

**Introducción:** La toxoplasmosis (To) es una parasitosis frecuente en el ser humano. En Argentina la seroprevalencia en embarazadas es variable (hasta 50% en algunas regiones). La prevalencia de toxoplasmosis congénita en América Latina es de 1/1000 recién nacidos vivos, lo que implicaría que en nuestro país nacen 6.900 niños con toxoplasmosis congénita al año.

**Objetivos:** Describir características clínicas, de laboratorio y seguimiento de niños con toxoplasmosis congénita (TC) asistidos en el Servicio de Infectología en el periodo enero 2011- enero 2017.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se recolectaron datos de las historias clínicas de consultorio y se volcaron en una ficha confeccionada a tal fin.

**Resultados:**

- 22 pacientes (ptes) con diagnóstico de TC
- Relación mujer: varón 1,2:1.
- Edad a la consulta: mediana 183 días (64,5- 347).

**EMBARAZADAS**

- Control del embarazo: en 16 de 22 ptes se solicitaron serologías, en 4 fueron negativas (3 HAI, 1 ELFA). GRAFICO 1
- De las 12 ptes con diagnóstico sólo 3 recibieron tratamiento (2 con espiramicina, 1 con pirimetamina (P)+ sulfadiazina(S)+ folínico (F)).

**RECIEN NACIDOS:**

- El 90% (N=20) nacieron a término.
- Ninguno nació gravemente afectado ni requirió internación.
- Examen físico patológico al nacer: N=2 (microcefalia).

**Clínica:**

- Examen físico patológico a la consulta: N=6. GRAFICO 2
- Examen físico normal con estudios complementarios

**Patológicos:** N=16: FO (5), SNC (6), FO + SNC (2), serologías (3).

- En total presentaron compromiso ocular 13 ptes, de SNC 14 ptes y simultáneo 8 ptes.

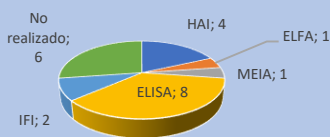
**Diagnóstico:** por combinación de clínica (GRAFICO 2), serologías (GRAFICO 3) e Imágenes (GRAFICO 4). Ver TABLA 1

**Tratamiento:** Se inició en 19 ptes:

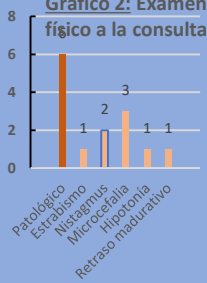
- Edad: 94 días de vida (rango 8 a 337 días). Todos recibieron P+S+F. En 3 no se indicó por diagnóstico tardío.
- Efectos adversos al tratamiento: N=1 (cristaluria reversible).

**Secuelas:** En 68% (N=15) de los ptes: lesión ocular cicatrizal (12), compromiso neurológico (7) y microcefalia (3).

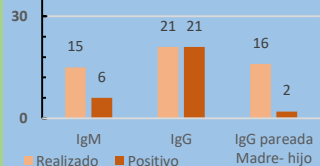
**Gráfico 1: serologías en el embarazo**



**Gráfico 2: Examen físico a la consulta**



**Gráfico 3: Serologías en los niños**



**Gráfico 4: imágenes de SNC**

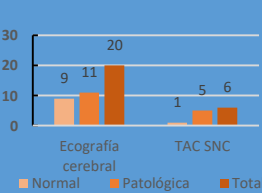


TABLA 1: Diagnóstico de TC	IgM+	IgG en ascenso y clínica/ imágenes	IgG del niño 4 veces mayor a la madre	Antecedente materno y clínica
Nro ptes	6	13	2	1

ELISA: Inmunoabsorción ligado a enzimas; IFI: inmunofluorescencia; MEIA; Inmunoensayo por micropartículas; HAI: Hemaglutinación indirecta; ELFA; método inmunoenzimático de inmunocaptura y fluorescencia; FO: fondo de ojos; SNC: sistema nervioso central; IgG: inmunoglobulina G; IgM: inmunoglobulina M; TAC: tomografía axial computada.

**Conclusiones:** En esta serie de casos se observó:

- Un alto porcentaje de embarazos con inadecuado control y seguimiento para To.
- HAI no constituye un método confiable para el diagnóstico y seguimiento en el embarazo.
- Importante demora en la derivación de los pacientes pediátricos al especialista.
- Ni la IgM negativa, ni los títulos menores de IgG en el niño comparado con su madre descartaron TC.
- Un alto porcentaje de pacientes evolucionó con secuelas a pesar del tratamiento.