiramicina desde el momento de la concepción hasta la semana 18 de gestación
 - 18 semana: combinación de pirimetamina/sulfadiazina y ácido fólico.
 - Pueden atravesar la placenta y proporcionar un tratamiento efectivo al feto.

Tratamiento

Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data



*The SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group**

Summary

Background Despite three decades of prenatal screening for congenital toxoplasmosis in some European countries, uncertainty remains about the effectiveness of prenatal treatment.

Lancet 2007; 369: 115–22

*Members listed at end of report

Revisión sistemática de estudios.

Evaluar el efecto del momento y el tipo de tratamiento prenatal en transmisión materno-infantil de la infección y manifestaciones clínicas antes del año de edad.

1438 madres tratadas identificadas por tamizaje prenatal.

Evidencia débil de que el tratamiento iniciado dentro de las 3 semanas posteriores a la seroconversión redujo la transmisión de madre a hijo en comparación con el tratamiento iniciado después de 8 semanas o más. (odds ratio ajustado [OR] 0,48, IC del 95 % 0,28–0,80; $p=0,05$).

Sin evidencia de que el tratamiento redujo significativamente el riesgo de manifestaciones clínicas

Tratamiento



Opinion

Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group

- Protocolo 1:
 - Espiramicina (macrólido) para la profilaxis con el objetivo de prevenir la infección fetal.
 - 1 gramo cada 8 horas.
- Concentración en la sangre fetal es solo del 50 % respecto a la concentración en suero materno.
- Excreción de forma hepática 80 % y renal del 4 % al 14 %.
- Puede ser utilizada como monoterapia.
- Reduce la transmisión al feto del 8 % al 25 % en el primer trimestre y del 19 % al 54 % en el tercer trimestre.

Tratamiento

- **Protocolo 2:**
 - Pirimetamina y sulfonamidas (PS)
 - No antes de la semana 14.
 - Sulfonamidas para TC diagnosticada por amniocentesis o infección materna en el tercer trimestre
 - Reducir la gravedad del daño fetal.
- Son activos solo en formas parasitarias que se multiplican rápidamente y son inactivos en quistes.
- Dos regímenes diferentes:
 - A) Pirimetamina 50 mg/día + Sulfadiazina 500 mg cada 8 horas + Ácido fólico 50 mg por semana.
 - B) Sulfadoxina-Pirimatamina (combinada) 2 veces por semana (500/25mg)

Tratamiento

- Beber al menos 2 Litros de agua al día.
- Alcalinizar la orina
- Deficiencia de G6PD : contraindicación.

Tratamiento

- Seguimiento prenatal
 - Seguimiento ecográfico mensual.
 - Amniocentesis a la semana 18.
 - Si amniocentesis positiva control ecográfico cada 2 semanas.
 - Resonancia magnética del cerebro fetal no se recomienda de forma rutinaria.

Tratamiento

- En el recién nacido

Table 2. Post natal treatment for infants with congenital toxoplasmosis.

The Three Protocols	
(1)	
Pyrimethamine + Sulfadiazine Folinic acid	1 mg/kg/day for 2 months, then 0.5 mg/kg/day 50 mg /kg twice daily 1 capsule of 25 mg twice per week, starting on the same day as the treatment
(2)	
Sulfadoxine + pyrimethamine Folinic acid	17.5 mg/kg once per week 0.875 mg/kg once per week 1 capsule of 25 mg twice per week, starting on the same day as the treatment
(3)	
Pyrimethamine and sulfadiazine as in Protocol 1 for the first 2 months, to test for tolerance, then sulfadoxine–pyrimethamine as in Protocol 2 for the remaining 10 months (see above for dosage)	

Los efectos adversos más frecuentes son hematológicos, dermatológicos y/o gastrointestinales.

Tratamiento

- **En el recién nacido**
- **Corticosteroides:**
 - Toxoplasmosis ocular: disminuir las secuelas de la inflamación intraocular .
 - Proteinorraquia sea marcada.
 - Sociedad española de infectología pediátrica :
prednisona, 1 mg/kg/ por día en 2 dosis, duración de 1 a 2 meses en caso de coriorretinitis o hiperproteinorraquia marcada (proteínas en LCR > 1 g/dl).

Tratamiento

- Seguimiento estricto
- Posibilidad de rebote serológico (no reiniciar tratamiento).
- Lactancia materna no está contraindicada.
- Inmunización deben realizarse de acuerdo con las recomendaciones locales.
- Vigilancia clínica y oftalmológica
 - Primer año mensual
 - Cada 3 meses durante el segundo año de vida
 - Cada 6 meses durante el tercer año de vida.
 - Una vez al año durante toda la vida.
- Recurrencia impredecible de la coriorretinitis, especialmente durante los primeros 10 años de vida : seguimiento clínico y oftálmico sistemático.

Tratamiento

- Alternativas:
- Clindamicina, azitromicina y atavaquona no tienen estudios randomizados de eficacia y seguridad.
- Cotrimoxazol como opción de tratamiento de toxoplasmosis ocular.

Case Reports > *Ophthalmology*. 1992 Jun;99(6):920-5. doi: 10.1016/s0161-6420(92)31873-1.

Trimethoprim-sulfamethoxazole therapy for ocular toxoplasmosis

E M Opremcak ¹, D K Scales, M R Sharpe

