

Guía para diagnóstico y tratamiento de Toxoplasmosis aguda en el embarazo

18



Epidemiología

La toxoplasmosis es una zoonosis de distribución mundial, por lo general, asintomática y de muy bajo riesgo en las personas inmunocompetentes. Más de un tercio de la población esta infectada. Es causada por un protozooario, el *toxoplasma gondii*.

La forma más común de infección para el hombre se produce por la ingestión de carnes poco cocidas o crudas y de otros alimentos contaminados como verduras crudas mal lavadas o por contacto con excretas de gatos (únicos huéspedes definitivos). El agua natural y el suelo también son potenciales fuentes para la infección.

El diagnóstico temprano de la infección, en la mujer embarazada, permite un tratamiento oportuno y se indica con el propósito de reducir la tasa de transmisión y el daño congénito. Es posible que con un diagnóstico y tratamiento temprano se pueda reducir la tasa de incidencia de toxoplasmosis congénita de alrededor del 5 por mil nacimientos al 0.5 por mil.

La transmisión placentaria ocurre en relación directamente proporcional con el tiempo de gestación. En el primer trimestre se produce menos frecuentemente, pero con secuelas más graves. A medida que avanza el embarazo aumenta el riesgo de infección fetal y disminuye la posibilidad de defectos graves. La probabilidad de adquirir una infección prenatal es del 6% para el primer trimestre, del 30% para el segundo y del 75% para el tercero. Actualmente, la toxoplasmosis congénita es una enfermedad prevenible.

La primoinfección produce inmunidad humoral y celular, condición que se detecta en las personas con técnicas de laboratorio que permiten diferenciar la población susceptible de la inmune y su constatación no requiere nuevos controles.

Las embarazadas a quienes no se les detectó primoinfección constituyen la población susceptible que debe controlarse en cada trimestre.

Recomendaciones para la prevención primaria de toxoplasmosis en pacientes seronegativas:

- Lavarse bien las manos antes de ingerir alimentos.
- Comer la carne bien cocida, ahumada o curada en salmuera.
- Lavarse bien las manos luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Limpiar bien las superficies y utensilios que tuvieron contacto con carne cruda.
- No ingerir vegetales crudos, cuando no se puede asegurar que fueron bien lavados.
- Si se realizan trabajos de jardinería, usar guantes y luego lavarse bien las manos.
- Evitar contacto con gatos y sus excreciones. En caso de poseer gatos en casa, eliminar diariamente las excreciones usando guantes y luego lavarse bien las manos.

Diagnóstico

Para el estudio de la población se deben realizar las denominadas pruebas de tamizaje mediante la investigación de los anticuerpos específicos *anti toxoplasma gondii*, tipo IgG e IgM.

La primera determinación serológica debe realizarse antes de las 20 semanas de embarazo, idealmente, en las primeras 12 semanas, medida que facilita mucho la interpretación de los resultados. Es altamente recomendable solicitar toxoplasmosis en las pacientes que realizan la consulta preconcepcional. La cinética de los anticuerpos en la infección aguda sigue una curva de ascenso muy rápida y los títulos máximos se alcanzan entre las 6 a 12 semanas, según la técnica empleada.

La IgG presenta una curva ascendente de anticuerpos durante los primeros meses de la infección. Por lo tanto, cuando la primera muestra fue tomada antes de las 12 semanas de gestación y los títulos de la IgG son estables en muestras pareadas, deben interpretarse como toxoplasmosis previa al embarazo.

Un único título positivo indica solo la presencia de anticuerpos, es decir, que ha ocurrido la infección, sin embargo, no puede determinarse en qué momento se produjo la infección, ya que los títulos de IgG e IgM pueden persistir por un año o más.

Los test para detectar IgM son de poca utilidad para el diagnóstico de infección aguda en la embarazada por su baja sensibilidad por IF o Elisa y, por la persistencia de IgM positiva, aún más allá del año de la infección aguda. Cuando es IgM negativa tiene alto poder predictivo negativo, o sea que la infección no ocurrió en los 3 a 5 meses previos.

La IG Elisa o IFI para toxoplasmosis positiva e IgM negativa dentro del primer trimestre significa infección pasada previa al embarazo.

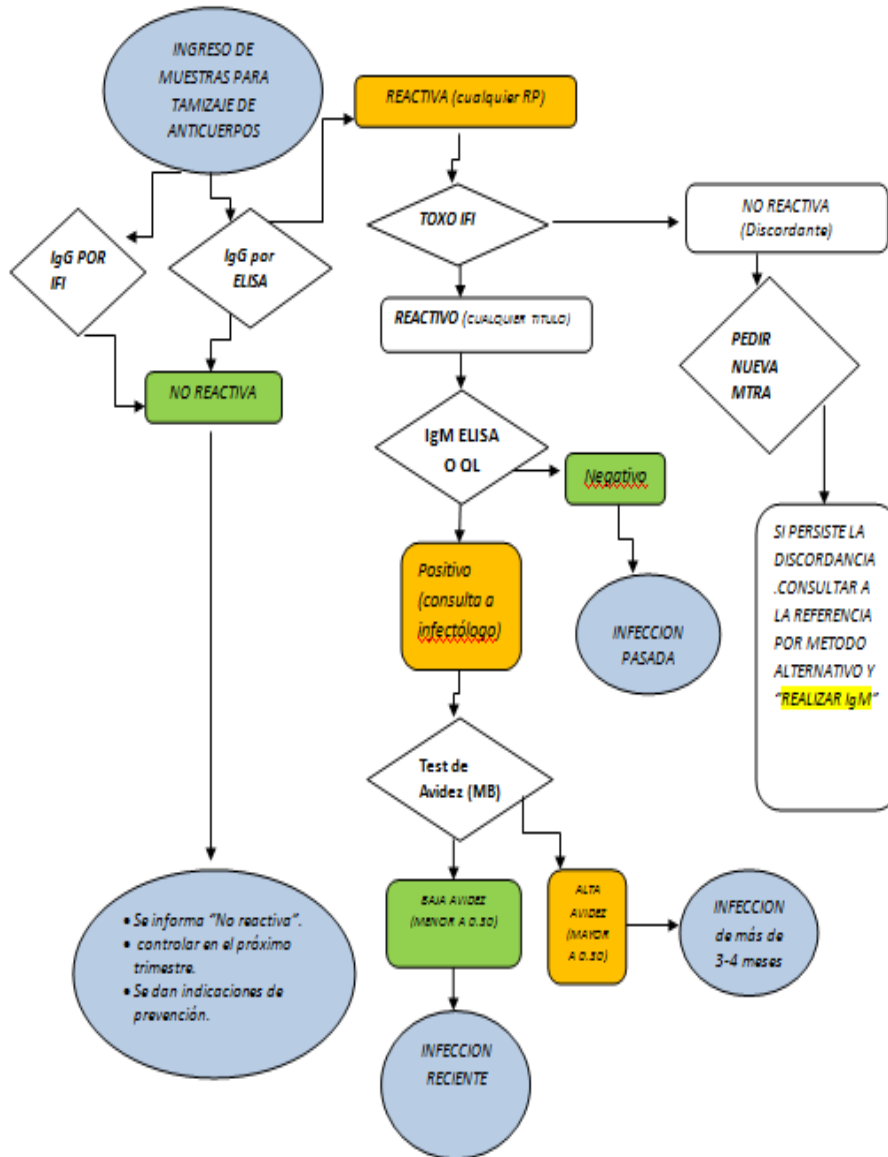
La IgG Elisa o IFI para toxoplasmosis positiva se debe confirmar con otros métodos para descartar falsos positivos o persistencia de títulos positivos, antes de concluir que la paciente tiene toxoplasmosis.

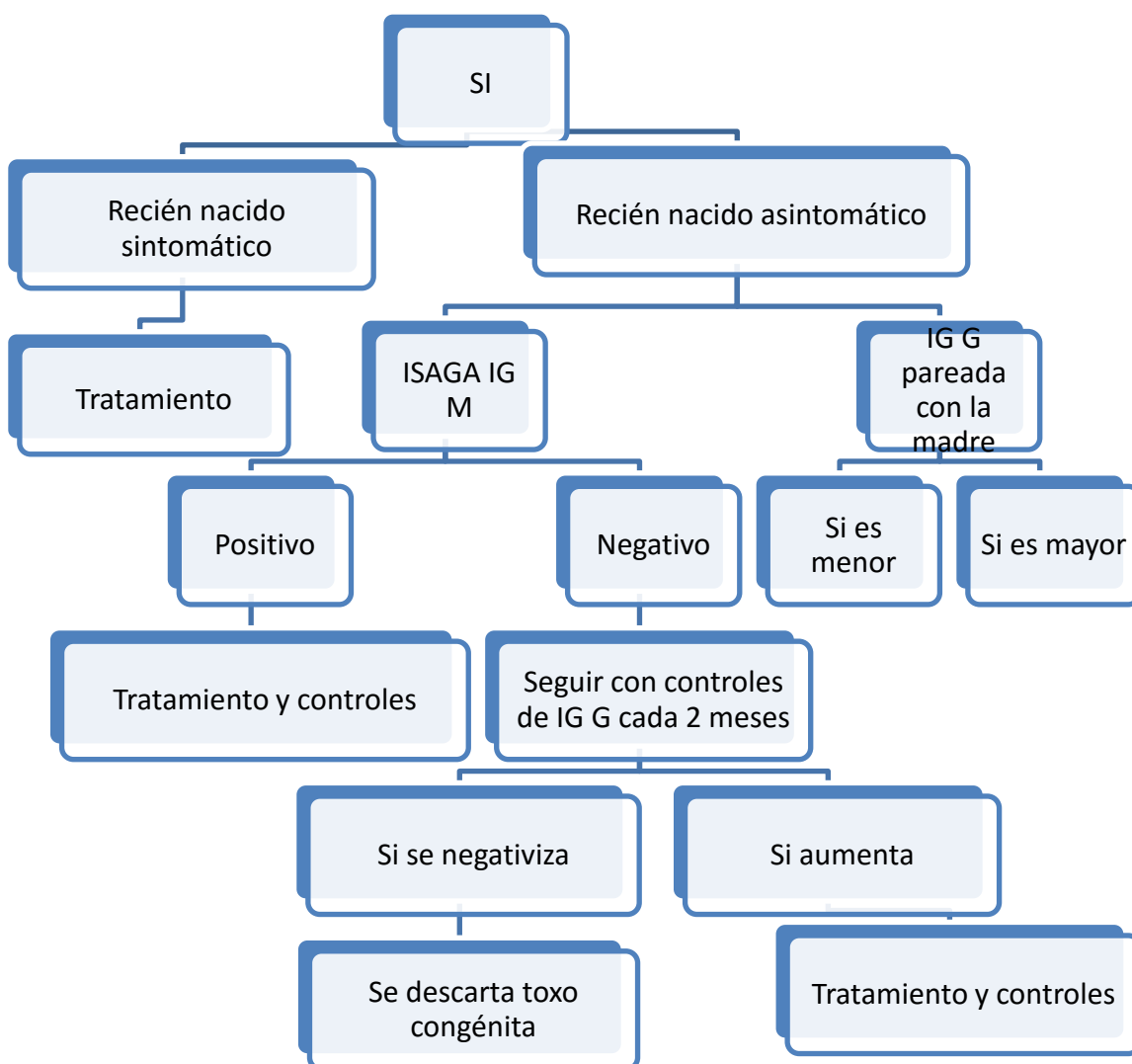
El test de avidéz por IgG mide la afinidad que tiene la unión antígeno anticuerpo.

Una propiedad de los anticuerpos es lograr uniones más estables a través del tiempo. Cuanto mayor es la unión, mayor es la avidéz y la alta avidéz tiene muy buena correlación con infección pasada (más de 4 meses). Ver algoritmo evaluación **serológica durante el embarazo.**

NUEVO ALGORITMO DE CONTROL EN LA MUJER EMBARAZADA

➤ IDEAL: 1º TRIMESTRE





Tratamiento

Las pacientes que presentan infección aguda durante la gestación deben recibir tratamiento hasta la finalización del embarazo.

Se debe instaurar el tratamiento dentro de las tres primeras semanas de la infección.

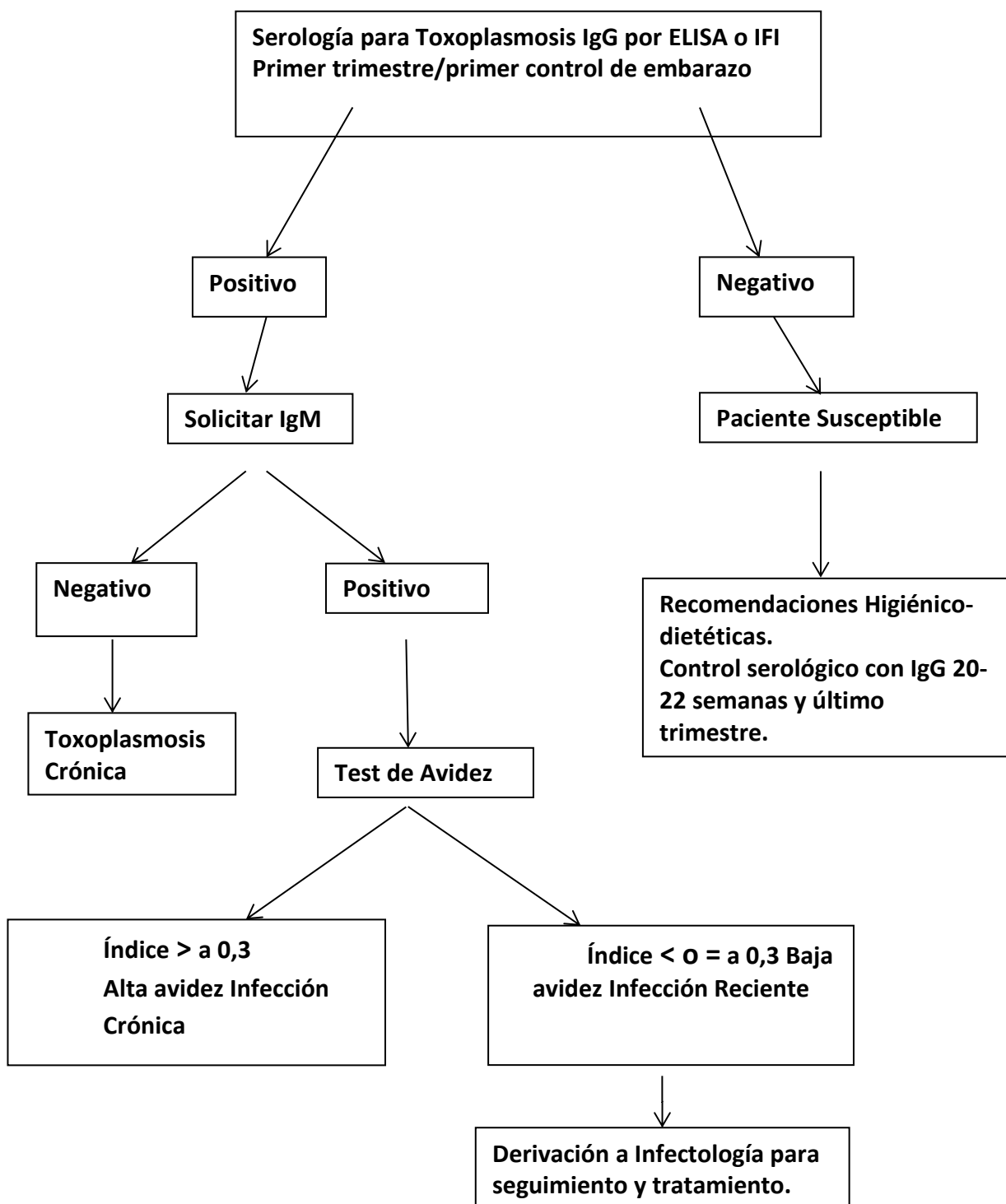
El tratamiento precoz en la embarazada previene el daño fetal, lo que justifica todos los esfuerzos dirigidos a un diagnóstico y tratamiento temprano.

Esquema 1: Espiramicina 3 gramos / día divididos en tres dosis.

	Forma comercial	Embarazada	Niño
Pirimetamina	1 cpr = 25 mg	25 a 50 mg/día En una toma.	1 mg7kg/ día en una toma.
Sulfadiazina	1cpr = 500 mg	4 gr /día en 4 tomas diarias.	75 – 100 mg /kg/día, en dos tomas.
Espiramicina	1 cpr = 1 gramo	3 gramos en 3 tomas diarias.	100 mg / kg/día en 3 tomas diarias.
Acido fólinico	1 cpr = 15 mg	15 mg / dosis , 3 veces por semana.	5 – 10 mg/kg/ tre s dosis por semana.

- Paciente embarazada con infección aguda durante el embarazo tratada adecuadamente, realizar cultivo de placenta; importante para el seguimiento y posible tratamiento en el recién nacido.
- Si al momento del parto existen dudas sobre una posible infección aguda enviar cultivo de placenta para toxoplasma y realizar seguimiento del recién nacido.
- Recordar que el 90% de las pacientes que adquieren toxoplasmosis aguda en las primeras 10 semanas del embarazo, finalizan en abortos tempranos.
- Recordar que la transmisión al feto es menos común si ocurre antes de las 10 semanas y es sólo del 1% en las primeras 4 semanas de embarazo.
- No realizar el diagnóstico oportuno de toxoplasmosis aguda en el embarazo puede llevar a presentar secuelas en la infancia o en la adolescencia como la coriorretinitis con pérdida progresiva de la visión.

EVALUACIÓN SEROLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO



Agradecemos en esta oportunidad al Servicio de infectología, Servicio de Obstetricia (Dra Wursten), Servicio de Laboratorio (Serología) del HPN

(Bioq. Chaqui) y de Htal. Plottier (Bioq. Lateulade) por la actualización del consenso del 2011.