

Valoración del riesgo de transmisión vertical y enfermedad fetal en la toxoplasmosis

Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counselling.

Dunn D., Wallon M., Peyron F., et al. *Lancet* 1999; 353: 1829-33.

Pronóstico

Objetivo

Estimar con precisión el riesgo de transmisión vertical e infección congénita de toxoplasmosis de acuerdo al momento exacto de seroconversión durante la gestación con el fin de brindar un correcto asesoramiento.

Diseño

Revisión de base de datos con información materna, pediátrica y de laboratorio.

Lugar

Department of Epidemiology and Public Health, University College London Medical School, y Laboratoire de Parasitologie et de Pathologie Exotique, Hospital de la Coix-Roisie, Francia.

Evaluación de factores pronósticos

Se recogieron datos de la gestación (principalmente fecha de seroconversión), anomalías fetales detectadas por ecografía, resultados de diagnóstico prenatal, resultado gestacional y datos del examen pediátrico (momento de hallazgo de: esplenomegalia, hepatomegalia, coriorretinitis, calcificaciones intracraneales).

Medición de resultados principales

Fueron incluidas exclusivamente madres con seroconversión comprobada durante el embarazo (primera determinación durante la gestación, negativa). El diagnóstico de infección fetal se basó en serología o PCR de material obtenido por cordocentesis o amniocentesis. Se definió como infección congénita a la persistencia de

Ig G específica en el niño más allá de los 12 meses de edad. En fetos muertos y abortos se aceptó como positivo el resultado de la PCR o la inoculación en ratón.

Pacientes

El análisis se basa en 603 madres con seroconversión comprobada y 591 recién nacidos vivos, 3 abortos espontáneos, 5 abortos provocados, y 3 fetos muertos. En 42 casos no se pudo determinar el estado serológico de los recién nacidos.

Resultados principales

Se documentó transmisión materno fetal en por lo menos 161 casos (153 nacidos vivos, 5 abortos provocados, 3 fetos muertos) es decir 29% (IC 95% 25-33), excluidos los indeterminados. El riesgo fue de 6% (IC 95% 3-9) a las 13 semanas, 40% (IC 95% 33-47) a las 26 semanas y de 72% (IC 95% 60-81) a las 36 semanas. De los 153 recién nacidos vivos con infección congénita, 41 (27%) presentaron por lo menos un signo específico de toxoplasmosis congénita, siendo el más frecuente la coriorretinitis.

El riesgo de desarrollar signos clínicos estuvo estrechamente relacionado a la edad gestacional en que se produjo la seroconversión: 61% (IC 95% 35-85) a las 13 semanas, 25% (IC 95% 18-33) a las 26 semanas y de 9% (IC 95% 4-17) a las 36 semanas.

Conclusiones

Esta información permite asesorar con mayor exactitud a la embarazada con toxoplasmosis aguda durante el embarazo, respecto de los potenciales riesgos y opciones terapéuticas.

Fuente de financiamiento: Sin conflicto de interés.

COMENTARIO

La infección primaria¹ por *Toxoplasma Gondii* durante la gestación puede causar infección fetal, con serias consecuencias para el recién nacido: coriorretinitis, calcificaciones cerebrales, hidrocefalia y daño neurológico. La prevalencia está íntimamente ligada al riesgo de infección primaria al momento del embarazo: menor prevalencia de mujeres inmunizadas indica mayor incidencia de infección aguda en esa población, por lo tanto mayor riesgo de infección primaria en mujeres expuestas.

Esto ha llevado, en países como Francia, al desarrollo de programas de rastreo serológico con el propósito de disminuir los casos de toxoplasmosis congénita, mientras otros países como el Reino Unido no han encontrado evidencia que justifique poner en marcha tales programas.² Un estudio basado en población metropolitana de clase media de Buenos Aires muestra una prevalencia de 27% (IC95% 24-30%) de mujeres embarazadas inmunizadas³, ubicándolas dentro del grupo de poblaciones con baja prevalencia.

En nuestro país no hay una recomendación oficial al respecto; sin embargo, existe una conducta médica a favor del rastreo, aceptada como

correcta, pero nunca evaluada con riguroso criterio científico.

Este trabajo aporta cifras de riesgo a partir del momento de la seroconversión; anteriormente las cifras disponibles se referían groseramente a los diferentes trimestres de la gestación.

Si bien este estudio provee información de importancia, estos datos no reflejan la historia natural de la toxoplasmosis congénita ya que la mayor parte de las pacientes seroconvertidas recibieron tratamiento. El no conocer las cifras reales impiden valorar el verdadero efecto del tratamiento. Por otro lado las estimaciones que surgen en ambos extremos de edades gestacionales se basan en un número escaso de pacientes, siendo las mismas menos precisas.

Estos datos, junto a la puesta a punto de técnicas que mejoran el diagnóstico prenatal⁴ permiten un asesoramiento más exacto de los potenciales riesgos de esta enfermedad adquirida durante el embarazo. Dos temas importantes que requieren mayor investigación son la efectividad del tratamiento y la evolución a largo plazo de los niños con infección congénita⁵.

Dr. Gustavo H. Izbizky

Sección Medicina Fetal. Servicio de Obstetricia. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Remington JS, McLeod R, Desmonts G. "Toxoplasmosis" en "Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant" Remington and Klein. WB Saunders 4th ed., 1995: 140-267.
2. Antenatal screening for toxoplasmosis in the UK. Editorial. *Lancet* 336:346, 1990.
3. Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Seroprevalencia de anticuerpos anti *Toxoplasma* en una población obstétrica. (En prensa).
4. Hohlfield P, Daffos F, Costa JM, et al. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with polymerase chain reaction test on amniotic fluid. *N Eng J Med* 1994; 331: 695-99.
5. Roizen N, Swisher C, Stein M, et al. Neurologic and developmental outcome in treated congenital toxoplasmosis. *Pediatrics* 1995; 95: 11-20.