

F. del Castillo Martín, R.M. Funes Moñux,
J. Gutiérrez Juárez, J.L. Serrano
Simonneau

An Esp Pediat 1998;49:65-67.

Introducción

La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa causada por *Toxoplasma gondii*. La infección aguda adquirida en individuos inmunocompetentes es asintomática en el 80-90% de los casos⁽¹⁾. La forma sintomática de la enfermedad se manifiesta con fiebre, mialgias y artralgias, exantemas maculopapulosos, hepatomegalia y, muy característicamente, linfadenitis⁽²⁾. Esta puede ser generalizada o localizada, siendo la presentación más frecuente un nódulo solitario en la región del cuello, preferentemente en los bordes del músculo esternocleidomastoideo⁽³⁾. Las adenopatías por toxoplasma raramente supuran, nunca se ulceran y suelen persistir durante meses.

Presentamos cuatro enfermos diagnosticados de adenopatías por toxoplasmosis aguda adquirida.

Casuística

Caso 1. Niña de 10 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitida a nuestro hospital para el estudio de adenopatía submandibular de 4 meses de evolución, no dolorosa y sin signos inflamatorios locales ni fiebre, que aumenta de tamaño coincidiendo con infecciones faringoamigdalares, pero que al remitir éstas, persiste aumentada. Tratada con diversos antibióticos, no ha llegado nunca a desaparecer.

Exploración física. Peso y talla adecuados para su edad, buen estado general, color normal de piel y mucosas, faringe con amígdalas hipertróficas, sin signos inflamatorios, cardiorrespiratorio normal, abdomen sin visceromegalia, neurológico normal. En región cervical inferior izquierda, por delante del músculo *esternomastoideo*, se palpa una adenopatía de 2 x 1 cm de tamaño, rodadera, no dolorosa. Se palpa también otra adenopatía axilar derecha de 0,75 cm, rodadera y no dolorosa.

Pruebas complementarias. Hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG) y bioquímica general, normales. Prueba de Mantoux negativa. Frotis faríngeo, flora saprofita. Serología de citomegalovirus y virus de Epstein-Barr, negativas. Serología toxoplasmosis: anticuerpos IgM (técnica de ELISA)

Linfadenitis por toxoplasmosis aguda adquirida

positivo y anticuerpos IgG (técnica de ELISA) positivo alto. Radiografía de tórax y senos paranasales, normales.

Evolución de la serología de toxoplasmosis. A los 19 meses de la primera determinación persisten anticuerpos IgM e IgG positivo alta. A los 21 meses, IgM negativo, IgG positivo alta. A los 30 meses IgM negativo, IgG positivo medio.

Caso 2. Niño de 15 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitido por su pediatra a la consulta de Oncología Pediátrica por presentar adenopatías generalizadas de 2 meses de evolución. Durante este tiempo no ha presentado fiebre, ni ninguna otra sintomatología.

Exploración física. Peso y talla adecuados para su edad, buen estado general, color normal de piel y mucosas, boca y faringe normal, cardiorrespiratorio normal, abdomen sin visceromegalia, neurológico normal. Múltiples adenopatías inguinales, axilares, cervicales y supraclaviculares de 0,5 a 1 cm, rodaderas, no dolorosas, sin signos inflamatorios locales.

Pruebas complementarias. Hemograma, VSG, bioquímica general, normales. Prueba de Mantoux, negativa. Radiografía de tórax, normal. Serología virus de Epstein-Barr, negativa. Serología toxoplasmosis: anticuerpos IgM (técnica de ELISA) positivo, anticuerpos IgG (técnica de ELISA) positivo alto. Biopsia tejido supraclavicular por punción aspiración, linfadenitis reactiva.

Evolución serología toxoplasmosis. A los 12 meses de la primera determinación, anticuerpos IgM (técnica de ELISA) positivo, anticuerpos IgG (técnica de ELISA) positivo alto; a los 18 meses, anticuerpos IgM, negativo, anticuerpos IgG positivo medio.

Caso 3. Niño de 12 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por presentar tumoración supraclavicular derecha de 10 meses de duración, no dolorosa, sin signos inflamatorios locales, ni fiebre.

Exploración física. Peso y talla adecuados para su edad, buen estado general, color normal de piel y mucosas, faringe con hipertrofia amigdalares sin signos inflamatorios, cardiorrespiratorio normal, abdomen sin visceromegalia, neurológico normal. Varias adenopatías laterocervicales, rodaderas, de tamaño menor a 1 cm. Tumoración supraclavicular izquierda de 1,5 x 2 cm, no dolorosa, adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios locales.

Pruebas complementarias. Hemograma, VSG, bioquímica general, normales. Prueba de Mantoux negativa. Serología de citomegalovirus, anticuerpos IgG (fijación de complemento) po-

Hospital Infantil «La Paz». Universidad Autónoma de Madrid.

Correspondencia: Fernando del Castillo Martín. Servicio Enfermedades

Infecciosas. Hospital Infantil «La Paz».

Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid

Recibido: Octubre 1997

Aceptado: Marzo 1998

sitivo 1/8, anticuerpos IgM (técnica de ELISA), negativo. Serología virus Epstein-Barr, anticuerpos IgG negativo. Serología toxoplasmosis: anticuerpos IgG (aglutinación directa, AD) positivo 1/256 (positivo alto), anticuerpos IgM (IFA) negativo. Biopsia de adenopatía por punción aspiración: histiocitosis sinusal.

Evolución serología toxoplasmosis. Al mes de la primera determinación, anticuerpos IgG (AD) positivo 1/128; a los 30 meses, anticuerpos IgG (técnica de ELISA), positivo alto.

Caso 4. Niña de 12 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por presentar adenopatías submaxilares bilaterales de gran tamaño, de 4 semanas de duración, sin fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física. Peso y talla adecuados para su edad, buen estado general, color normal de piel y mucosas, faringe con hipertrofia de amígdalas sin signos inflamatorios, cardiopulmonario normal, abdomen sin visceromegalia, neurológico normal. Adenopatías submaxilares bilaterales de 4 x 1,5 a 2 cm de tamaño, no dolorosas, rodaderas y no confluentes, sin signos inflamatorios locales.

Pruebas complementarias. Hemograma, VSG, bioquímica general, normales. Prueba de Mantoux negativa. Frotis faríngeo, estreptococo beta hemolítico del grupo A. Serología virus Epstein-Barr, negativa. Serología citomegalovirus, anticuerpos IgG positivos, anticuerpos IgM negativos. Serología toxoplasma: anticuerpos IgM (técnica de ELISA) positivo, anticuerpos IgG (técnica de ELISA), positivo a título alto.

Evolución serología toxoplasmosis. A los 2 meses de la primera determinación, anticuerpos IgM positivo, anticuerpos IgG positivo alto.

Discusión

La infección aguda por *T. gondii* en individuos sanos es, habitualmente, una enfermedad benigna. En el 80-90% de los casos es asintomática y las formas sintomáticas presentan, generalmente, una clínica muy leve⁽¹⁻³⁾. Sólo en dos ocasiones la toxoplasmosis se convierte en una enfermedad con graves consecuencias clínicas: la reactivación de la infección crónica en enfermos fuertemente inmunodeprimidos y la infección fetal por toxoplasmosis aguda de la mujer gestante^(4,5).

El alto porcentaje de formas asintomáticas y la inespecificidad de las formas sintomáticas hace que el diagnóstico de la enfermedad se realice fundamentalmente por serología. Sin embargo, el diagnóstico serológico de la primoinfección no resulta fácil^(6,7). La seroconversión o la elevación significativa de anticuerpos tipo IgG, el dato serológico más seguro, no es fácil de detectar. Por otro lado, los anticuerpos tipo IgM tienen una duración de 6 meses a 2 años, lo que supone que su presencia pueda llevar a la confusión de infección aguda reciente.

Esta larga duración de los anticuerpos IgM se detectó en dos de nuestros casos. En esta circunstancia la simultaneidad con la clínica permite una correcta interpretación de los resultados. Por otro lado, la larga duración de la hipertrofia ganglionar puede retrasar la solicitud de la serología, encontrando los anticuerpos IgM negativos, como ocurrió en nuestro caso 3. En esta situa-

ción, una biopsia inespecífica y unos anticuerpos positivos pueden ser suficientes para el diagnóstico⁽⁸⁾.

Se han desarrollado otras técnicas serológicas para el diagnóstico de la infección aguda, como determinación de anticuerpos IgA⁽⁹⁾, IgE⁽¹⁰⁾, avidéz de los anticuerpos tipo IgG⁽¹¹⁾, el test de aglutinación diferencial⁽¹²⁾ o la reacción en cadena de la polimerasa⁽¹³⁾. Algunas de estas técnicas no se realizan en la actualidad de forma rutinaria, mientras que otras no aportan ventajas diagnósticas a la serología convencional.

La linfadenitis es la forma sintomática más frecuente de la toxoplasmosis aguda⁽¹⁻³⁾. Las adenopatías pueden ser generalizadas, aunque habitualmente se presentan como una linfadenopatía única, siendo la región cervical posterior la localización más corriente. Las adenopatías por toxoplasmosis pueden ser sensibles, raramente supuran y nunca se ulceran, pudiendo persistir palpables durante meses. Esta última característica se observó en todos nuestros enfermos, si bien la persistencia en el caso 4 es corta, posiblemente por estar realizado el diagnóstico muy inmediato a la preparación de este estudio. Esta persistencia puede ser causa de diagnósticos diferenciales con enfermedades malignas, como ocurrió en los casos 2 y 3, lo que supone la realización de técnicas invasivas molestas para el enfermo⁽⁸⁾, a no ser que existan datos epidemiológicos que faciliten el diagnóstico^(14,15).

Como conclusión, creemos que ante toda linfadenitis, local o generalizada, fundamentalmente de larga duración, se debe incluir la serología de anticuerpos antitoxoplasma en el estudio diagnóstico.

Bibliografía

- 1 Remington JS, Desmonts G. Toxoplasmosis. En: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious disease of the fetus and newborn infant. Philadelphia: Saunders Co. 1995; 140-267.
- 2 McLeod R, Wisner J, Boyer K. Toxoplasmosis. En: Krugman S, Katz SL, Gershon, Wilfert CM, eds. Infectious disease of children. St. Louis: Mosby Year Book, 1992; 518-550.
- 3 McCabe RE, Brooks RG, Dorfman RF, Remington JS. Clinical spectrum in 107 cases of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis* 1987; **9**:754-774.
- 4 González-Clemente JM, Miró JM, Pedrol E y cols. Toxoplasmosis encefálica en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estudio clínico-radiológico y resultados terapéuticos de 78 episodios. *Med Clin* 1990; **95**:441-446.
- 5 Wong SY, Remington JR. Toxoplasmosis in pregnancy. *Clin Infect Dis* 1994; **18**:853-862.
- 6 Brooks RG, McCabe RE, Remington JS. Role of serology in diagnosis of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis* 1987; **9**:1055-1062.
- 7 Montoya JG, Remington JS. Studies on the serodiagnosis toxoplasmic lymphadenitis. *Clin Infect Dis* 1995; **20**:281-289.
- 8 Tuzuner N, Dogusoy G, Demirkesen C, Ozkan F, Altas K. Value of lymph node biopsy in the diagnosis of acquired toxoplasmosis. *J Laryngol Otol* 1996; **110**:348-352.
- 9 Stepick-Biek P, Thulliez P, Araujo FG, Remington JR. IgA antibodies for diagnosis of acute congenital and acquired toxoplasmosis. *J Infect Dis* 1990; **162**:270-273.
- 10 Ashburn D, Joss AWL, Pennington TH, Ho-Yen DO. Specificity and

usefulness of an IgE immunosorbent agglutination assay for toxoplasmosis. *J Clin Pathol* 1995; **48**:64-69.

- 11 Lappalainen M, Koskela P, Koskiemi M y cols. Toxoplasmosis acquired during pregnancy: improved serodiagnosis based on avidity of IgG. *J Infect Dis* 1993; **167**:691-697.
- 12 Dannemann BR, Vaughan WC, Thulliez P, Remington JR. Differential agglutination test for diagnosis of recently acquired infection with *Toxoplasma gondii*. *J Clin Microbiol* 1990; **28**:1928-1933.
- 13 Hohlfeld P, Daffos F, Costa JM, Thulliez P, Forestier F, Vidaud M. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with a polymerase-chain-reaction test on amniotic fluid. *N Engl J Med* 1994; **331**:695-699.
- 14 Cour MI, López Bartolomé O, García-Lerín MC, Ferro A, Martín M, Hernández JC y cols. Brote de toxoplasmosis. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1988; **6**:330-331.
- 15 Feldman HA. Toxoplasmosis: an overview. *Bull NY Acad Med* 1974; **50**:111-127.