

INFECCION POR TOXOPLASMA GONDII DURANTE EL EMBARAZO

DRA. LETTY MUZZIO PROTT
PEDIATRA - GENETISTA CLINICO

La infección por *Toxoplasma gondii* durante el embarazo es relativamente frecuente en nuestro País y puede afectar gravemente al feto .

La toxoplasmosis deja una inmunidad permanente y no se repite en los embarazos siguientes, aunque se han descrito reactivaciones en pacientes inmunodeprimidas: con lupus, VIH o en pacientes que reciben tratamiento a base de corticoides por largos periodos.

INFECCION DURANTE EL EMBARAZO

La infección aguda por toxoplasma gondii en la embarazada, se presenta en forma asintomática en la mayoría de casos.

Los signos clínicos más frecuentes son:

- Odinofagia
- Malestar general.
- Cefalea.
- Mialgias
- Esplenomegalia.
- Hepatomegalia
- Fiebre
- Adenopatias

INFECCION FETAL

La transmisión fetal se produce cuando la infección aguda se adquiere por primera vez durante la gestación. En la mayoría de los casos, la transmisión se efectúa por vía transplacentaria.

El periodo de tiempo entre la infección de la placenta y la transmisión al feto varia, entre 4 y 16 semanas, por lo que la placenta infectada debe considerarse como una fuente potencial de infección al feto, durante todo el embarazo.

Al nacer, la toxoplasmosis es subclínica en el 75% de los casos y sólo en 8% se presenta con un severo compromiso del sistema nervioso central u ocular.

Las principales manifestaciones clínicas son :pérdida auditiva neurosensorial, retardo del desarrollo psicomotor, hidrocefalia, convulsiones, ceguera y retardo mental. Los signos y síntomas pueden manifestarse meses a años después del nacimiento.

DIAGNOSTICO

En base al estudio inmunológico específico

IgG Antes del embarazo

El estudio de la IgG sirve para detectar pacientes susceptibles al toxoplasma, debe hacerse antes del embarazo. Esto permite detectar a las pacientes que tienen títulos positivos de IgG, y que, por tanto, ya han sufrido una infección antes del embarazo. No se requieren más estudios para toxoplasmosis al embarazarse.

IgG durante el embarazo

Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde el primer control prenatal. Pueden presentarse los siguientes resultados:

1.- IgG Negativa

Ausencia de anticuerpos específicos. La paciente no ha adquirido previamente la enfermedad.

❖ **Se recomienda:**

Solicitar IgG en cada trimestre e instruir a la paciente sobre los cuidados preventivos:

1. No consumir carne cruda o poco cocida.
2. Lavar las frutas, las legumbres antes de consumirlas.
3. Lavarse las manos antes y después de toda manipulación de alimentos.
4. Lavar los utensilios y las superficies que hayan servido en la preparación de los alimentos.
5. Limpiar y desinfectar regularmente el refrigerador
6. Evitar las legumbres crudas y preferir las cocidas.
7. Utilizar guantes para jardinería y para toda manipulación de tierra.
8. Si tiene gatos, hacer limpieza todos los días de la cubeta de heces del gato, o usar guantes.

2. IgG positiva

2-1. IgG positivo pregestacional

Paciente inmunizada.

❖ **Se recomienda:** no continuar estudios durante el embarazo.

2-2. IgG positivo con IgG pregestacional negativo

Se considera seroconversión.

❖ **Se recomienda:** iniciar tratamiento placentario y se solicita PCR en líquido amniótico después de la semana 20 de gestación para descartar infección fetal.

- Si PCR es negativo, se continúa tratamiento placentario durante todo el embarazo.
- Si PCR es positivo se inicia tratamiento completo continuo durante todo el embarazo.

2-3. IgG positiva en el embarazo y se desconoce IgG antes del embarazo

La paciente está inmunizada o adquirió la infección durante el embarazo.

❖ **Se recomienda** solicitar IgG e IgM específicas dos semanas después.

Si los títulos de IgG permanecen estables con IgM negativa, se considera infección pasada. No se requiere tratamiento ni más controles.

Si los títulos de IgG se duplican y la IgM es positiva, se confirma infección reciente: se inicia tratamiento placentario y se solicita PCR en líquido amniótico.

3. Si IgG es negativa y la IgM es positiva

Debe repetirse la prueba a las tres semanas:

3-1. Si la IgG es positiva, se trata de una toxoplasmosis reciente. En ciertos casos, la síntesis de IgG es evidente alrededor de una semana después de una prueba negativa. El tratamiento placentario y un diagnóstico prenatal están indicados.

3-2. Si la IgG persiste negativa puede excluirse la infección por toxoplasma, excepto en pacientes inmunodeprimidos, caso en el cual se indica también el tratamiento placentario y el diagnóstico prenatal.

TOXOPLASMOSIS CONGENITA

El diagnóstico se hace al aislar el parásito de la sangre fetal o de líquido amniótico; en presencia de una PCR positiva en el líquido amniótico o de la IgM específica en sangre fetal positiva.

1. Se debe solicitar PCR en líquido amniótico o en sangre materna a las mujeres con sospecha de toxoplasmosis: seroconversion, IgG con valores en aumento e IgM positiva.

2. El estudio ecográfico es importante en el diagnóstico de toxoplasmosis y debe realizarse , mensualmente, después de la semana 30 de gestación, para investigar compromiso fetal: hidrocefalia, calcificaciones intracerebrales, ascitis, RCIU, microcefalia, hepatomegalia, calcificaciones hepáticas .

3. Después del parto debe enviarse la placenta de toda paciente que haya recibido tratamiento para Toxoplasmosis, para estudio microbiológico y patológico.

TERAPEUTICA:

1. TRATAMIENTO PLACENTARIO (no existe compromiso fetal)

Espiramicina: a dosis de 9 M.U.I./día dividido en tres dosis.

Esta droga es muy efectiva contra el *Toxoplasma gondii*

La toxicidad de esta droga es mínima y no se le han comprobado efectos teratógenos.

El tratamiento con esta droga debe mantenerse a la dosis mencionada hasta el momento del parto.

2. TRATAMIENTO COMPLETO (en sospecha o seguridad de compromiso fetal)

Antes de la semana 20 de gestación se preferirá el uso de **Espiramicina a la dosis de 9 M.U.I./día**, dividido en tres dosis desde el momento en el cual se hace el diagnóstico.

A partir de la semana 20 se continua ininterrumpidamente hasta 2 semanas antes de la fecha probable del parto con el siguiente esquema de tratamiento:

SULFADIAZINA + PIRIMETAMINA + ÁCIDO FOLÍNICO

SULFADIAZINA: 50-100 mg/k peso/día (3-4 gm/día), fraccionada en cuatro dosis al día.

PIRIMETAMINA: 1 mg/k/día (máximo 75 mg/día).

ÁCIDO FOLÍNICO: 5 a 20 mg/día o

LEVADURA DE CERVEZA: 10 gm/día.

Control semanal de cuadro hemático.

Bibliografía

1. JERANT PATIC ET AL. *Congenital toxoplasmosis*. Med. Pregl., 1998 Mar., 51: 3-4, 140-140.
2. MATSUI D. *Prevention, diagnosis, and treatment of fetal toxoplasmosis*. Clin. Perinatol. 1994 Sep., 21 (3): 675-89.
3. NEWTON ER. *Diagnosis of perinatal TORCH infections*. Clin. Obstet. Gynecol, 1999 Mar, 42:1, 59-70; 174-5.
4. BERNAL G. GUTIERREZ E., AMAYA L., CARMONA V., LOZANO F., MONSALVE J., LOMANTO A., ARENAS J. *Toxoplasmosis Congénita. Avances en Diagnóstico y Tratamiento*. Publicación de Laboratorios Rhone-Poulec, 1998.
5. SOBIESZCZANKA B., RDZKA A., *Detection of IgA antibodies as important markers of acute primary infection with Toxoplasma gondii*. Pol Merkuriusz Lek, 1997 Nov. 3:17, 228-30.
6. VERGANI P., ET AL. *Congenital toxoplasmosis: efficacy of maternal treatment with Spiramycin alone*. Am J. Reprodu Immunol 1998 May., 39 (5): 335-40.