

Infecciones Congénitas “TORCH”

Int. Matías Rodríguez

Dra. Cisternas

Temario

- Introducción
- Toxoplasmosis
- Sífilis
- Chagas
- Rubeola
- CMV
- Herpes tipo 1
- Zika

Introducción

- El termino TORCH universalmente se utiliza para describir un RN con una infección congénita.
 - Toxoplasma / Otros / Rubeola / CMV / Hepes simple.
 - Dentro de “Otros” encontramos enterovirus, PV B19, sífilis, VIH, VVZ, etc.
- El cuadro clínico varía según:
 - Momento del embarazo, vía de contagio, existencia de inmunidad materna.
- Puede producir:
 - abortos, mortinatos, RCIU.
 - La mayoría puede tener síntomas al nacer o un desarrollo progresivo hasta los 2 años

Introducción

Cuadro clínico sugerente:

- RN PEG
 - Ictericia
 - Petequias
 - Hepato-esplenomegalia
- Sepsis neonatal con cultivos negativos

Introducción

Hallazgos ecográficos sugerentes:

Tabla 1. Hallazgos ecográficos sugerentes del síndrome TORCH

Retardo del crecimiento intrauterino	Hepato/esplenomegalia
Microcefalia	Calcificaciones hepáticas
Ventriculomegalia cerebral o hidrocefalo	Intestino ecogénico*
Calcificaciones intracraneales	Ascitis fetal
Cataratas	Hidrops fetal
Cardiomegalia	Oligohidroamnios
Insuficiencia cardíaca congestiva	Polihidroamnios

Fuente: Ref. 3.

Introducción

- Diagnóstico diferencial

	<i>Toxoplasma gondii</i>	Virus rubéola	Citomegalovirus	Virus herpes simplex	<i>Treponema pallidum</i>	Virus varicela-zoster	Sepsis bacteriana
RCIU	+	+	+	-	-	+	-
Erupción, petequias, púrpura	+	+	+	+	+	+	+
Ictericia	+	-	+	-	-	-	+
Hepato/esplenomegalia	+	+	+	+	+	+	+
Microcefalia	+	-	+	+	-	+	-
Hidrocefalia	+	+	+	-	-	-	-
Calcificaciones intracraneales	+	-	+	+	-	+	-
Corioretinitis	+	+	+	+	-	+	-
Cataratas	+	+	-	+	-	-	-
Hipoacusia	+	+	+	+	-	-	-
Cardiopatía congénita	-	+	-	-	-	-	-

RCIU: retraso en el crecimiento intrauterino. Ref. 5.

Toxoplasmosis

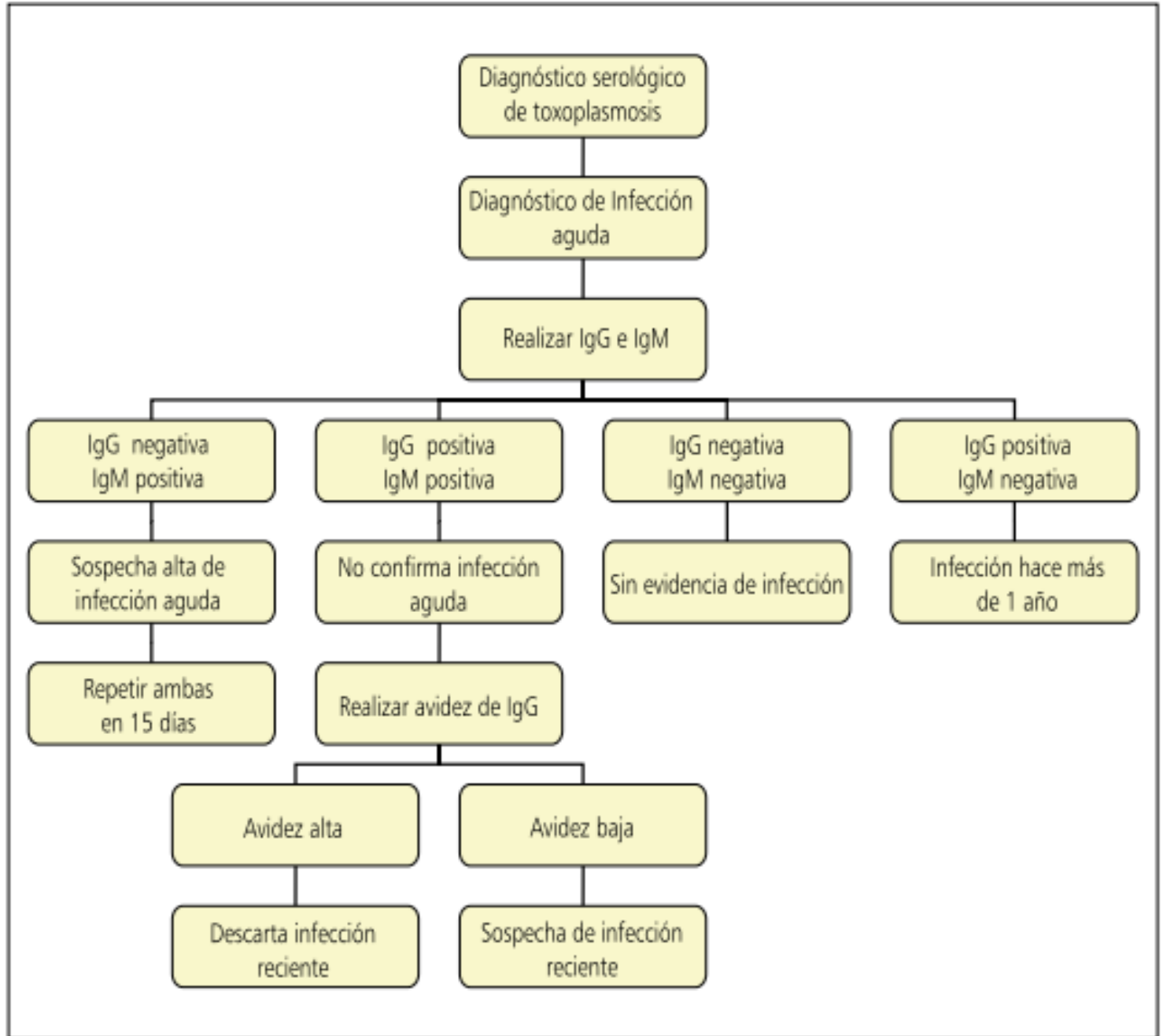
- 40% seropositividad en adultos
- Solo hay riesgo de traspaso transplacentario en primoinfección
- Aumenta el riesgo de traspaso a mayor EG
- Disminuye la gravedad a mayor EG
- Principal Dg. Dif.: CMV

Tabla 3. Riesgo de transmisión y afectación fetal de la toxoplasmosis congénita según el momento del embarazo en que se produce la infección

Edad gestacional	Transmisión vertical	Afectación fetal	Tipo de afectación
< 14 semanas	< 10%	60%	Puede ser grave. Lesiones intracraneales y oculares
14-28 semanas	15-55%	25%	En general no es grave, lesiones oculares
> 28 semanas	> 55-80%	15%	Excepcional afectación intracraneal, lesiones oculares

Toxoplasmosis

- Diagnóstico: Serológico materno
- Objetivo: Diagnosticar una infección aguda materna.



Toxoplasmosis

Prevención primaria en mujeres seronegativas:

- Lavado de manos antes de ingerir alimentos.
- Ingestión de carnes rojas bien cocidas, no consumir carnes ahumadas o en salmuera.
- Lavado minucioso de las manos luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Limpieza de las superficies y utensilios de cocina que tuvieron contacto con carne cruda.
- No ingerir vegetales crudos cuando no se pueda asegurar que fueron bien lavados.
- Si realiza trabajos de jardinería, debe usar guantes y luego lavarse las manos.
- Evitar contacto con excretas de gato. En el caso de poseer mascota felina se recomienda remover las excretas diariamente, con guantes y lavado posterior de sus manos, ya que los ooquistes son infectantes a partir de las 36 h de su eliminación

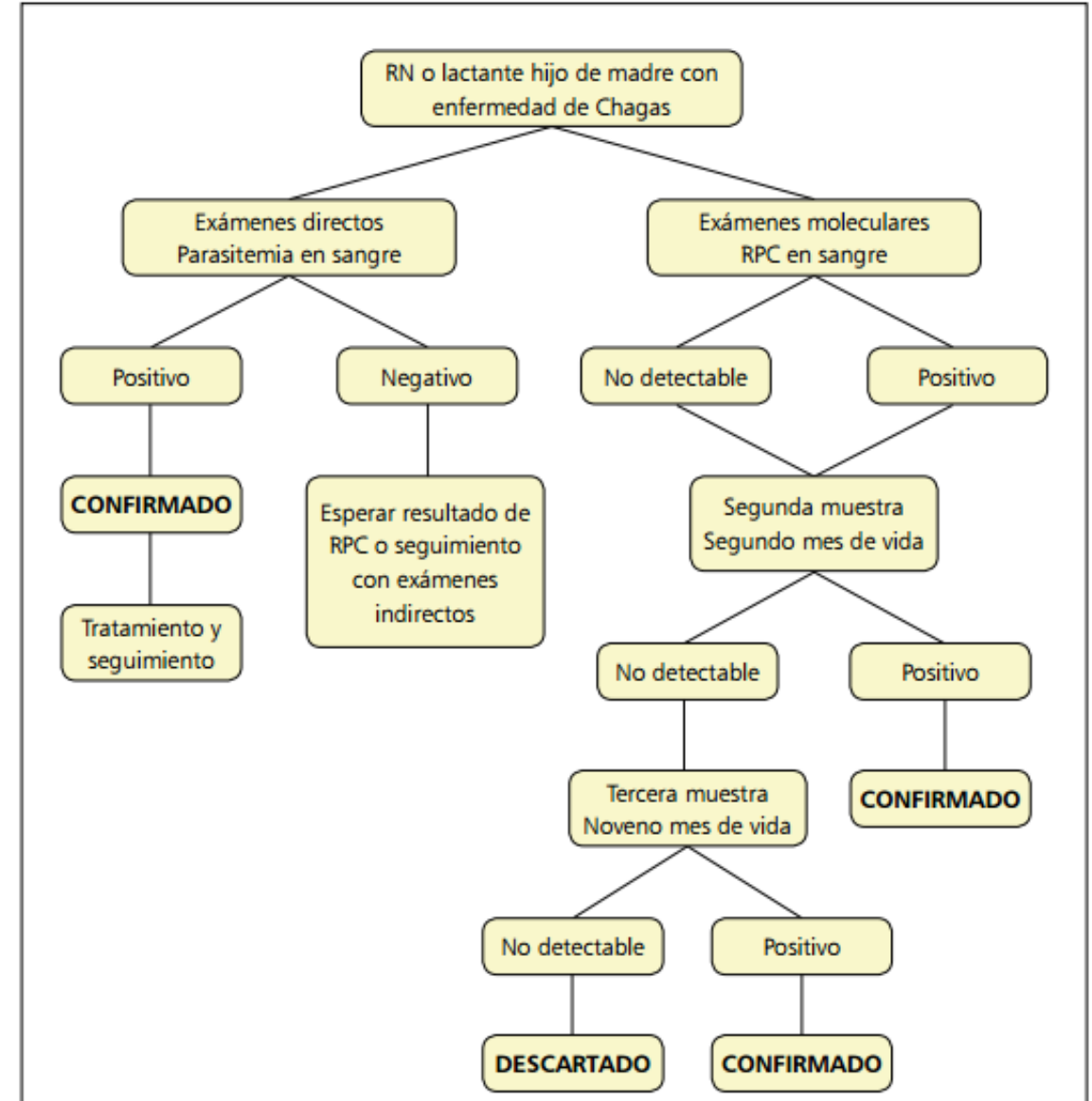
Sífilis

Chagas

- Trypanosoma Cruzi
- Traspaso en cualquier fase de la enfermedad.
- ↑ Con EG
 - ↑ Parto prematuro, RCIU
- RN mayoritariamente asintomático
 - Pueden existir signos clásicos
- Tamizaje desde R. Arica hasta R. O'Higgins con IgG

Chagas

- Diagnóstico y tratamiento en RN



Rubéola

- Afecta mujeres susceptibles en el 1er trimestre de embarazo
 - ↑↑ Riesgo en primeras 8 semanas.
- Puede provocar: Aborto, mortinato, SRC.
- SRC:
 - Anomalías cardíacas (DAP)
 - Hipoacusia
 - Microcefalia
 - Microftalmia
 - RCIU

Sospecha y diagnóstico

Tabla 10. Definición de caso de síndrome de rubéola congénita según OMS

Caso sospechoso

Todo lactante menor de 1 año en que un profesional de la salud sospeche SRC. En particular cuando presente enfermedad cardíaca y/o sospecha de sordera y/o uno o más de los siguientes signos oculares: cataratas, disminución de la visión, nistagmos, estrabismo, microftalmos, glaucoma; o cuando la madre tenga historia de sospecha o confirmación de rubéola durante el embarazo, aún con RN sin signos de este síndrome

Caso confirmado

Lactante con diagnóstico de dos complicaciones especificadas en A o una de sección A y una de sección B:

A: cataratas, glaucoma congénito, cardiopatía congénita, hipoacusia, retinopatía pigmentaria

B: Púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalitis, radiolusencia ósea, ictericia que inicia en las primeras 24 h de vida

Caso confirmado por laboratorio

Lactante con anticuerpos IgM (+) a virus rubéola que tiene confirmación clínica del síndrome

Infección congénita por rubéola

Lactante con anticuerpos IgM (+) a rubéola que no tiene clínica confirmada del síndrome

Citomegalovirus

- Causa más común de infección congénita (0,5-2% RN)
- Causa más común de hipoacusia neurosensorial RN
- Depende de la seroprevalencia
 - Actualmente 90% NSE bajo y 50% en NSE alto
- Puede adquirirse en primoinfección (40%) o reactivación (1%)
- A mayor EG aumenta el riesgo de infección pero disminuye gravedad.

Citomegalovirus

- Cuadro clínico:
- 15% sintomáticos al nacer:
 - HNS, déficit neurológico, muerte.
- 90% de todos los infectados progresan a:
 - HNS
 - RDSM
 - Deficit visuales
 - Corioretinitis
 - Microcefalia
 - Parálisis cerebral

Diagnóstico

- Serología en la madre es de baja eficacia
 - IgM: 30% de primo infecciones y perdura 1 año
 - IgG: puede elevarse en reinfecciones y reactivaciones.
 - IgM + IgG de baja avidéz traduciría una primoinfección de 3-4 meses.
- Para diagnosticar infección fetal:
 - En ecografía habrá poli u oligoHA, hepato-esplenomegalia, calcificaciones IH, microcefalia, calcificaciones intracraneales.
 - Amniocentesis desde semana 21'+ PCR CMV
- Para diagnostico en RN
 - Shell vial o PCR en orina y saliva

Tratamiento

- Solo hay estudios que sostienen tratamiento con ganaciclovir EV para RN sintomáticos.
- No hay estudios suficientes que recomienden terapia para RN asintomáticos con infección.
- No hay tratamiento para evitar la infección in-utero.
 - Inmuno-globulina hiperinmune es prometedora.

Prevención

- No existe vacuna
- Medidas generales se recomiendan en todas las mujeres en edad fértil, especialmente aquellas que interactúan con niños menores de 3 años.

Tabla 12. Recomendaciones del CDC, Atlanta, E.U.A., para la prevención de la infección por citomegalovirus en la mujer embarazada

Lave sus manos con agua y jabón por 15-20 seg, especialmente luego de cambiar pañales, alimentar, sonar la nariz o manipular juguetes de niños pequeños

No comparta comida, bebidas o cubiertos con niños pequeños

No ponga el chupete de su hijo en la boca de la mujer embarazada

No comparta cepillos de dientes con niños pequeños

Evite el contacto con la saliva al besar niños

Limpie juguetes, mudadores u otras superficies que estén en contacto con orina o saliva de niños