

6º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

Buenos Aires, 21 de noviembre de 2014

Mesa Redonda:

Abordaje de la Toxoplasmosis congénita.

Dr. Guillermo Moscatelli

Servicio de Parasitología y Enfermedad de Chagas

Centro de Referencia para la Enfermedad de Chagas de la Ciudad de Buenos Aires.

Resolución 1514 /SS/ 2001



EMBARAZADA SERONEGATIVA



INFECCIÓN PRIMARIA DURANTE LA GESTACIÓN
(10% SÍNTOMAS: ADENOPATÍAS, 90% ASINTOMÁTICO)



PLACENTA



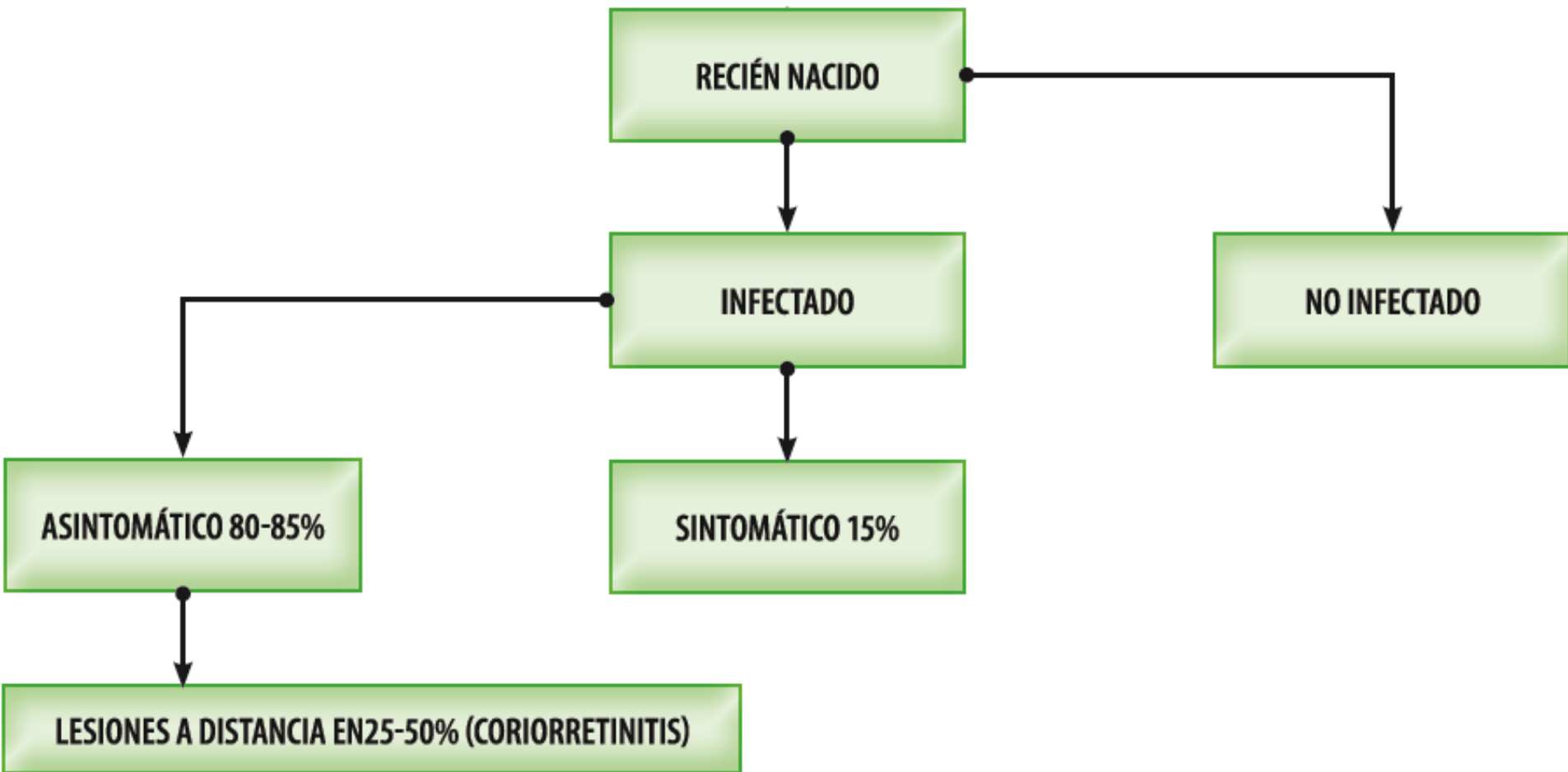
1 ^{ER} TRIMESTRE	2 ^{DO} TRIMESTRE	3 ^{ER} TRIMESTRE
TRANSMISION 5-10%	TRANSMISION 30%	TRANSMISION 70-80%

Infeción Severa (pointing to 1^{ER} TRIMESTRE)

Infeción Subclínica (pointing to 3^{ER} TRIMESTRE)

- Transmisión general del 40%.
- Mayor transmisión a mayor tiempo de gestación.
- Mayor riesgo de daño severo entre semana 10-24 de gestación.

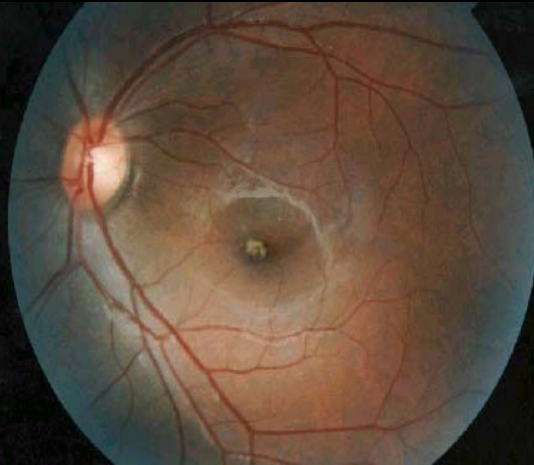




En nuestra experiencia...



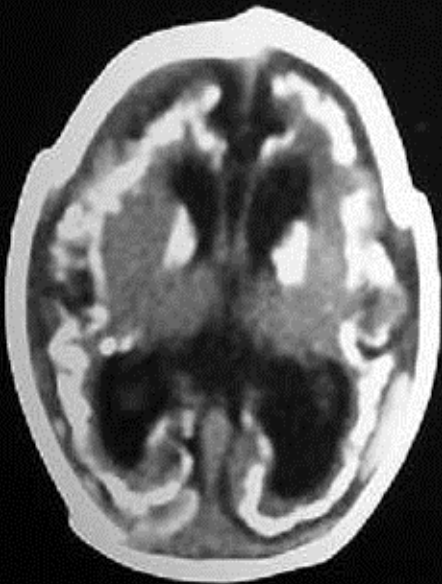
- Coriorretinitis cicatrizal n=66 (53%)
- Coriorretinitis activa n=25 (20%)
- Estrabismo n=24 (19.3%)
- Desprendimiento retina n=14 (11.3%)
- Cataratas n=5 (4%)



124 casos congénitos

Compromiso SNC 60/124 (48.4%)

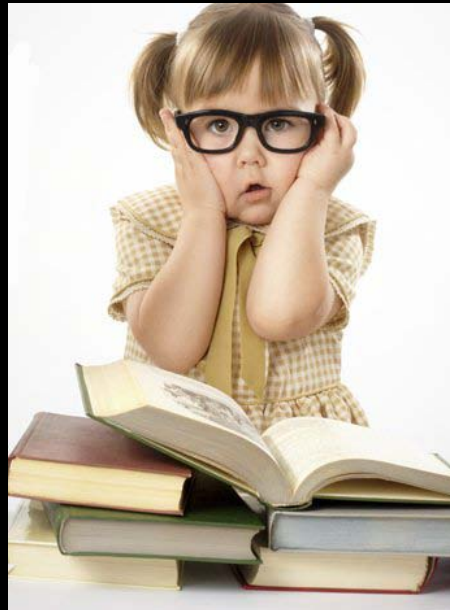
- Calcificaciones cerebrales n=44 (35.5%)
- Hidrocefalia n=37 (29.8%)
- Ventriculomegalia n=20 (16%)
- Microcefalia n=17 (13.7%)
- Convulsiones n=9 (7.2%)
- Macrocefalia n=3 (2.4%)



DIAGNOSTICO

- Se basa en serología (ELISA, ELFA).
- Par serológico madre-hijo.

¿Cuál es el dilema?



RN con riesgo de infección

Asintomático

Sintomático

Examen ocular
ECO cerebral

IgG

IgM

(+)

(-)

Lesión

Tratamiento

(+)

??



IgG **IgM**

(Sin lesión)

(+)

(-)

IgG en aumento

**IgG en descenso
y/o < madre**

**IgG
> madre**

Tratamiento

**Conducta
expectante y realizar
curva serológica**

**Persistencia de IgG a los 7
meses confirma Dx**



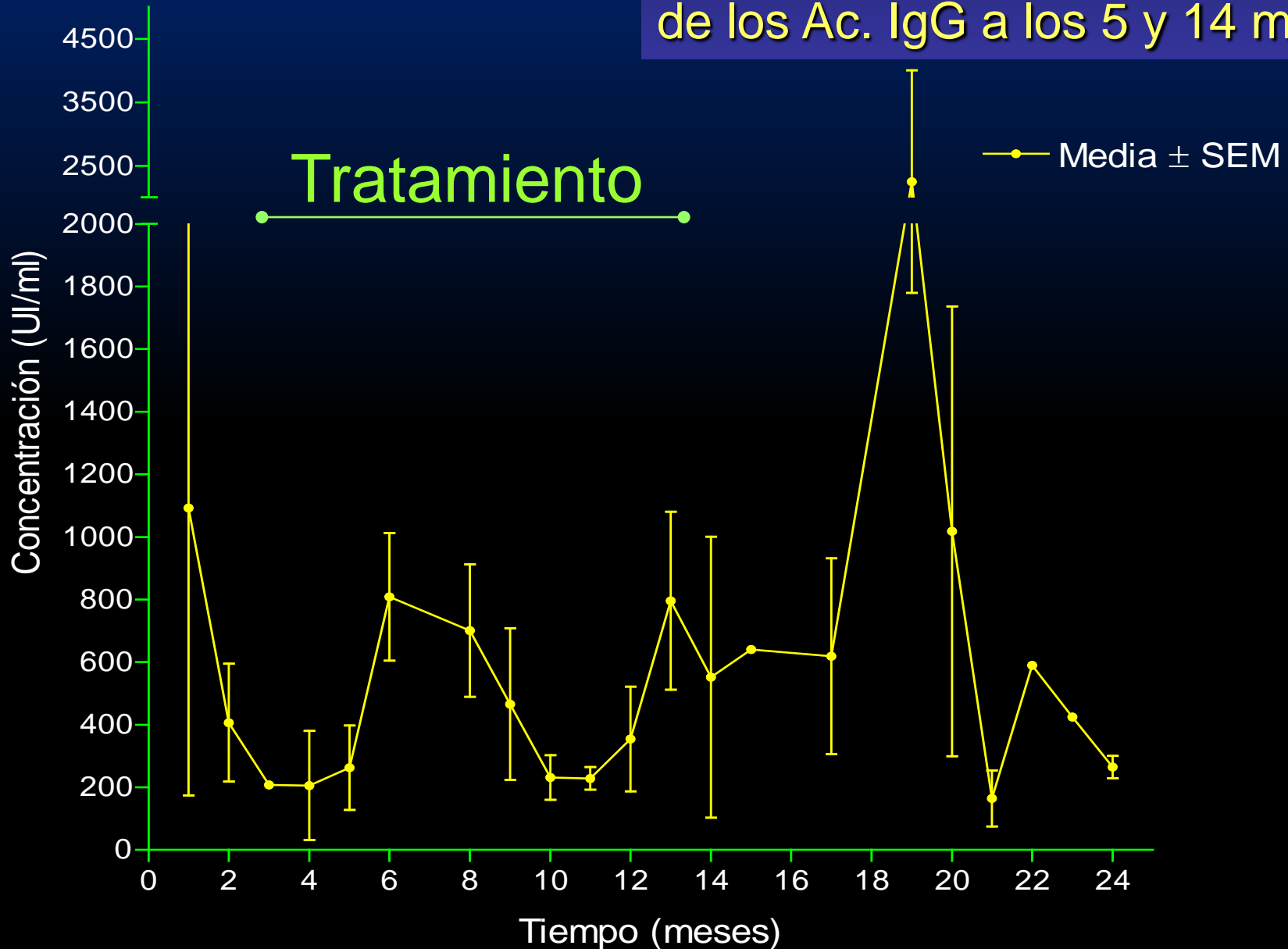
Limitaciones de los equipos comerciales para IgM en Toxoplasmosis

- La FDA (Food and Drug Administration, USA) advierte que no debe utilizarse el resultado de ningún equipo comercial para IgM como único determinante de infección reciente por *T. gondii* en el screening durante la gestación.
- La decisión de tratamiento debe basarse en la evaluación clínica y la realización de estudios adicionales en **laboratorios de referencia** con experiencia en el diagnóstico de Toxoplasmosis.

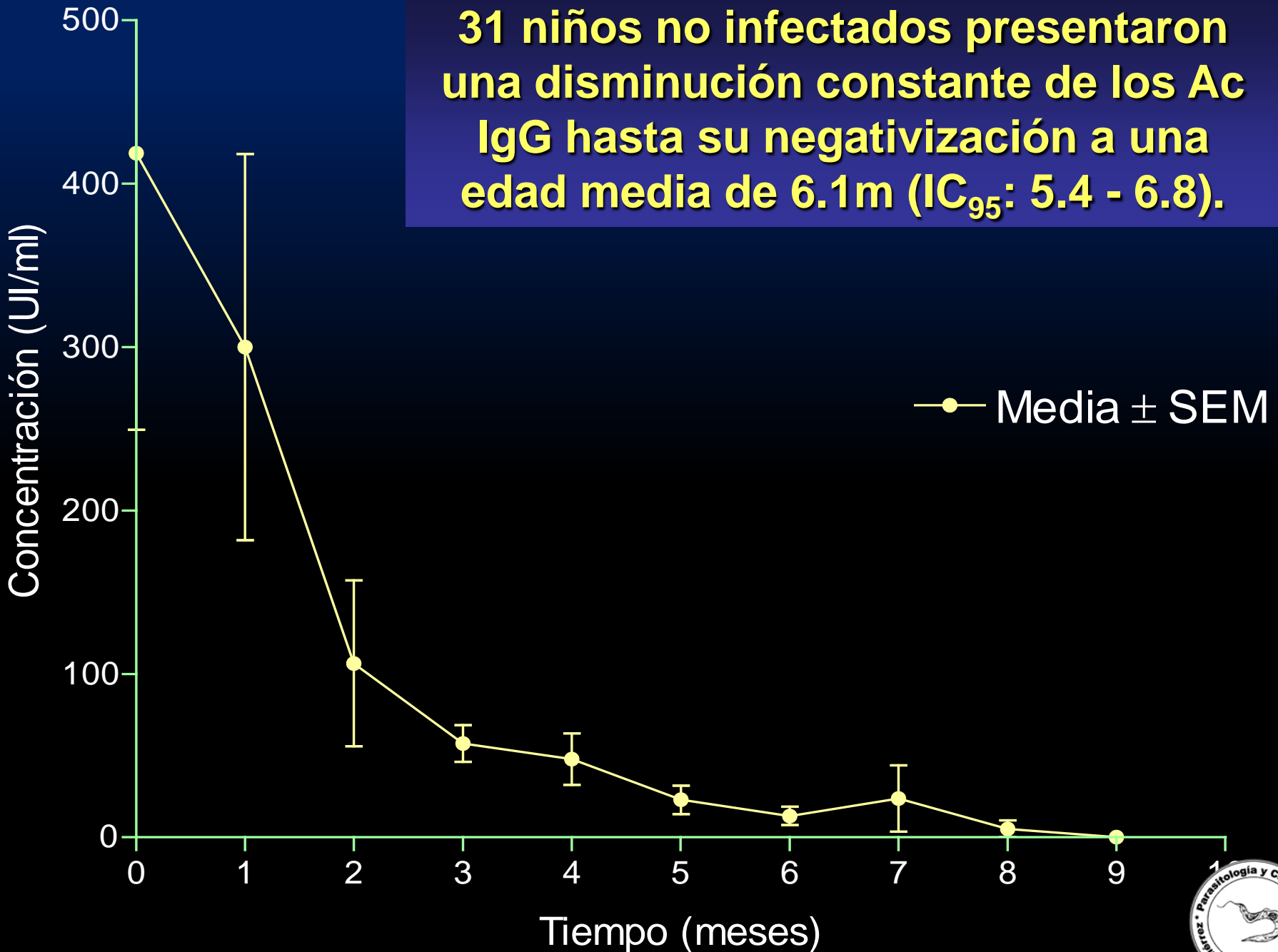
FDA, Julio de 1997



46 niños con Toxoplasmosis congénita mostraron un aumento de los Ac. IgG a los 5 y 14 meses.



31 niños no infectados presentaron una disminución constante de los Ac IgG hasta su negativización a una edad media de 6.1m (IC₉₅: 5.4 - 6.8).



- Siempre preguntar por embarazos previos!!
- Lo más importante para evitar la Toxoplasmosis congénita es el estudio durante el embarazo.
- El esfuerzo debe hacerse con las embarazadas serológicamente no reactivas (susceptibles): indicando la profilaxis primaria y efectuando el control serológico.34



Madres Tratadas durante el embarazo (nuestra experiencia)

124 casos congénitos

20

SI tratadas

104

NO tratadas

2 en forma adecuada

18 en forma inadecuada



Observaciones sobre el estudio de la embarazada

- En Centros Obstétricos con dificultad en el seguimiento es casi imposible plantear pautas.
- En los centros que poseen diferentes serologías, se observa una gran tardanza en la toma de una decisión.
- HAI no es adecuado para tamizaje durante el embarazo.





Parasitología - Chagas



Gracias