

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

INFECCIONES PARASITARIAS EN EL RECIEN NACIDO

TOXOPLASMOSIS

- Esta infección ampliamente distribuída en la población general es producida por un parásito denominado *Toxoplasma gondii* cuyo huésped definitivo es el gato y otros felinos quienes excretan en sus deposiciones ooquites.
- La infección puede ser adquirida por tres formas:
 - Ingestión de carnes (vacuno, cerdo, cordero) insuficientemente cocidas.
 - Ingestión de alimentos contaminados con heces de gatos o contacto con tierra o pastos contaminados.
 - Transmisión transplacentaria.
- La infección es generalmente asintomática, sólo el 10% de los casos evoluciona con infección aguda y presenta un síndrome mononucleósico.
- Sólo la infección primaria se trasmite al feto. Esta ocurre entre 0.1 a 1% de los embarazos y el 40% de los fetos presentan infección congénita.
- La transmisión varía dependiendo de la etapa de gestación en que se adquiere la infección, siendo de 15% en el primer trimestre y llegando al 60% en el tercer trimestre. La gravedad de la infección es inversamente proporcional a la edad gestacional.

CUADRO CLÍNICO

- El compromiso fetal es más severo si la infección se adquiere precozmente presentando el recién nacido bajo peso de nacimiento, microcefalia, calcificaciones intracraneanas, coriorretinitis, microftalmia, hepatoesplenomegalia, púrpura, cuadro descrito como típico de Toxoplasmosis. Sin embargo, la gran mayoría de los recién nacidos presentan infecciones inaparentes que con los años desarrollan secuelas neurológicas tales como:
 - Coriorretinitis.
 - Retraso del desarrollo psicomotor.
 - Retraso mental.
 - Sordera.
 - Estrabismo.
 - Hidrocefalia.

DIAGNOSTICO

- **Serológico: IgM o IgA específica o títulos en ascenso de IgG durante los primeros seis meses de vida.**
- **Reacción de polimerasa en cadena (PCR) para detectar DNA en líquido amniótico y LCR.**

TRATAMIENTO

- **Se recomienda tratar a la mujer embarazada con infección primaria para disminuir el riesgo de transmisión al RN.**
 - **Espiromicina 1 gramo cada 8 horas por 4 semanas.**
 - **Alternativa: pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico por 4 semanas.**
 - **Hay que tener presente que la pirimetamina está contraindicada en las primeras 16 semanas de embarazo.**
- **El recién nacido sintomático o asintomático debe ser tratado con:**
 - **Pirimetamina 1mg/kg/día por tres días seguido por 1mg/kg cada 2 días + sulfadiazina 100mg/kg/día en dos dosis + ácido fólico 5 mg oral dos veces por semana. Esto se puede usar 21 días alternado con 4 semanas de Espiromicina 100mg/kg/día en tres dosis, especialmente en aquellos casos en que se quieran disminuir los efectos tóxicos.**
 - **El tratamiento es prolongado. Seguimiento de 1 año, con controles de hemograma, evaluaciones oftalmológicas y neurológicas cada tres meses y luego anual.**
 - **En caso de coriorretinitis progresiva se recomienda el uso de Prednisona 1,5 mg/kg/día por 7 a 10 días.**

PREVENCION

- **Prevenir la infección en mujeres embarazadas susceptibles, recomendándoles:**
 - **No ingerir carnes crudas.**
 - **Evitar contacto con materiales contaminados con deposiciones de gato.**
 - **Lavado de manos riguroso cuando se manipulen objetos potencialmente contaminados.**
 - **No adquirir un nuevo gato o gatito durante el embarazo.**
 - **Usar guantes cuando se trabaja en el jardín y lavarse bien las manos.**

ENFERMEDAD DE CHAGAS

EPIDEMIOLOGIA

- La enfermedad de Chagas es producida por un protozoo hemoflagelado llamado *Tripanozoma Cruzi* transmitido por varias especies de insectos pertenecientes al género *triatoma*. La infección es endémica en Latinoamérica y en Chile la más alta prevalencia se ve en las zonas cordilleranas del norte.
- La transmisión al hombre se produce por picadura del vector infectado, ocasionalmente por productos de sangre contaminados y al feto a través de la placenta con un riesgo de transmisión de 6-10%. La transmisión transplacentaria puede ocurrir en la infección aguda o crónica y repetirse en embarazos sucesivos.

CUADRO CLÍNICO

- La infección transplacentaria puede producir aborto, muerte in útero y parto prematuro.
- Los signos y síntomas más frecuentes son: hepatomegalia, anemia, bajo peso, aumento del tamaño placentario.
- Con menor frecuencia meningoencefalitis, convulsiones, coriorretinitis.

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico se realiza con exámenes que detectan al parásito completo, sus fracciones o los niveles de anticuerpos específicos contra *T. Cruzi*.
- Los más utilizados son la gota gruesa y el examen al fresco, ambos buscan identificar el parásito y dependen de la fase de la infección siendo muy útil en la fase aguda.
- Actualmente la PCR es útil en infecciones agudas y crónicas y muy sensible para diagnóstico y seguimiento de infecciones congénitas.
- Se considera RN con Chagas a un neonato de mujer infectada con *T. Cruzi* sintomático o asintomático con:
 - Parasitemias demostrada ya sea con PCR o método directo positivo.
 - Niveles de anticuerpos específicos mediante reacción de inmunofluorescencia indirecta (R. I.F.I).
 - IgG del RN a lo menos dos diluciones más altas que su madre.
 - Persistencia de títulos de IgG después de los seis meses de vida o títulos en ascenso.

TRATAMIENTO

- Nifurtimox: 5 a 10 mg/kg/día fraccionado cada 12 horas, vía oral por 60 días. Se recomienda iniciar con 5 mg/kg/día e ir aumentando cada tres días hasta llegar a los 10mg.
- Evaluar cada 15 días con hemograma y pruebas hepáticas.
- Control médico y serológico con PCR e IgG titulada a los 3, 6, 12 y 24 meses de finalizado el tratamiento. Si PCR persiste positiva después de los 6 meses evaluar posibilidad de repetir el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. **Red Book 2000. Report of the Committee on Infectious Disease 25th Edition.**
 2. **Seminars in Pediatrics Infections Disease. Vol 10 n° 3; julio 1999.**
 3. **Kinney JS, Kumar ML. Should we expand the TORCH complex? A description of clinical and diagnostic aspects of selected old and new agents. Clin Perinatol. 1988 Dec;15(4):727-44. Review.**
 4. **Newton ER. Diagnosis of perinatal TORCH infections. Clin Obstet Gynecol. 1999 Mar;42(1):59-70; 174-5. Review**
 5. **Mets MB. Eye manifestations of intrauterine infections. Clin North Am Ophthalmol. 2001 Sep; 14 (3):521-31. Review.**
 6. **Greenough A. The TORCH screen and intrauterine infections. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1994 May;70(3):F163-5. Review.**
-