Toxoplasmosis y VIH: una enfermedad oportunista cada vez menos frecuente, pero aún relevante

Toxoplasmosis and HIV: a declining opportunistic disease with ongoing clinical significance

Victoria Hernando-Sebastián[1,2] 0000-0003-2762-4924

Asunción Díaz-Franco[1,2] 0000-0002-8309-4270

[1]Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

[2]CIBER Enfermedades Infecciosas (CIBERINF), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Correspondencia
Victoria Hernando-Sebastián
vhernando@isciii.es

Contribuciones de autoría
Las autoras del presente trabajo han contribuido íntegramente a la autoría de este.

Agradecimientos
A todas las personas que trabajan para mejorar la Salud Pública de nuestro país.

Financiación
Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses
La autora declara no tener conflicto de intereses.

Cita sugerida
Hernando-Sebastián V, Díaz-Franco A. Toxoplasmosis y VIH: una enfermedad oportunista cada vez menos frecuente, pero aún relevante. Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(3):149-152. doi: 10.4321/s2173-92772026000300004

Publicado bajo licencia CC 4.0 BY-NC-SA

La toxoplasmosis, infección causada por *Toxoplasma gondii*, suele ser asintomática o manifestarse de forma leve en personas inmunocompetentes. Sin embargo, en pacientes inmunocomprometidos produce importante morbimortalidad. Este es el caso de las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con un grado avanzado de inmunosupresión celular. Durante las primeras décadas de la epidemia de VIH, la toxoplasmosis constituyó una causa frecuente de afectación neurológica grave. Sin embargo, la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia y un acceso temprano a los mismos, el diagnóstico precoz de la infección por VIH, junto con la implementación de estrategias preventivas efectivas frente a la toxoplasmosis han reducido de forma sustancial su impacto epidemiológico [(1)].

UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA ASOCIADA A INMUNOSUPRESIÓN AVANZADA

La toxoplasmosis en personas con infección por VIH habitualmente se produce por reactivación de una infección crónica en pacientes con recuentos bajos de linfocitos CD4+ [(2)].

La manifestación clínica más frecuente es la toxoplasmosis cerebral que consiste en la afectación del sistema nervioso central en forma de encefalitis y tumores intracraneales. Los pacientes pueden presentar cefalea, fiebre, crisis epilépticas, alteraciones del nivel de conciencia o déficits neurológicos focales. Estas manifestaciones se producen como consecuencia de la transformación de los bradiozoítos (formas crónicas) presentes en los quistes tisulares en taquizoítos con capacidad citotóxica, responsables de las lesiones cerebrales características de la enfermedad [(3)]. La toxoplasmosis cerebral es una enfermedad definitoria de sida (EDS) [(4)].

Aunque es mucho menos frecuente, en situaciones de inmunosupresión severa pueden aparecer formas diseminadas con afectación pulmonar, cardíaca, muscular o cutánea. Estas presentaciones extracerebrales suelen asociarse a una elevada gravedad clínica y pueden resultar mortales si no se diagnostican y tratan de manera precoz [(3)].

A nivel mundial se estima una seroprevalencia de toxoplasmosis en personas con infección por VIH del 44,2% y una prevalencia de infección activa de toxoplasmosis del 3,2% [(5)].

PREVENCIÓN Y MANEJO CLÍNICO

La prevención de la toxoplasmosis constituye un componente esencial de la atención integral de las personas con infección por VIH. Por ello, la determinación de anticuerpos IgG frente a T. gondii forma parte de la evaluación inicial tras el diagnóstico de la infección por VIH [(2,6)].

En los pacientes con serología positiva y recuentos de CD4+ inferiores a 100 células/µl está indicada la profilaxis primaria, siendo trimetoprim-sulfametoxazol el tratamiento de elección. La profilaxis puede suspenderse cuando la persona alcanza una recuperación inmunológica adecuada tras el inicio del tratamiento antirretroviral y mantiene carga viral indetectable y valores de CD4+ superiores a 200 células/µl (durante 3 meses); también en pacientes con CD4+ entre 100-200 células/µl que presenten carga viral indetectable en los últimos 3-6 meses. Se debe reconsiderar su reinstauración cuando se produce un deterioro significativo de la función inmunológica [(2)].

Ante la sospecha clínica de toxoplasmosis cerebral, el diagnóstico se basa fundamentalmente en la realización de técnicas de neuroimagen, especialmente la tomografía computerizada (TC) o la resonancia magnética (RM). La detección de T. gondii mediante PCR en líquido cefalorraquídeo puede aportar información adicional en determinados casos. El tratamiento de elección es la combinación de pirimetamina y sulfadiazina, asociando corticoides cuando existe edema cerebral significativo [(2)].

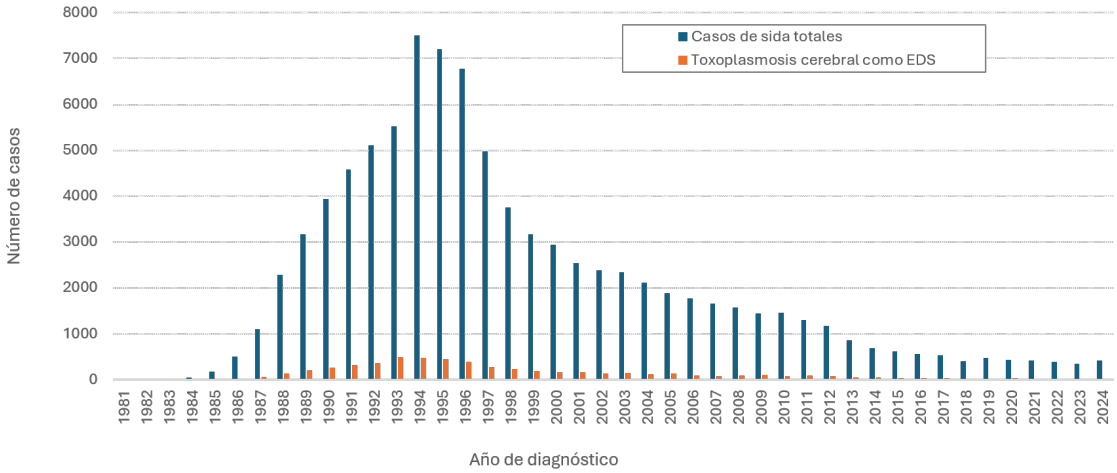
Los pacientes diagnosticados de toxoplasmosis deben iniciar tratamiento antirretroviral lo antes posible, habitualmente durante las dos primeras semanas tras el diagnóstico. Asimismo, tras completar el tratamiento de la infección aguda, se recomiendo la profilaxis secundaria para prevenir recaídas hasta conseguir una recuperación inmunológica sostenida [(2)].

Publicado bajo licencia CC 4.0 BY-NC-SA

EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TOXOPLASMOSIS EN ESPAÑA

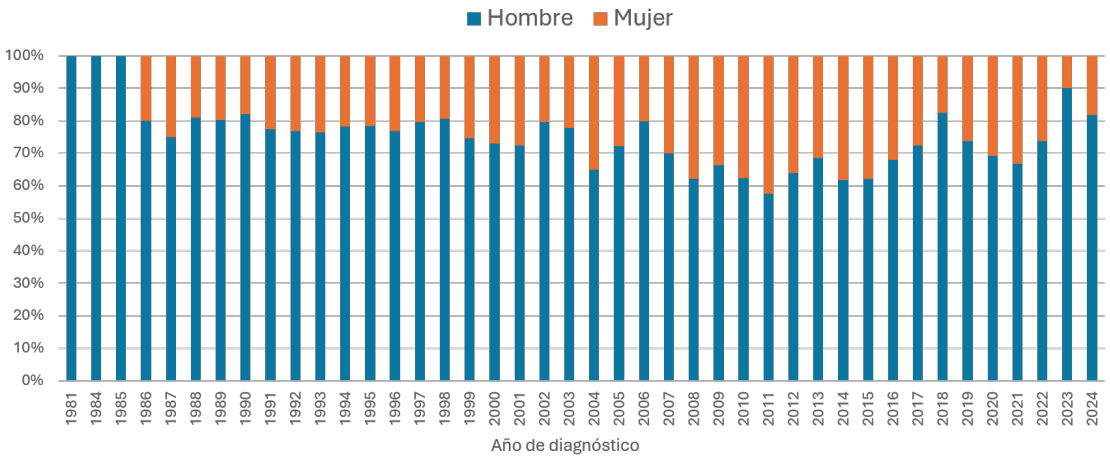
Desde la notificación del primer caso de sida en España en 1981, el Registro Nacional de Casos de Sida ha acumulado 90.594 casos hasta 2024. Durante este periodo, la toxoplasmosis cerebral ha representado el 6,2% de las EDS, con un total de 5.610 casos notificados. Su máxima contribución se observó en 1993, cuando alcanzó el 8,7% de los casos de sida (483 casos de toxoplasmosis entre 5.527 casos de sida). En contraste, en 2024 únicamente se notificaron 22 casos de toxoplasmosis cerebral entre 412 casos de sida, lo que representa un 5,3% (**Figura 1**) [4].

Figura 1. Casos de sida anuales totales y casos de sida con toxoplasmosis cerebral como enfermedad definitoria de sida, 1981-2024



La mayoría de los casos de toxoplasmosis cerebral se produjeron en hombres (75,8% del total de casos de sida entre 1981 y 2024) con un rango entre el 57,6% y el 100% (**Figura 2**). La edad mediana al diagnóstico de toxoplasmosis cerebral fue de 34 años (rango intercuartílico: 26-41 años) en este periodo.

Figura 2. Distribución por sexo de casos de toxoplasmosis cerebral como enfermedad definitoria de sida, 1981-2024



A pesar de este descenso, la toxoplasmosis cerebral continúa situándose entre las diez EDS más frecuentes en España. Entre 2014 y 2024, supuso el 6,5% del total de casos de sida en el periodo por detrás de la neumonía *por Pneumocystis jirovecii* (35,9%), la tuberculosis de cualquier localiza-

Publicado bajo licencia CC 4.0 BY-NC-SA

ción (16,9%), el sarcoma de Kaposi (15,0%), la candidiasis esofágica (12,9%), el síndrome caquéctico (10,6%) y la enfermedad por citomegalovirus (7,8%) [4].

En un metaanálisis realizado en 2024, la incidencia de toxoplasmosis cerebral en pacientes con VIH en España se situó en el 4,1% (IC 95%: 1,1%-14,2%) y la prevalencia en el 38,2% (IC 95%: 21,8%-57,8%) [7].

Un estudio realizado a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) muestra un descenso sostenido tanto de las hospitalizaciones como de la mortalidad hospitalaria asociadas a la toxoplasmosis en personas con VIH. Entre 1997 y 2015 la prevalencia de hospitalización por toxoplasmosis disminuyó desde el 4,2% hasta el 0,78%, mientras que la mortalidad hospitalaria se redujo desde el 13,5% hasta el 8,9%, con una mortalidad global del 11,5% durante todo el periodo analizado [8].

MIRANDO AL FUTURO

La notable reducción de la toxoplasmosis observada durante las últimas décadas constituye uno de los numerosos éxitos derivados de la terapia antirretroviral. La mejora del control virológico, la recuperación inmunológica de los pacientes y la aplicación sistemática de medidas preventivas han trasformado una complicación que fue frecuente en una entidad cada vez menos común.

Sin embargo, el descenso de su incidencia no debe conducir a una disminución de la vigilancia clínica. La toxoplasmosis cerebral continúa siendo una enfermedad grave, capaz de ocasionar secuelas neurológicas permanentes, discapacidad e incluso la muerte cuando el diagnóstico y el tratamiento no se instauran de forma precoz. Mantener el diagnóstico temprano de la infección por VIH, asegurar el acceso universal al tratamiento antirretroviral y garantizar una adecuada prevención de las infecciones oportunistas siguen siendo objetivos fundamentales para consolidar los logros alcanzados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barratt JL, Harkness J, Marriott D, Ellis JT, Stark D. Importance of nonenteric protozoan infections in immunocompromised people. Clin Microbiol Rev. 2010;23(4):795-836.

2. Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC (GESIDA). Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH. Actualización 2021 2021 [Available from: https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=17

3. Dian S, Ganiem AR, Ekawardhani S. Cerebral toxoplasmosis in HIV-infected patients: a review. Pathog Glob Health. 2023;117(1):14-23.

4. Unidad de Vigilancia de VIH ITS y hepatitis. Vigilancia epidemiologica del VIH y sida en España 2024: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología: Instituto de Salud Carlos III/División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad; 2025 [updated 04/11/2025. Available from: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-vih_sida_2024_nov-2025.

5. Safarpour H, Cevik M, Zarean M, Barac A, Hatam-Nahavandi K, Rahimi MT, et al. Global status of Toxoplasma gondii infection and associated risk factors in people living with HIV. AIDS. 2020;34(3):469-74.

6. Panel de experto del Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC (GESIDA) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre atención primaria y hospitalaria, Madrid. Febrero 2022 2022 [Available from: https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=16.

7. Miguel-Vicedo M, Cabello P, Ortega-Navas MC, Gonzalez-Barrio D, Fuentes I. Prevalence of Human Toxoplasmosis in Spain Throughout the Three Last Decades (1993-2023): A Systematic Review and Meta-analysis. J Epidemiol Glob Health. 2024;14(3):621-37.

8. Menchi-Elanzi M, Mayoral AM, Morales J, Pinargote-Celorio H, Gonzalez-Alcaide G, Ramos-Rincon JM. Toxoplasma gondii infection in hospitalized people living with HIV in Spain, 1997 to 2015. Parasitol Res. 2021;120(2):755-61.

Publicado bajo licencia CC 4.0 BY-NC-SA