
CASO CLINICO

Toxoplasmosis congénita, reporte de casos

Congenital toxoplasmosis, a case report

Drs.: Cynthia Thellaeche Cortez, Midiala Cervantes Mederos***, Dayna Miahuchi**

Resumen

La toxoplasmosis congénita es una infección que ocurre cuando la mujer es primoinfectada durante la gestación. La infección aguda en embarazadas no se evidencia en alrededor del 90% de los casos. Se presenta 3 casos de neonatos nacidos en el Hospital Roberto Galindo Terán de Cobija, ninguno de ellos contaba con diagnóstico preparto; además en los 3 casos se observan múltiples hallazgos clínicos como son: fontanelas anterior y posterior abiertas, así como suturas abiertas, hepatoesplenomegalia de ± 3 cm, síndrome purpúrico, microftalmia; se sospecha una infección congénita del grupo TORCH, por lo que se realizan estudios serológicos IgG e IgM para toxoplasmosis y estudios ultrasonográficos, diagnosticándose toxoplasmosis congénita en los 3 casos. La mortalidad se presentó en 2 casos y 1 recién nacido permaneció vivo.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2014; 53 (1): 12-6: toxoplasmosis, congénita.

Introducción

La toxoplasmosis es una enfermedad parasitaria producida por el protozoo intracelular obligado *Toxoplasma gondii*. Usualmente la principal vía de transmisión de esta parasitosis es la oral, por ingestión de carnes crudas o semicocidas portadoras de quistes o por la ingestión de oocistos en el agua o en los alimentos contaminados con las heces de gatos. Son menos frecuentes las vías de transmisión paren-

Abstract:

Congenital toxoplasmosis is an infection that occurs when a woman is infected during pregnancy. Acute infection in pregnant women is not apparent in about 90% of cases. We report 3 cases of infants born at the Hospital Roberto Galindo Terán de Cobija, none of them had a pre-natal diagnosis, they presented multiple clinical findings: anterior and posterior fontanelles and sutures open, hepatosplenomegaly of 3 cm purpuric syndrome, microphthalmia, congenital infection of TORCH group was suspect, results of IgG and IgM serology for toxoplasmosis and ultrasonographic confirming the diagnosis of congenital toxoplasmosis in all cases. Mortality was present in 2 cases and one remained alive.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2014; 53 (1): 12-6: toxoplasmosis, congenital.

teral, respiratorias, mucosa (conjuntival) y cutánea. La transmisión por vía transplacentaria ocurre en las mujeres embarazadas cuando son afectadas por una infección primaria, aunque se han descrito casos raros de infección congénita en infecciones maternas anteriores al embarazo¹.

El recién nacido con esta infección presenta un gran número de signos y secuelas. Este agente es capaz de atravesar la barrera placentaria y alojarse en los

* Médico Pediatra. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Roberto Galindo Terán. Cobija-Bolivia

** Médico Neonatólogo. Brigada Cubana en Bolivia

*** Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario Roberto Galindo Terán. Cobija-Bolivia

Correspondencia: Dra. Cynthia Thellaeche, correo electrónico: midialacvto@yahoo.com

Conflicto de intereses: el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

tejidos embrionarios o fetales causando daños de variada magnitud. Algunos investigadores recomiendan el aborto cuando la infección se presenta antes de las 16 semanas de embarazo. Después de este tiempo, sólo el tratamiento adecuado y el seguimiento ecográfico en busca de alteraciones que sugieran daño fetal serán las guías para determinar la conducta a seguir^{2,4}. Varios estudios indican que aproximadamente entre 39 y 50% de las mujeres infectadas por primera vez durante el embarazo y no tratadas, tienen probabilidad de pasarle la infección al feto. El riesgo y la severidad de la infección del feto dependerán en parte del momento en que se infectó la madre. La mayor severidad se da en los primeros meses del embarazo, teniendo en cuenta que las primeras semanas se consideran las principales etapas del desarrollo intrauterino. El período de tiempo entre la infección de la placenta y la transmisión al feto es variable, entre 4 y 16 semanas, por lo que se debe considerar a la placenta infectada como una fuente potencial de infección al feto durante todo el embarazo⁵.

Cuando la madre se infecta por primera vez en el último trimestre del embarazo, existe el riesgo de transmisión en el 65% de los fetos. Esta cifra baja a 25% y 15% cuando la infección fue adquirida en el segundo y primer trimestre respectivamente. La infección en la madre es generalmente benigna o transcurre asintomática. Si la infección fue adquirida antes de la gestación (seis meses o más antes de la concepción), el niño no desarrolla infección congénita².

Al nacer, aproximadamente el 75% de los recién nacidos infectados son asintomáticos y sólo en un 8% se presenta un severo compromiso del sistema nervioso central u ocular. Los síntomas que aparecen en el recién nacido dependen del momento de la infección del feto y aparecen entre las 3 semanas y los 3 meses de vida del niño e incluso pueden manifestarse años después del nacimiento³. Si la infección ocurre al final del embarazo, se produce una forma aguda generalizada, donde la mitad de los re-

cién nacidos son prematuros y de bajo peso, con un cuadro clínico de tipo séptico caracterizado por fiebre, hepato-esplenomegalia, ictericia y en algunos casos miocarditis o neumonía intersticial. Alrededor del 80% de ellos tienen líquido cefalorraquídeo normal. No se presenta exantema y rara vez existe compromiso neurológico y ocular. La mortalidad de estos niños en países desarrollados es elevada y llega al 12% si no se aplica tratamiento⁶. En la toxoplasmosis subclínica la secuela más importante es la retinocoroiditis, encontrándose un 75% de los casos con lesiones oculares a los 11 años después del nacimiento. En la radiografía se observan calcificaciones cerebrales de los plexos coroideos. En los casos graves es común encontrar al recién nacido con hidrocefalia y los signos y síntomas de encefalitis aguda, retinocoroiditis y anomalías en el LCR. Las manifestaciones viscerales pueden existir pero no son predominantes. Más tarde se encuentran las manifestaciones intracraneales y se observa retardo psicomotor⁵.

Hallazgos de laboratorio pueden sugerir infección fetal, como por ejemplo: aumento de IgM total, eosinofilia, plaquetopenia. La ultrasonografía puede revelar anomalías como la dilatación de ventrículos cerebrales, el engrosamiento de la placenta y hepatomegalia. La presencia de hidrocefalia y calcificaciones cerebrales es característica pero no es patognomónica de toxoplasmosis congénita. En relación con el diagnóstico serológico, la presencia de anticuerpos IgM en el neonato, puede ser de gran valor pues significa producción por él mismo. Por eso, si no es detectado al inicio, se debe repetir la prueba un mes después del nacimiento, porque la producción de IgM puede ser tardía. La presencia de IgG en el neonato, de hasta 10 días de nacido, debe ser evaluada con cuidado por la IgG materna de transmisión pasiva. Por otro lado, la clínica sugestiva en el neonato, asociada con un cuadro serológico materno, es indicativa de infección reciente y tiene valor predictivo de infección congénita⁶.

Casos clínicos

Caso # 1

Recién nacido de sexo masculino, nace por cesárea por sufrimiento fetal agudo, liquido amniótico con meconio espeso, presentación podálica, peso 2,280 kg, talla 42 cm, PC 33 cm, APGAR 6-9, con una edad gestacional de 37 semanas por Capurro. Antecedentes maternos: madre de 15 años, primigesta, sin ningún control prenatal, embarazo que no fue controlado.

Al nacimiento con distres respiratorio marcado con escala de Silverman-Anderson 5/10, se observan Petequias diseminadas por todo el cuerpo, edema generalizado, hígado palpable a 5 cm bajo el reborde costal derecho y bazo a 6 cm bajo el reborde costal izquierdo. Durante su internación recibe ventilación no invasiva con CPAP nasal por 10 días, tratamiento antibiótico con cefotaxima y amikacina, se realiza transfusión de plasma fresco congelado en 3 oportunidades y concentrado de plaquetas en 2 oportunidades por recuento de plaquetas de 60,000. Se realiza serología ELISA IgG e IgM positivo para toxoplasmosis: IgG 4,0 (VR hasta 32 UI/ml) IgM 2,1 (VR hasta 1,0 UI/ml), con este resultado se inicia tratamiento para toxoplasmosis con sulfadiazina. Paciente con evolución desfavorable y fallece al 10 día de vida.

Caso # 2

Recién nacido de sexo masculino, nace en julio 2012 por parto vaginal, peso 2,330 kg, talla 44 cm, PC 28 cm, APGAR 6-8 y con 36 semanas de gestación por Capurro. Antecedentes maternos: madre de 19 años, primigesta, realiza 7 controles prenatales, curso con infección del tracto urinario durante el segundo trimestre. A las 28 semanas de gestación la madre presenta amaurosis del ojo izquierdo de aparición brusca, es transferida a la ciudad de La Paz donde realizan estudios de laboratorio y se diagnostica toxoplasmosis ocular, iniciándose tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico que continuaba recibiendo hasta el momento del parto.

Neonato que nace con edema generalizado, microcefalia, dificultad respiratoria con Silverman de 3/10 a los pocos minutos de vida, abdomen distendido con hígado a 4 cm por debajo del reborde costal derecho y bazo a 6 cm del reborde costal izquierdo. A su ingreso en neonatología se inicia tratamiento antibiótico con cefotaxima y amikacina. Los laboratorios al nacimiento con plaquetopenia 120,000 y leucopenia 2,500; presenta al tercer día de vida convulsiones tónicas focalizadas, se inician anticonvulsivantes persistiendo las convulsiones. Serología ELISA para toxoplasmosis: IgG 390 UI/ml (VR hasta 32UI/ml) IgM 4,3 UI/ml (VR hasta 1,0UI/ml), se decide inicio de tratamiento con sulfadiazina y pirimetamina. Al cuarto día de vida presenta cuadro compatible con una coagulación intravascular diseminada y fallece.

Caso # 3

Recién nacido de sexo femenino, nace por parto vaginal, peso 2,950 kg, talla 49 cm, PC 32 cm, APGAR 8-8 y con 38 semanas de gestación por Capurro. Antecedentes maternos: madre de 26 años, trigesta, realiza 2 controles prenatales, curso con infección de trato urinario el segundo trimestre. A las 20 semanas de gestación se realiza de rutina laboratorio: Elisa para toxoplasmosis positivos: IgM 0,9 UI/ml (VR hasta 1,0) y la IgG 49 UI/ml (VR hasta 32 UI/ml).

Neonato con abdomen distendido con hígado a 3 cm por debajo del reborde costal derecho y punta de bazo palpable, el resto del examen físico dentro de lo normal. Permanece en alojamiento conjunto. Serología ELISA para toxoplasmosis positivo: IgG 63 UI/ml (VR hasta 32 UI/m) IgM 2,28 (VR hasta 1,00), se decide inicio de tratamiento con sulfadiazina y al no encontrar pirimetamina se inicia como alternativa de tratamiento azitromicina. La recién nacida es dada de alta junto a la madre y se controla por consulta externa donde se realiza ecografía cerebral a los 15 días de vida donde se observa imágenes hiperecogénicas de pequeño tamaño a nivel de halo periventricular que no hacen sombra acústica.

Actualmente continúa en controles por consulta externa por las secuelas neurológicas que presenta.

Discusión

Al realizar el presente resumen de los 3 casos que se observaron en nuestro Hospital, pudimos comprender que la educación orientada a las mujeres en edad fértil y durante el embarazo, es una conducta que evitaría la adquisición de la infección y que nuestras tasas de infección presentarían un descenso gracias a la información sobre la higiene de los alimentos, pues casi todas las infecciones se deben a la costumbre de ingerir carne insuficientemente cocida.

La toxoplasmosis adquirida durante el embarazo es responsable de más defectos congénitos que el herpes, la rubeola y la sífilis juntos y es más común e insidiosa de lo que hasta ahora han creído médicos e investigadores. Es por ello la enorme importancia que los especialistas que trabajan en la atención primaria de salud, especialmente aquellos que intervienen en la atención a la mujer embarazada, conozcan los aspectos fundamentales relacionados con las formas de transmisión y prevención de la infección, manifestaciones clínicas, respuesta inmune, interpretación de las pruebas diagnósticas y conducta médica.

En la actualidad, Cobija no cuenta con un programa de pesquisa de casos durante el embarazo; debido a que no contamos con pruebas serológicas gratuitas por el servicio de atención universal materno-infantil (SUMI) a todas la mujeres embarazadas que acuden a nuestros centros de salud o al mismo Hospital, teniendo estas pruebas un costo elevado en laboratorios privados.

Otros inconvenientes son el seguimiento y terapia de las madres con la infección reciente que exigen la existencia de un equipo multidisciplinario con técnicas actuales disponibles para demostrar la infección fetal, como la PCR. Inclusive, si se dispone de estas técnicas, es necesario el seguimiento cuidadoso y a largo plazo de los recién nacidos.

Existen tres fármacos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la toxoplasmosis congénita: pirimetamina, espiramicina y sulfadiazina. En el recién nacido con toxoplasmosis congénita se recomienda pirimetamina 1 mg/kg/día durante 3 días, seguido de 1 mg/kg cada 2 días + sulfadiazina 100 mg/kg/día en dos dosis + ácido fólico 5 mg. oral, dos veces por semana. La duración del tratamiento debe decidirse en cada caso por los especialistas; generalmente es de 6 meses a 1 año. Este régimen se puede administrar por 21 días, alternado con 4 semanas de espiramicina 100 mg/kg/día en tres dosis. Se recomienda el uso de corticoides sólo en casos de coriorretinitis progresiva que afecte la mácula (prednisona 1.5 mg/kg/día)⁴⁻⁶. En nuestro caso; pirimetamina y sulfadiazina no están disponibles en las farmacias de centros de salud ni del hospital y es difícil su hallazgo en farmacias particulares.

De los 3 casos, uno de ellos tuvo una evolución favorable con un deficiente desarrollo psicomotor, los otros 2 casos fallecieron debido al diagnóstico tardío de la infección por el toxoplasma; es por eso que creemos en la medicina preventiva como la principal arma para prevenir las muertes neonatales por cualquier infección perinatal. Esperamos que las autoridades locales y departamentales nos colaboren a poder diagnosticar y tratar de forma correcta la toxoplasmosis congénita.

Referencias

1. Fabre E, Bartha JL, de Miguel JR, Rodríguez Alarcón J, Dulín E, Farrán I, González A, González Nieves L. Grupo de consenso sobre toxoplasmosis. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46:319-32.
2. Camargo ME. Algunos aspectos atuais do diagnóstico de laboratório da toxoplasmose. *An Acad Nac Med* 1995;155:236-9.
3. Ferguson W, Mayne PD, Lennon B, Butler K, Cafkerkey M. Susceptibility of pregnant women to toxoplasma infection--potential benefits for newborn screening. *Ir Med J* 2008;101:220-1.
4. Pinon JM, Chemla C, Villena I, Foudrinier F, Aubert D, Puygauthier-Toubas D, et al. Early

neonatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: value of comparative enzyme-linked immunofiltration assay immunological profiles and anti-Toxoplasma gondii immunoglobulin M (IgM) or IgA immunocapture and implications for postnatal therapeutic strategies. *J Clin Microbiol* 1996;34:579-83.

5. Boyer KM, Holfels E, Roizen N, Swisher C, Mack D, Remington J, Withers S, Meier P, McLeod R;

Toxoplasmosis Study Group. Risk factors for Toxoplasma gondii infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis: Implications for prenatal management and screening. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:564-71.

6. Lopes-Mori FM, Mitsuka-Breganó R, Capobiango JD, Inoue IT, Reiche EM, Morimoto HK, et al. Programs for control of congenital toxoplasmosis. *Rev Assoc Med Bras* 2011;57:594-99