

Toxoplasmosis en Odontología y la Relevancia de los Exámenes Complementarios. Caso Clínico

Toxoplasmosis in Dentistry and the Relevance of Complementary Examinations. Clinical Case

Recibido: 15/09/2025

Aceptado: 16/02/2026

Mora Abarca F¹ , Boza Oreamuno YV² 

1 Práctica privada, San José, Costa Rica.

2 Departamento de Ciencias Diagnósticas y Quirúrgicas, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

RESUMEN

La toxoplasmosis es una infección parasitaria causada por *Toxoplasma gondii*. Los felinos, incluidos los gatos domésticos, actúan como hospedadores definitivos del parásito. En humanos, la transmisión ocurre principalmente por la ingestión de alimentos contaminados o por el contacto directo con heces de gatos infectados. Puede presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, pero en individuos inmunocompetentes suele cursar de manera asintomática o con síntomas leves, como linfadenopatía cervical. Este reporte describe el caso de un paciente masculino de 27 años conocido sano, que consultó en el contexto odontológico por la presencia persistente de ganglios palpables en la región cervical por 3 meses, acompañados de fatiga y disminución de la resistencia física. Se solicitaron estudios complementarios, incluyendo ecografía de cuello, biopsia ganglionar y serología, los cuales confirmaron el diagnóstico de toxoplasmosis ganglionar. Se informó al paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, su forma de transmisión y las medidas preventivas. Fue derivado a medicina general para tratamiento sistémico, donde se indicó trimetoprima-sulfametoxazol por 21 días, con seguimiento clínico ambulatorio y resolución. Este caso pone en evidencia la importancia del rol del odontólogo en la identificación temprana de signos clínicos que pueden estar relacionados con patologías sistémicas, así como el valor de la integración de exámenes complementarios en el entorno odontológico para alcanzar un diagnóstico preciso. Se destaca la relevancia del enfoque interdisciplinario en la atención integral del paciente.

Palabras clave: Toxoplasmosis, *Toxoplasma gondii*, diagnóstico, serología, linfadenopatía.

ABSTRACT

Toxoplasmosis is a parasitic infection caused by *Toxoplasma gondii*. Felids, including domestic cats, serve as the definitive hosts of the parasite. In humans, transmission occurs mainly through the ingestion of contaminated food or direct contact with

the feces of infected cats. The infection can present a wide spectrum of clinical manifestations; however, in immunocompetent individuals, it often runs asymptotically or with mild symptoms, such as cervical lymphadenopathy. This report describes the case of a 27-year-old otherwise healthy male patient who consulted in a dental setting due to the persistent presence of palpable lymph nodes in the cervical region for three months, accompanied by fatigue and decreased physical endurance. Complementary studies were requested, including neck ultrasound, lymph node biopsy, and serology, which confirmed the diagnosis of lymphadenopathic toxoplasmosis. The patient was informed about the nature of the disease, its mode of transmission, and preventive measures. He was referred to general medicine for systemic treatment, where trimethoprim-sulfamethoxazole was prescribed for 21 days, with outpatient clinical follow-up resulting in resolution. This case highlights the importance of the dentist's role in the early identification of clinical signs that may be related to systemic diseases, as well as the value of integrating complementary diagnostic tests in the dental setting to achieve an accurate diagnosis. The relevance of an interdisciplinary approach in the comprehensive care of the patient is also emphasized.

Keywords: Toxoplasmosis, *Toxoplasma gondii*, diagnosis, serology, lymphadenopathy.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una infección causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, uno de los protozoos del filo *Apicomplexa* (Atif et al., 2024). El término "toxoplasmosis" proviene de la palabra griega *toxón*, que significa "arco", en referencia a la forma de medialuna del trofozoito, cuya longitud es aproximadamente la mitad del tamaño de un glóbulo rojo (Hammadi et al., 2023).

Los felinos son los hospedadores, incluidos los gatos domésticos (Wong-Chung y Castro-Jalca, 2023). En humanos la transmisión se da por la ingestión de alimentos contaminados, el contacto con heces de gatos infectados, mediante transmisión vertical o a través de un trasplante de órgano infectado (Espinoza Rojas et al., 2022). La exposición al parásito en seres humanos es común, con tasas estimadas de seropositividad entre el 30 % y el 35 % en la población general (Tong et al., 2021). Las tasas más elevadas se han reportado en regiones de Europa Occidental, América del Sur y varios países del continente africano (Espinoza Rojas et al., 2022).

Las manifestaciones clínicas de la toxoplasmosis varían según el estado inmunológico del huésped. Las formas graves suelen presentarse en casos de toxoplasmosis congénita y en personas inmunocomprometidas (Wang et al., 2017), donde la infección puede ser potencialmente mortal debido a la reactivación de formas latentes de *Toxoplasma gondii* (Jafarpour Azami et al., 2021). En la mayoría de los individuos

inmunocompetentes la infección aguda es asintomática o cursa con síntomas leves; las manifestaciones clínicas severas son poco frecuentes (Mundada et al., 2023; Pantoja-Ruiz et al., 2021).

Entre los signos clínicos posibles se incluyen cefalea, adenopatía, mialgias, odinofagia, eritema máculopapular, hepatomegalia y esplenomegalia; sin embargo, muchos casos pasan desapercibidos por su curso subclínico (Wang et al., 2017). Dada esta variabilidad clínica, especialmente en casos con linfadenopatía persistente e indolora, la toxoplasmosis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial. Para su detección, existen diversas técnicas diagnósticas, entre ellas pruebas serológicas, moleculares e histopatológicas (Hammadi et al., 2023).

El tratamiento farmacológico para toxoplasmosis actúa principalmente sobre la forma activa del parásito, por lo que no logran erradicar completamente la infección, ya que *Toxoplasma gondii* puede persistir en forma de quistes tisulares (Jafarpour Azami et al., 2021).

El objetivo de este trabajo es presentar la importancia del uso de exámenes complementarios en el diagnóstico y manejo de un caso de toxoplasmosis en el contexto odontológico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 27 años, residente del Área Metropolitana de San José de Costa Rica, soltero, de profesión administrador de empresas, consultó con la intención de "realizarse una limpieza". Durante la anamnesis, refirió presentar un ganglio palpable en la región inguinal derecha, el cual había desaparecido, aunque no recuerda la fecha exacta. Manifestó la presencia de nódulos cervicales indoloros que le preocupaban debido a que persistían desde hacía tres meses. El paciente negó antecedentes sistémicos, consumo de tabaco o alcohol, pero refirió haber tenido relaciones sexuales que incluyeron sexo oral. Aunque ha sido generalmente saludable, había sufrido dengue hacía 3 meses, seguido de una infección de garganta un mes después, por lo cual recibió tratamiento médico con Zemicef® (Cefixima) y Metisop® (Metisoprinol). Manifestó practicar ciclismo a nivel profesional, entrenando diariamente, y haber experimentado pérdida de peso no intencionada. Informó episodios de "picazón" y aparición de «vejiguitas» tras los entrenamientos, lo que asociaba al sudor, y que la dermatóloga le había diagnosticado «alergia al sudor», recomendándole ducharse inmediatamente, al finalizar el entrenamiento. También refirió cansancio, atribuyéndolo al ciclismo, y una disminución de su resistencia muscular, sintiéndose más fatigado. Entrenaba de martes a domingo, combinando el ciclismo con sesiones de gimnasio. Negó la presencia de sudoración nocturna.

Al realizar el examen clínico no se evidenciaron alteraciones de contorno facial, ni en las uñas, ni en piel expuesta. En cuello, en el nivel IIA izquierdo, se palpó un nódulo de 2 cm, ovalado, indurado, móvil y no



FIGURA 1. Ganglio inflamado visible clínicamente en nivel IIA izquierdo de cuello.

doloroso (Figura 1). A nivel intraoral no se evidenciaron caries ni alteraciones en la mucosa bucal.

Bajo el diagnóstico de adenopatía de origen indeterminado, se procedió a solicitar exámenes de laboratorio: hemograma completo, proteína C reactiva, VDRL (por sus siglas en inglés, Venereal Disease Research Laboratory), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), anticuerpos Anti-Citomegalovirus IgG e IgM, Anti-Toxoplasma IgG e IgM y Epstein-Bar Virus IgG e IgM. Además, ultrasonido (US) de cuello con biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF).

La ecografía cervical o US evidenció tres imágenes ganglionares de morfología ovoidea, bordes bien definidos, con hilio ecogénico conservado y leve engrosamiento cortical. Se identificaron en nivel II izquierdo (19×7×22 mm), correspondiente al sitio clínicamente palpable; en nivel III izquierdo (15×6×15 mm); y en nivel II derecho (22×8×11 mm). Todas presentaron características ecográficas compatibles con adenopatías de aspecto reactivo inflamatorio. Se realizó BAAF guiada por ecografía de la adenopatía del nivel II izquierdo, cuyo estudio citológico resultó negativo para células malignas y compatible con adenopatía reactiva. Los estudios de laboratorio se encontraron dentro de los límites normales, excepto por serología positiva para virus de Epstein-Barr (EBV) IgG (S/CO = 74,99) y anticuerpos anti-Toxoplasma gondii: IgM 1,68 (índice) e IgG 1107 UI/mL.

Con base en los hallazgos clínicos, ecográficos, citológicos y serológicos, se estableció el diagnóstico definitivo de toxoplasmosis.

Se informó al paciente sobre la naturaleza de la toxoplasmosis y sus principales vías de transmisión. Refirió tener un gato en casa, por lo que se le recomendó evitar el contacto directo con las heces felinas y extremar las medidas de higiene. Asimismo, se le indicó evitar el consumo de alimentos crudos o mal cocidos, fuentes comunes de infección por *Toxoplasma gondii*. Se le sugirió mantener una adecuada hidratación y una dieta equilibrada para favorecer la respuesta inmunológica. Se lo derivó a evaluación médica, donde se le indicó tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (160/800 mg cada 12 horas por 21 días), con seguimiento clínico ambulatorio.

Se le realizó un control a las dos semanas, el paciente refirió sentirse bien, continuando con los cuidados y la medicación indicados. El tamaño de los nódulos linfáticos había disminuido significativamente y no habían aparecido síntomas nuevos. Refirió sentirse menos cansado y con más energía. Al mes se repitieron el hemograma y las pruebas serológicas, los hallazgos del hemograma fueron normales y los anticuerpos IgM fueron no detectables, mientras que los IgG permanecieron positivos. Se realizó US de seguimiento a los 3 meses, se observó una reducción en el tamaño de los nódulos linfáticos y normalización de la ecogenicidad, lo que indicaría una respuesta favorable al tratamiento.

El paciente dio por escrito su consentimiento libre e informado para la publicación de su caso.

DISCUSIÓN

La toxoplasmosis es una de las enfermedades zoonóticas con mayor impacto a nivel mundial (Atif et al., 2024; Wong-Chung y Castro-Jalca, 2023). Se ha señalado que la prevalencia de esta infección aumenta con la edad, sin grandes diferencias entre hombres y mujeres (Saadatnia y Golkar, 2012). No obstante, en mujeres en edad fértil la infección adquiere especial relevancia debido al riesgo de transmisión congénita (Alvarado-Esquivel et al., 2018). Aunque la exposición puede ocurrir a cualquier edad, se ha observado una mayor seropositividad en adultos jóvenes y de mediana edad, lo que sugiere una acumulación progresiva del riesgo de infección a lo largo del tiempo (Wilking et al., 2016). Estos hallazgos coinciden con el perfil del paciente reportado.

La prevalencia varía considerablemente según factores como los hábitos dietéticos y conductuales (Tong et al., 2021). La seroprevalencia de esta infección muestra una amplia variabilidad en Latinoamérica, oscilando entre el 7 % en Perú y el 38.81 % en Guyana (Zavala-Hoppe et al., 2025), en Colombia y Costa Rica los valores estimados se sitúan entre el 43- 67 %, y el 49- 61 %, respectivamente (Felín et al., 2022). Estas diferencias pueden atribuirse a factores espaciales y temporales, además de ser más prevalente en climas cálidos y húmedos (Niehaus et al.,

2020; Saadatnia y Golkar, 2012). Las principales vías de transmisión incluyen el consumo de carne cruda o poco cocida, el acceso a agua no potable y la manipulación de excrementos de gatos (Zavala-Hoppe et al., 2025). En el caso presentado, el paciente refirió convivir con un gato doméstico, lo cual representa una posible fuente de exposición al parásito *Toxoplasma gondii*, especialmente si no se adoptan medidas higiénicas adecuadas durante la limpieza del arenero o la manipulación del animal.

Los gatos desempeñan un papel fundamental en la diseminación ambiental del parásito, ya que son los únicos hospedadores definitivos capaces de excretar ooquistes al ambiente, contribuyendo así a la contaminación de hábitats y ecosistemas (İnci et al., 2023). El ciclo comienza con la ingestión de ooquistes (en el medio ambiente o heces de gato) o quistes tisulares (en carne cruda) por parte del huésped (Aguirre et al., 2019). Por ello, es fundamental el lavado de manos tras la manipulación de excremento de gatos, recomendación que fue debidamente enfatizada al paciente del caso reportado. Considerando además la estrecha convivencia entre gatos y humanos, esta práctica adquiere aún mayor relevancia, ya que dicha interacción puede representar un riesgo significativo de exposición al parásito.

El reporte presentado encuentra similitudes con estudios realizados en América Latina, donde la linfadenopatía cervical asociada a toxoplasmosis muestra una frecuencia considerable en pacientes inmunocompetentes. Por ejemplo, una serie de 100 casos en Colombia reveló que el 83 % de los pacientes con toxoplasmosis relacionada con linfadenopatía tenían ganglios cervicales. Además, aunque muchos presentaron fiebre (37 %), un porcentaje significativo no, lo que coincide con el caso descrito en este reporte (Salazar Bermúdez et al., 2022). Esto respalda la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante adenopatías cervicales persistentes aun en ausencia de síntomas sistémicos marcados.

Los gatos domésticos infectados suelen ser asintomáticos y no presentan signos clínicos evidentes (Aguirre et al., 2019). En personas inmunocompetentes, la toxoplasmosis suele cursar de forma asintomática o con síntomas leves y autolimitados, como fatiga, fiebre baja o linfadenopatía (Hammadi et al., 2023), siendo esta última, en especial la adenopatía cervical no dolorosa, una de las manifestaciones más comunes (Mundada et al., 2023). Sin embargo, en personas inmunosuprimidas o en fetos puede provocar manifestaciones clínicas mucho más graves (Sanchez y Besteiro, 2021). En el caso presentado, el paciente era inmunocompetente y mostró adenopatía cervical unilateral persistente y fatiga, sin síntomas sistémicos adicionales. Esta presentación oligosintomática, frecuente según la literatura, puede dificultar el diagnóstico si no se apoya con estudios complementarios adecuados, ya que podría confundirse con otras infecciones o incluso con lesiones de origen maligno.

El diagnóstico de la toxoplasmosis se basa principalmente en pruebas serológicas que detectan anticuerpos IgG e IgM específicos contra *Toxoplasma gondii* (Hammadi et al., 2023). La presencia de IgM sugiere una infección reciente, mientras que los títulos elevados de IgG indican exposición previa (Alvarado-Esquivel et al., 2018). En casos atípicos o en pacientes inmunocomprometidos, pueden requerirse pruebas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para confirmar la infección y en casos de toxoplasmosis congénita, pruebas en líquido amniótico (Ollos Méndez et al., 2021). Un diagnóstico preciso es esencial debido a la inespecificidad de los síntomas y a la posibilidad de confusión con otras patologías. En nuestro caso el US y la BAAF del ganglio linfático comprometido permitieron descartar malignidad y confirmar una adenopatía de origen reactivo, que, sumado a las pruebas serológicas, se estableció el diagnóstico definitivo de toxoplasmosis.

El tratamiento de la toxoplasmosis depende del estado inmunológico del paciente y la gravedad de la infección. En personas inmunocompetentes, generalmente no se requiere tratamiento, ya que la enfermedad suele ser autolimitada (Sanchez y Besteiro, 2021). Sin embargo, en casos sintomáticos o en pacientes inmunosuprimidos, se emplea una combinación de pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico (Pantoja-Ruiz et al., 2021). En mujeres embarazadas, se prefiere la espiramicina durante el primer trimestre para reducir el riesgo de transmisión fetal (Ollos Méndez et al., 2021). Se ha reportado que el tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol se puede utilizar de forma segura para la profilaxis de toxoplasmosis recurrente y puede proporcionar beneficios a largo plazo (Fernandes Felix et al., 2020). En el caso presentado, este esquema terapéutico resultó eficaz, logrando la resolución clínica. De forma similar, un estudio clínico realizado en Sri Lanka describió el caso de un paciente inmunocompetente de 22 años con adenopatía cervical posterior persistente, sin fiebre ni síntomas sistémicos, con serología positiva e histología compatible con toxoplasmosis; que, tras un enfoque inicial conservador, el paciente respondió favorablemente al tratamiento con cotrimoxazol (Nasim et al., 2023).

En cuanto al rol del odontólogo, aunque no se encontraron reportes específicos que documenten al odontólogo como responsable principal de la solicitud de ecografía, biopsia y serología para toxoplasmosis ganglionar (como en nuestro caso), se ha reportado que los clínicos de primer nivel pueden identificar linfadenopatía cervical y otros signos tempranos, facilitando la derivación para diagnóstico y tratamiento oportuno (Salazar Bermúdez et al., 2022). Sin duda, este reporte de caso enfatiza la importancia del trabajo interdisciplinario y la valoración médica oportuna ante signos clínicos persistentes, aún en pacientes inmunocompetentes, contribuyendo así a una atención más segura y precisa en el ámbito odontológico.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de considerar la toxoplasmosis como diagnóstico diferencial ante hallazgos clínicos inespecíficos en la región cervical durante la atención odontológica. La solicitud oportuna de exámenes complementarios, en especial estudios serológicos, permitió establecer un diagnóstico preciso, evitando complicaciones, procedimientos innecesarios o tratamientos inadecuados.

Asimismo, se resalta el rol fundamental del odontólogo en la identificación temprana de signos clínicos que pueden estar relacionados con enfermedades sistémicas, lo que contribuye de manera significativa al diagnóstico oportuno y al abordaje integral del paciente.

REFERENCIAS

- Aguirre, A. A., Longcore, T., Barbieri, M., Dabritz, H., Hill, D., Klein, P. N., Lepczyk, C., Lilly, E. L., McLeod, R., Milcarsky, J., Murphy, C. E., Su, C., VanWormer, E., Yolken, R., y Sizemore, G. C. (2019). The one health approach to toxoplasmosis: epidemiology, control, and prevention strategies. *EcoHealth*, 16(2), 378–390. <https://doi.org/10.1007/s10393-019-01405-7>
- Alvarado-Esquivel, C., Corella-Madueno, M. A. G., Hernandez-Tinoco, J., Rascon-Careaga, A., Sanchez-Anguiano, L. F., Martinez-Robinson, K. G., Aldana-Madrid, M. L., Quizan-Plata, T., Canez-Carrasco, M. G., y Perez-Martinez, C. J. (2018). Seroepidemiology of *Toxoplasma gondii* infection in women of reproductive age: a cross-sectional study in a Northwestern Mexican city. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(3), 210–216. <https://doi.org/10.14740/jocmr3284w>
- Atif, I., Touloun, O., y Boussaa, S. (2024). *Toxoplasma Gondii* in humans, animals and in the environment in Morocco: a literature review. *Gut Pathogens*, 16(1), 2–10. <https://doi.org/10.1186/s13099-024-00645-5>
- Espinoza Rojas, J., López Mora, E., Dabanch Peña, J., y Cruz Choappa, R. (2022). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Toxoplasma gondii*. *Revista Chilena de Infectología*, 39(2), 132–137. <https://revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1318>
- Felín, M. S., Wang, K., Raggi, C., Moreira, A., Pandey, A., Grose, A., Caballero, Z., Rengifo-Herrera, C., Ramirez, M., Moossazadeh, D., Castro, C., Montalvo, J. L. S., Leahy, K., Zhou, Y., Clouser, F. A., Siddiqui, M., Leong, N., Goodall, P., Michalowski, M., ... McLeod, R. (2022). Building programs to eradicate toxoplasmosis part iii: epidemiology and risk factors. *Current Pediatrics Reports*, 10(3), 109–124. <https://doi.org/10.1007/s40124-022-00265-0>
- Fernandes Felix, J. P., Cavalcanti Lira, R. P., Grubenmacher, A. T., Assis Filho, H. L. G. de, Cosimo, A. B., Nascimento, M. A., y Leite Arieta, C. E. (2020). Long-term results of Trimethoprim-Sulfamethoxazole versus placebo to reduce the risk of recurrent *Toxoplasma gondii* retinochoroiditis. *American Journal of Ophthalmology*, 213, 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2019.12.025>
- Hammadi, S. A., Al-Anbari, A. J. K., y Al-Alosi, B. M. (2023). Toxoplasma lymphadenopathy: a comparative diagnostic assessment of clinical, serological and histopathological findings. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 35(3), 157–163. <https://doi.org/10.22038/IJORL.2023.64479.3205>
- İnci, A., Sohel, M. H., Babür, C., Uslu, S., Karademir, G. K., Yürük, M., DüzlÜ, Ö., Kızgın, A. D., y Yıldırım, A. (2023). An overview of one health concept focusing on toxoplasmosis. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 47(4), 256–274. <https://doi.org/10.4274/tpd.galenos.2023.38039>
- Jafarpour Azami, S., Mohammad Rahimi, H., Mirjalali, H., y Zali, M. R. (2021). Unravelling *Toxoplasma* treatment: conventional drugs toward nanomedicine. *World Journal of Microbiology and Biotechnology*, 37(3), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11274-021-03000-x>
- Mundada, M. C., Ahmed, F., Kumar, S., Kodandapani, S., y Rao, L. M. C. (2023). Toxoplasmosis lymphadenopathy-A series of 8 cases diagnosed in a 2-year timeframe: is it a needle in a haystack? *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 75(3), 2729–2734. <https://doi.org/10.1007/s12070-023-03832-z>
- Nasim, F., Zawahir, F., Bowattage, S., Kularathna, K., y Sumanasekara, S. (2023). Toxoplasma causing persistent massive cervical lymphadenopathy in a healthy young male. *Anuradhapura Medical Journal*, 17(1), 82–87. <https://doi.org/10.4038/amj.v17i1.7746>
- Niehaus, C., Spínola, M., Su, C., Rojas, N., Rico-Chávez, O., Ibarra-Cerdeña, C. N., Foley, J., Suzán, G., Gutiérrez-Espeleta, G. A., y Chaves, A. (2020). Environmental factors associated with *Toxoplasma gondii* exposure in neotropical primates of Costa Rica. *Frontiers in Veterinary Science*, 7, 583032. <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.583032>
- Ollos Méndez, J., Ruiz Plúas, G., Roca Castillo, H., y Olvera Morán, Y. (2021). Abordaje de diagnóstico y terapéutico de la toxoplasmosis congénita. *Journal of American Health*, E, 48–59. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/74>

Pantoja-Ruiz, C., Martínez, A., Ferreiros, A., Millán, S., y Coral, J. (2021). Toxoplasmosis en sistema nervioso central: revisión sobre la patología, abordaje diagnóstico y tratamiento. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(1 Supl 1), 141–147. <https://doi.org/10.22379/24224022346>

Saadatnia, G., y Golkar, M. (2012). A review on human toxoplasmosis. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 44(11), 805–814. <https://doi.org/10.3109/00365548.2012.693197>

Salazar Bermúdez, D. S., Bocanegra Valencia, M. F., Nati Castillo, H. A., y Gómez Marín, J. E. (2022). Toxoplasmosis-associated lymphadenopathy: description of a series of cases in a reference center. *International Journal of Medical Students*, 10(1), S197. <https://doi.org/10.5195/ijms.2022.1847>

Sanchez, S. G., y Besteiro, S. (2021). The pathogenicity and virulence of *Toxoplasma gondii*. *Virulence*, 12(1), 3095–3114. <https://doi.org/10.1080/21505594.2021.2012346>

Tong, W. H., Pavey, C., O’Handley, R., y Vyas, A. (2021). Behavioral biology of *Toxoplasma gondii* infection. *Parasites and Vectors*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13071-020-04528-x>

Wang, Z.-D., Liu, H.-H., Ma, Z.-X., Ma, H.-Y., Li, Z.-Y., Yang, Z.-B., Zhu, X.-Q., Xu, B., Wei, F., y Liu, Q. (2017). *Toxoplasma gondii* infection in immunocompromised patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Microbiology*, 8(1), 3–24. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2017.00389>

Wilking, H., Thamm, M., Stark, K., Aebischer, T., y Seeber, F. (2016). Prevalence, incidence estimations, and risk factors of *Toxoplasma gondii* infection in Germany: a representative, cross-sectional, serological study. *Scientific Reports*, 6(22551), 1–9. <https://doi.org/10.1038/srep22551>

Wong-Chung, Y. Y., y Castro-Jalca, J. (2023). Toxoplasmosis congénita: epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico de laboratorio. *MQRInvestigar*, 7(2), 1350–1372. <https://doi.org/10.56048/mqr20225.7.2.2023.1350-1372>

Zavala-Hoppe, A. N., Piguave-Cacao, R. R., y Ponce-Macias, N. N. (2025). Epidemiología y factores de riesgo de la toxoplasmosis en los países de Latinoamérica. *MQRInvestigar*, 9(1), e234. <https://doi.org/10.56048/mqr20225.9.1.2025.e234>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Dirección para correspondencia

Dra. Yadira V. Boza Oreamuno
San Pedro de Montes de Oca
San José. Costa Rica
Apartado Postal:11501-2060
yadira.boza@ucr.ac.cr

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0

