

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

Cano, S; Salinas, G; Pereda, A; Álvarez, V; Girvent, M; Bermúdez, JR; Ojeda, F. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers (Barcelona)

INTRODUCCIÓN.

La Toxoplasmosis es una zoonosis frecuente. Se estima una incidencia de primoinfección en gestantes del 1'4 por mil en España, aunque se desconoce la tasa de toxoplasmosis congénita.

CASO CLÍNICO.

Ingresa paciente de 24 años, secundigesta de 34 SA, origen subsahariano, con diagnóstico ecográfico de hidrocefalia congénita. Grupo sanguíneo: O Rh: negativo.

Controles analíticos durante el embarazo: Toxoplasma negativo en primer trimestre; en segundo trimestre, IgG 2324 e IgM 1768 y al cabo de 1 mes, IgG 2004 e IgM 1203; resto de serologías negativas. Controles ecográficos a las 12 y 20 semanas de gestación: no anomalías. En la ecografía de las 33 semanas: se observan ambos ventrículos laterales aumentados de tamaño, dilatación tercer ventrículo y escasa cantidad de tejido hemisférico cerebral.



Imágenes de la **ecografía** realizada a las 33 semanas de gestación: **hidrocefalia severa.**



Durante la gestación no presenta clínica compatible con primoinfección. Se desconoce si realizó algún tratamiento hasta su ingreso.

Exploración: BEG. TRF reactivo. TV: cérvix formado y cerrado.

Amniocentesis: 46 XX, cariotipo normal. **PCR toxoplasma:** positivo. **RMN fetal:** hidrocefalia temporoccipital bilateral de predominio derecho, lesiones parenquimatosas de tipo quístico.

Inició tratamiento con Espiramicina, Sulfadiazina, Ácido folínico y Pirimetamina. Parto eutócico a las 35 5/7 SA, de una mujer de peso y Apgar correctos. Microcefalia. Cultivos microbiológicos: negativos. PCR toxoplasma en LCR y sangre: negativo; ecografía transfontanelar: hidrocefalia no activa. TC craneal: calcificaciones periventriculares y frontales. FO derecho: desprendimiento retina sector temporal y mácula desestructurada. FO izq: foco coriorretinitis

cicatricial nasal. Potenciales visuales evocados: normal. Tratamiento con Pirimetamina, sulfadiacina, corticoides y ácido fólico.

COMENTARIOS.

- El 90% de los casos de Toxoplasmosis cursan asintomáticos, por lo cual es importante realizar prevención primaria (educación sobre los factores de riesgo). El 48% de las mujeres gestantes que son diagnosticadas de infección por *Toxoplasma gondii* reconoce factores de riesgo o signos-síntomas compatibles con la infección.

- El mejor método de screening para detectar Toxoplasmosis en gestantes es realizar serologías seriadas.

- Las gestantes infectadas por *Toxoplasma gondii* han de realizar tratamiento con Espiramicina para evitar transmisión materno-fetal. Si se demuestra que existe infección fetal, se debe realizar tratamiento con Sulfadiacina-Pirimetamina; es un tratamiento beneficioso para el feto porque disminuye la gravedad de las secuelas.

- Se ha visto que los fetos afectos de Toxoplasmosis congénita nacen de promedio 5 días antes si la seroconversión se produce antes de las 20 semanas de gestación y de 3 días sí se produce después de las 20 semanas. Se desconocen las causas. En cambio no se ha encontrado relación con retardo de crecimiento intrauterino ni con bajo peso por edad gestacional.

BIBLIOGRFÍA.

Kravetz JD, Federman DG. Toxoplasmosis in pregnancy. Am J Med. 2005 Mar;118(3):212-6.

Bover KM, Holfels E, Roizen N, Swisher C. Risk factors for Toxoplasma gondii infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis: implications for prenatal management and screening. Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb;192(2):564-71.

Freeman K, Oakley L, Pollak A, Buffolano W. Association between congenital toxoplasmosis and preterm birth, low birthweight and small for gestational age birth. BJOG.2005Jan;112(1):31-7