



Toxoplasmosis y embarazo

L. Mandelbrot

La detección de la toxoplasmosis en la mujer embarazada es obligatoria en algunos países y está poco difundida en otros. A pesar de una disminución de la incidencia de la toxoplasmosis, la detección se justifica por la posibilidad de actuar a varios niveles: reglas higienicodietéticas para mujeres seronegativas, tratamiento profiláctico en caso de seroconversión, diagnóstico prenatal con amniocentesis y reacción en cadena de la polimerasa (PCR), tratamiento prenatal en caso de infección fetal, interrupción médica de la gestación en caso de pronóstico desfavorable, tratamiento y seguimiento de los niños con toxoplasmosis congénita. Sin embargo, la eficacia de algunas de estas medidas todavía no está validada, sobre todo la profilaxis para disminuir la transmisión madre-hijo del parásito, que por primera vez ha sido motivo de un ensayo terapéutico aleatorizado. Frente a la sospecha de una seroconversión, se recomienda una atención médica especializada y sin demora. El diagnóstico serológico suele ser difícil, sobre todo en presencia de inmunoglobulinas M en el primer trimestre, situación que requiere la consulta a un laboratorio especializado. Desde el punto de vista clínico, antes de cualquier tratamiento hay que derivar a la paciente a un centro de referencia, en el que, previa evaluación y entrega de información completa, se decide con la paciente la prescripción de un posible tratamiento y la organización de un diagnóstico prenatal.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Toxoplasmosis; Transmisión madre-hijo; Fetopatías; Diagnóstico prenatal; Tratamiento in utero.

Plan

| | |
|--|----|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Contexto histórico e internacional | 1 |
| ■ Epidemiología | 2 |
| ■ Historia natural | 2 |
| Efecto del embarazo sobre la toxoplasmosis | 2 |
| Efecto de la toxoplasmosis sobre el embarazo | 2 |
| Efectos potenciales a largo plazo | 3 |
| Transmisión madre-hijo | 3 |
| Reinfección-reactivación | 3 |
| Toxoplasmosis congénita | 4 |
| ■ Diagnóstico prenatal de la toxoplasmosis congénita | 4 |
| Evaluación del pronóstico | 5 |
| Interrupción médica de la gestación | 5 |
| ■ Prevención de la toxoplasmosis congénita | 6 |
| ■ Tratamiento | 6 |
| Eficacia del tratamiento in utero | 6 |
| Eficacia del tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de transmisión maternofetal | 7 |
| ■ Ensayo terapéutico TOXOGEST | 8 |
| ■ Conducta práctica y práctica actual | 8 |
| Recomendaciones de la Haute Autorité de Santé | 8 |
| Interpretación de los resultados serológicos | 8 |
| Información a las pacientes | 9 |
| Diagnóstico prenatal: conducta práctica | 9 |
| ■ Seguimiento del niño | 10 |
| ■ Conclusión | 10 |

■ Introducción

La prevención de la toxoplasmosis congénita, durante mucho tiempo erróneamente trivializada, es un tema de actualidad. Los adelantos de las técnicas de detección y de diagnóstico prenatal son innegables, pero la disminución de la incidencia y las dudas sobre la eficacia de las estrategias usuales de tratamiento suscitan interrogantes.

En Francia, por ejemplo, la Haute Autorité de Santé (HAS) ha emitido algunas recomendaciones con relación a la toxoplasmosis durante el embarazo^[1] (Cuadro 1) y prevé su revisión en un lapso de 5 años. La HAS pone de relieve la falta de prueba sobre la eficacia de los tratamientos prescritos en caso de toxoplasmosis materna y reclama la realización de ensayos aleatorizados. Se insiste en la prevención primaria y la derivación de cualquier mujer con una seroconversión presunta o confirmada, lo más pronto posible y antes de iniciar cualquier tratamiento, hacia un equipo de referencia y en contacto con un centro multidisciplinario de diagnóstico prenatal (CPDPN).

■ Contexto histórico e internacional

La detección serológica mensual es obligatoria en Francia. Por desgracia, la detección de la toxoplasmosis congénita provocó en el pasado una sucesión de contraejemplos. En primer lugar, los embarazos fueron interrumpidos (interrupción médica de la gestación

Cuadro 1.

Recomendaciones de la Haute Autorité de Santé de 2009.

Determinar el estado inmunitario respecto a la toxoplasmosis antes del embarazo (preconcepcional) debido a las posibles dificultades de interpretación durante el embarazo

En ausencia de serología positiva antes del embarazo, prescribir una serología de toxoplasmosis al comienzo del embarazo

Explicar a las mujeres seronegativas embarazadas (o con un proyecto parental) las reglas higienicodietéticas

Ante una sospecha de seroconversión:

- no prescribir ningún tratamiento sin la opinión de expertos
- hacer controlar los sueros en un laboratorio especializado (evitar una conclusión apresurada, sobre todo con relación a las IgM y a las IgG positivas al comienzo del embarazo, o la aparición de IgM sin IgG durante el embarazo)
- derivar lo antes posible a la mujer hacia un centro de referencia; allí, junto con la paciente, previa evaluación y entrega de información completa, el equipo podría decidir la prescripción de un tratamiento

Ig: inmunoglobulinas.

[IMG]) por el solo hecho de una seroconversión, incluso en presencia de inmunoglobulinas M (IgM) en la prueba serológica del primer trimestre (se recuerda la fórmula impactante $IgM = IMG$), hasta que F. Daffos puntualizó, a comienzos de la década de 1980, el primer diagnóstico prenatal^[2,3]. Después se interrumpían por una mera infección fetal, hasta que algunos equipos^[4] decidieron mantener los embarazos con fetos infectados y se definieron elementos pronósticos bastante fiables.

Respecto a la prescripción de espiramicina, forma parte de la conducta usual desde hace 30 años, hasta el punto de que se enseña en las facultades de medicina, es considerada erróneamente por muchos médicos como un dogma medicolegal y se prescribe muy a menudo sin prueba fehaciente de la seroconversión. Sin embargo, su eficacia dista de estar demostrada.

En otros países la conducta es variable. Fuera de Europa continental, sobre todo en Estados Unidos y en Gran Bretaña, nunca se implantó la detección. En Suiza, la detección fue suprimida en 2008^[5]. En algunos países europeos se efectúa una detección neonatal, lo que por definición supone la ausencia de tratamiento prenatal (Escandinavia, Polonia). La detección es corriente (aunque más a menudo trimestral que mensual) en Italia del Norte, Bélgica y Austria.

■ Epidemiología

En Francia se observa una fuerte disminución de la incidencia y de la prevalencia de la toxoplasmosis, atribuible a la mejora de la higiene alimentaria. En la práctica, esto conduce a vigilar las serologías en más mujeres embarazadas con un número más bajo de seroconversiones. La proporción de mujeres embarazadas con anticuerpos anti-toxoplasmosis ha caído del 84% en la década de 1960 al 54% en 1995, al 44% en 2003 y al 37% en 2010^[5].

Las mujeres jóvenes y primíparas son las más expuestas. El índice de seroconversión durante el embarazo se estimó en 1,9-2,5 por mil nacimientos en 2010, es decir, 1.000-1.300 casos por año^[6]. Existen claras diferencias entre regiones y en función de variaciones estacionales^[7]. La mayoría de las primoinfecciones se debe al consumo de carne mal cocinada y le sigue la ingestión de alimentos contaminados por tierra. El contacto con los gatos casi nunca se menciona^[8].

En 2010, la encuesta ToxoSurv (con la participación de 109 laboratorios) permitió registrar 244 casos de toxoplasmosis congénita, es decir, una incidencia de alrededor de 3/10.000 nacimientos^[9].

Respecto al diagnóstico prenatal, en Francia la actividad es registrada por la Agence de la Biomédecine (www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2010/donnees/diag-prenat/01diag-prenat/figures/TDPN13.gi). En promedio, entre 2006 y 2011, el número de amniocentesis por toxoplasmosis fue de 1.390 por año, con 117 resultados positivos y 11 IMG.

Estas cifras inducen a efectuar algunas observaciones. Entre los niños nacidos con una toxoplasmosis congénita, el 59% no recibió diagnóstico prenatal^[9]. Ahora bien, más del 50% de las amniocentesis se efectuó por sospechas de toxoplasmosis del primer trimestre, y menos del 8% se relacionaba con toxoplasmosis del tercer trimestre. Estos dos elementos pueden interpretarse del modo siguiente:

- hay muchas amniocentesis en exceso por IgM positivas al principio del embarazo, cuando la infección es anterior al embarazo y, por tanto, el riesgo de transmisión es ínfimo (cf infra);
- a menudo no hay amniocentesis en caso de seroconversión tardía, cuando en este caso el riesgo de transmisión es alto.

■ Historia natural

Toxoplasma gondii es un parásito intracelular obligado que pasa por tres estadios (Fig. 1):

- ovoquiste: forma eliminada con las deyecciones de los gatos y resistente en el medio externo (lecho de los gatos, tierra, alimentos contaminados por tierra);
- bradizoíto: forma quiescente dentro de los quistes que se forman en los músculos del huésped (por tanto, la carne);
- el taquizoíto (o trofozoíto): forma de replicación y de diseminación en el organismo (y de paso transplacentario).

El ciclo parasitario comprende una reproducción asexual en el huésped definitivo, el gato, y una reproducción asexual en los demás mamíferos (y aves).

Hay diversas cepas de *T. gondii*. En Francia, por ejemplo, la cepa II es responsable de la mayoría de los casos de la región metropolitana. Otras cepas se asocian a lesiones más graves^[10]. Se encuentran en Sudamérica, incluida la Guayana Francesa^[11]. En la gravedad de la infección también intervienen factores inmunitarios y genéticos del huésped^[12].

Efecto del embarazo sobre la toxoplasmosis

En mujeres con una serología de toxoplasmosis anteriormente positiva se pueden producir reactivaciones que estarían favorecidas por las modificaciones inmunitarias. No hay consecuencias para la mujer, excepto en dos situaciones:

- un déficit inmunitario (síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], inmunosupresores);
- una toxoplasmosis congénita en la mujer, que expone al riesgo de reactivar una coriorretinitis en el transcurso del embarazo^[13].

El embarazo favorecería la aparición de una toxoplasmosis. Al respecto, en un estudio brasileño se demostró que la incidencia era dos veces mayor durante el embarazo que fuera de éste^[14].

Efecto de la toxoplasmosis sobre el embarazo

El parásito no influiría como tal sobre el embarazo, excepto en lo que se refiere a su transmisión. La toxoplasmosis suele ser asintomática o paucisintomática, sin fiebre elevada ni contracciones uterinas. Nunca se ha demostrado un aumento del riesgo de aborto espontáneo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3919150>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3919150>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)