

Capítulo 48. TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

Dr. Claudio Alvarez

I. Introducción:

Corresponde a una zoonosis parasitaria muy frecuente en la población general. Es producida por el parásito *Toxoplasma gondii*. Si bien la prevalencia general en la población Chilena es tan alta como del 36%, la incidencia en el RN es de 0,1 a 1 por cada 1000 recién nacidos vivos.

II. Patogenia:

El huésped definitivo es el gato y otros felinos, los que eliminan oocitos en las deposiciones que pueden ser adquiridos por el hombre al ingerir carnes mal cocidas o agua contaminada, generando una infección aguda o crónica en el huésped. Esta suele ser asintomática o manifestarse como un síndrome mononucleósico. Tras la exposición se produce una parasitemia aguda seguida de una invasión tisular donde se forman quistes que permanecen en los distintos órganos de por vida.

Los principales tejidos afectados son músculo, sistema nervioso central, retina y sistema retículo endotelial.

La transmisión al feto ocurre por vía transplacentaria solo durante la primoinfección, por lo que no hay infecciones en embarazos sucesivos. La severidad del compromiso fetal es inversamente proporcional a la edad gestacional a la que se adquiere la infección. Los niños nacidos de una madre infectada en el primer trimestre tienen alta probabilidad de estar gravemente afectados, mientras que 80% de los niños que se infectan durante el tercer trimestre nacen asintomáticos.

III. Cuadro clínico:

Las manifestaciones clínicas en el RN varían desde parto prematuro, y abortos a:

- Cuadro clásico: antecedentes de RCIU, hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracerebrales, convulsiones y coriorretinitis.
- Puede presentarse como un cuadro similar a una sepsis, pesquisándose hepatoesplenomegalia, síndrome purpúrico, neumonitis, linfadenopatías, encefalitis, anemia e ictericia.
- RN asintomático (50-80%): estos RN permanecen sanos, pero la mayoría tiene riesgo de desarrollar compromiso neurológico y de retina a largo plazo.

IV. Diagnóstico:

- Serología: IgM específica para toxoplasmosis en el RN es de muy baja sensibilidad. Si está positiva ayuda en el diagnóstico, pero hay un número importante de falsos negativos. Se necesita complementar con IgG para toxoplasmosis a madre e hijo. Si es positivo se debe hacer seguimiento por 3 meses, en búsqueda de títulos ascendentes. Si la sospecha es alta el seguimiento serológico se debe mantener hasta el año de vida. IgG negativa al año de vida descarta el caso.
- PCR para toxoplasma. Si es positivo indica parasitemia, lo que confirma el caso e indica necesidad de tratamiento. Si es negativo no descarta por lo que se debe seguir por 3 meses.
- Se debe estudiar fondo de ojos, imagen cerebral (ecografía o RNM), hemograma, función hepática y estudio de LCR.

V. Manejo:

Se deben tratar todos los pacientes con diagnóstico de toxoplasmosis congénita, ya sea sintomáticos o asintomáticos para prevenir secuelas a largo plazo.

El tratamiento debe ser asociado con piritamina y sulfadiazina y mantenerse por un año.

Dosis:

- Piritamina: 1 mg/kg cada 12 hrs por 2 días, luego 1 mg/kg/día por 2 a 6 meses y luego 3 veces por semana hasta el año de vida.
- Sulfadiazina: 50 mg/Kg cada 12 hrs hasta el año de vida.
- Debe suplementarse con ácido fólico 5 a 10mg 3 veces por semana
- Prednisona 0,5mg/kg cada 12 hrs en caso de compromiso ocular o enfermedad activa del SNC

Se requiere control hemograma cada 15 días, fondo de ojo y evaluación neurológica cada 3 meses hasta los 18 meses de vida.

Es importante para su prevención, la higiene de manos y evitar ingerir alimentos crudos.

Bibliografía

1. Neonatología, José Luis Tapia, Cuarta edición, Santiago, Chile, 2018.
2. Guía Clínica “Guía de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad de Chagas”. Santiago, Ministerio de Salud. Febrero 2011
3. Pautas de Recién Nacidos sexta edición, Ángela Hoyos, 2015.