

DESAFIOS EN EL ABORDAJE, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS PERINATAL EN NUESTRO MEDIO.

F. Garcia, E. Sturba, C. Raniero, L. Strada, D. Stambouliau.
Centro de Estudios Infectológicos Dr. Stambouliau, CABA, Argentina.

Introducción

En Argentina la solicitud de serología para toxoplasmosis (T) en la embarazada (E) es frecuente. Para determinar si la infección es aguda se solicitan estudios complementarios excesivos e innecesarios.

Objetivo

Describir la experiencia en la evaluación de E derivadas para interpretación de serologías positivas para T en un centro infectológico de referencia.

Material y Métodos

Evaluación longitudinal prospectiva de consultas recibidas desde 2013 a 2017 en un centro infectológico (CI) ambulatorio. Se registró en ficha modelo: edad de la paciente, gesta y para, fecha de última menstruación, antecedentes de serologías previas, fecha del 1^{er} estudio de IgG positivo y estudios posteriores que traía a la consulta. También se consideró especialista derivante, resultados ecográficos, manifestaciones clínicas y medicación indicada, conductas infectológicas recomendadas. En cada caso se definió infección pasada (IP), aguda (IA) o indefinida (Ild). Se incluyó evaluación y seguimiento de los recién nacidos (RN).

Resultados

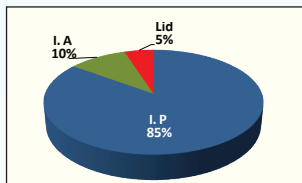
- Se analizaron 100 consultas de E. El 70% fueron derivadas por obstetras, 15% por Infectólogos.

Tabla 1. Epidemiología de las 100 Embarazadas evaluadas

Edad	32 años (promedio)
G P	60% 1 ^{er} embarazo
Fecha 1er estudio solicitado	60% 1 ^{er} trimestre
Serología previa (+) o (-)	60%
Serologías realizadas previo a la CI	4 (promedio)

- En todos las E debieron repetirse los estudios serológicos en el CI. Los determinaciones de IgG pareadas por inmunofluorescencia indirecta, el test de avides (ELFA, automatizado **Biomerieux**^{NC}) e IgM cuantitativa (quimioluminiscencia **Siemens**^{NC}) fueron los más útiles para definir el diagnóstico final.
- Un tercio de las E estaban medicadas con antiparasitarios al llegar a la consulta.
- En las E con IA que accedieron (n=8), se realizó estudio de L. amniótico, resultando (+) en el 50% de los casos.

Gráfico 1. Diagnóstico final de las Embarazadas evaluadas



Se detectó 1 E con S.mononucleósico (con muerte fetal intra-útero), 1 caso de hidrocefalia congénita. Los tratamientos indicados por CI fueron espiramicina, y pirimetamina-sulfametoxazol en E con PCR ADN (+) en L.amniótico y en infecciones de 3^{er} T.

Tabla 2. Evaluación de RNs de madres con IA e Ild (n = 15)

Negativización de IgG en 1 ^{er} año	9
Corioretinitis	6
Calcificaciones cerebrales	4
Hidrocefalia (con diagnóstico prenatal)	1
Corioretinitis + calcificaciones	3

Los RNs con infección sintomática recibieron 12 meses de tratamiento antiparasitario y tuvieron seguimiento por equipo interdisciplinario. Se detectó anemia en los pacientes que comenzaron tratamiento en 1^{er} mes y un caso de hepatitis. Aquellos con corioretinitis no han presentado reactivaciones hasta la fecha.

Conclusiones

- La interpretación de la serología para T en E resulta un desafío de alto costo para la E y el equipo tratante.
- El 100% de las E requirieron nuevos estudios diagnósticos; en 85% se confirmó infección previa.
- Los RNs de E con Ild e IA tuvieron evaluación post-natal por el mismo equipo; los sintomáticos iniciaron tratamiento integral precoz.