

TOXOPLASMOSIS Y EMBARAZO EN LA MATERNIDAD "NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA", DE SANTO DOMINGO, R.D.

* Dra. Lila Chahín de Pepén

† Dra. Luz Patria Deschamps A.

** Dr. Alejandro Báez L.

*** Dr. Ramón Badía Dotel

*** Dr. Ramón Castillo

INTRODUCCION

La Toxoplasmosis es una enfermedad endémica producida por un Protozoario, el *Toxoplasma Gondii*, de forma de guineo, de 2 a 4u de ancho y de 1 y 9u de largo, descubierto en animales roedores en Africa por Nicole y Manceaux en el año 1908, pero, hasta el año 1939 no se conocía la infectación de seres humanos cuando Wolf, Cowen y Paige, descubrieron casos de Encefalitis en recién nacidos; a partir de ésto ha sido un tema de gran actualidad, y de interés para muchos países.

No se conocía bien entre nosotros, a pesar de haberse registrado algunos casos aislados; observábamos en nuestras consultas prenatales, un sinnúmero de pacientes que presentaban abortos de causas desconocidas, mujeres infértiles, pacientes con historias de partos prematuros, natimueertos y muertes perinatales; todo ésto nos motivó a investigar la Toxoplasmosis en ellas, encontrándose que era la causa de los trastornos ya que habíamos descartado las demás.

La enfermedad puede ser congénita o adquirida, presentarse en forma aguda o permanecer latente en una paciente, para exacerbarse cuando el *Toxoplasma* encuentre un medio favorable. Puede recidivar en una misma paciente. Se adquiere a través del contacto con los gatos y sus heces ingestión de carnes crudas, legumbres mal cocidas, etc.

Tanto la mujer embarazada como su feto muy frecuentemente sufren la enfermedad. Estudios recientes han concluido que el 20 o/o de las embarazadas tendrán una prueba positiva, pero, solo el 1 o/o tendrán forma activa de Toxoplasmosis. Alrededor del 20 o/o de estas pacientes tendrán neonatos afectados, por lo que se recomienda su investigación de rutina en todas las consultas prenatales.

* Médico Ayudante de Gineco-Obstetricia Maternidad Nta. Señora de la Altagracia, Santo Domingo, R. D.

Profesora: Universidad Autónoma de Santo Domingo.
Universidad Pedro H. Ureña.
Curso Post-Grado de la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia.

† Jefa Consulta Externa Maternidad Nta. Señora de la Altagracia, Santo Domingo, R. D.

** Residente de 2do. Año, Maternidad Nta. Señora de La Altagracia.

*** Residentes de 3er. Año, Maternidad Nta. Señora de la Altagracia.

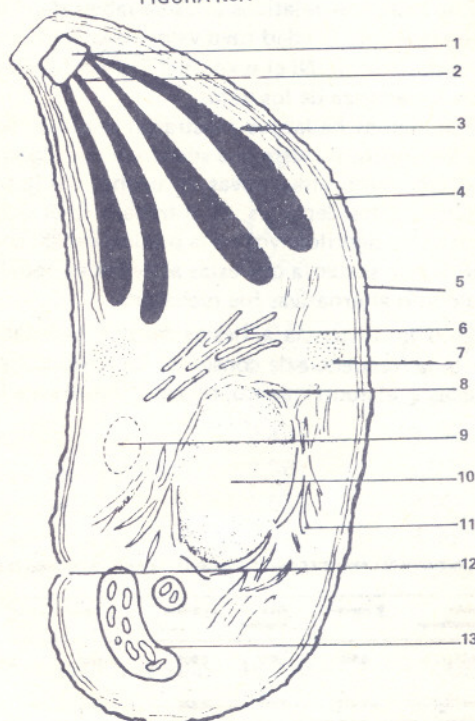
El feto en tales pacientes se infecta en una fase de parasitemia habitualmente asociada con síntomas menores, parecidos a los de la influenza de la madre. El *Toxoplasma* cruza la placenta y es secretado por la leche materna. Otros contagios pueden hacerse de persona a persona por la saliva.

Cuando la mujer gestante se contamina en las primeras semanas de su embarazo, se produce la muerte intraútero y por tanto se producirá el aborto.

El *Toxoplasma* para reproducirse necesita de una célula viva apropiada, es un micro-organismo gram negativo y siempre intracelular, resistente a altas temperaturas, pero no resiste las bajas, de ahí que en las carnes congeladas no se observan. Sus infestaciones son graves pudiendo producir lesiones irreversibles.

Los principales órganos afectados son los ojos y el cerebro, produciendo principalmente coriorretinitis, microftalmias, cataratas, estrabismos y en el cerebro calcificacio-

FIGURA No.1



Estructura interna, esquemática del *Toxoplasma gondii*. 1: Conoide. 2: Fibrillas subopercular. 3: Toxonemas. 4: Membrana interna. 5: Membrana externa. 6: Aparato a Colgi. 7: Ribosoma. 8: Membrana nuclear. 9: Vacuola. 10: Núcleo. 11: Retículo endoplásmico. 12: Micrópilo. 13: Mitocondrias.

nes, microcefalias o hidrocefalias; los niños frecuentemente son afectados con una encefalo-mielitis.

A veces no se presentan lesiones tempranas sino tardías, además hay otros órganos que pueden ser afectados como son el hígado, bazo, pulmones, corazón y aparato digestivo. El *Toxoplasma* tiene gran predilección por el Utero.

La enfermedad cursa siempre con adenopatías ganglionares.

Sabin—Feldman fue el primero en hacer las pruebas para la investigación del *Toxoplasma* llamada también Dye Test, la más usada hasta hoy, pero se conocen otras como son la Inmunofluorescencia indirecta, que es la que entre nosotros se ha difundido más y la que se ha utilizado para esta investigación; las otras son la de Hemaglutinación indirecta de Jacobs y Lunde, usadas desde el año 1957, y la de Fijación del complemento de Westphal.

Algunos consideran que una prueba con títulos de 1:64 es el límite normal, otros no lo consideran así. Una prueba positiva es indicio de que se tiene la enfermedad o se ha padecido anteriormente.

No existe ningún tratamiento que erradique el toxoplasma, pero hasta ahora las drogas más recomendadas y las más efectivas han sido las Sulfas como la Sulfadiazina, la Pirimetamina (Daraprim) y la Espiramicina. Las menos efectivas, son las Tetraciclinas y la Pantomicina. El uso combinado de las Sulfas con la Pirimetamina es muy efectivo. La Pirimetamina es una droga potente, pero es de gran toxicidad por su acción inhibidora del Acido Fólico, con los consiguientes trastornos hematológicos, por lo que se recomienda dar Acido Fólico en el tratamiento de la Toxoplasmosis con este medicamento.

Nosotros solo utilizamos las Sulfas en el tratamiento, realizando controles Hematológicos periódicos, exámenes de orina, etc.

MATERIAL Y METODO

Para esta investigación que es un trabajo preliminar en nuestro Hospital, fueron seleccionadas todas aquellas pacientes gestantes y no gestantes que nos llegaron a la consulta con historia de abortos, natimueertos e infertilidad, detectando un número de 84 pacientes con pruebas positivas, en un período de 10 meses aproximadamente, de las cuales sólo fueron escogidas para nuestra exposición 53 casos, debi-

do a que algunas pacientes no cumplieron a cabalidad lo indicado. Se tomaron 15 pacientes sin los antecedentes señalados como controles, resultando en todas ellas negativa la prueba de investigación para toxoplasmosis.

Todas las pacientes fueron tratadas con Sulfadiazina, por un tiempo determinado, con un período de descanso, mientras se hacían sus controles hematológicos.

Además se les hicieron todos los análisis de rutina.

Según los títulos, se repitió el tratamiento en una misma paciente, hasta alcanzar que los niveles descendieron a cifras más o menos normales.

El tratamiento se detuvo en las últimas semanas del embarazo, para evitar los riesgos que podrían ocasionar el uso de las Sulfas.

Las pruebas utilizadas para la investigación del *Toxoplasma* fue la de Inmunofluorescencia indirecta.

RESULTADOS

En el Cuadro No.1 vemos que en un 75.48 o/o de los casos se presentó parto en el curso del tratamiento, el 24.52 o/o se encuentran aún embarazadas.

Hubo un 81.13 o/o con antecedentes de abortos que es una cifra significativa y pudimos lograr que 10 gestantes lograron un embarazo a término después de ser tratadas. Esto no les había sido posible anteriormente.

Tuvimos un 30 o/o con historia de natimueertos y un 37.74 o/o habían tenido un parto prematuro.

Mujeres portadoras sin ningún hijo vivo ocurrieron en un 43.39 o/o.

De las pacientes afectadas de Toxoplasmosis 39.62 o/o, tenían hijos vivos previo al tratamiento, lo que da entender de que la paciente adquirió la enfermedad con el nuevo embarazo o que los títulos en sangre eran muy bajos.

El parto a término se presentó en un 51 o/o por la vía natural, y el 49 o/o por cesárea. Este gran porcentaje de cesárea está basado por el alto valor obstétrico y el alto riesgo que tenían los productos en cada caso. Se obtuvieron productos de 5 y 9 libras de peso, en buenas condiciones y sin registrarse hasta hoy ningún caso de lesión aparente en el feto.

En la gráfica No.1, podemos observar que los títulos oscilaron entre los niveles de 1:16, hasta 1:2048. Se presentó un caso que el título aumentó a 1:16000 y luego descendió con el tratamiento. Podemos ver en la misma gráfica el orden de frecuencia que alcanzan los títulos: 1:256, 1:64, 1:1024, 1:128, 1:512 y por último 1:32.

Fue utilizada la sulfadiazina en el tratamiento y como vemos en la Gráfica No.2, el mayor número de casos tratados correspondió a las semanas 12, 22 y 30; el menor número de casos se registró a las 10 semanas.

El propósito en esta investigación fue tratar de que pacientes deseadas de concebir, tuvieron un producto a término, o tratar de que por lo menos llegara a una edad compatible con la viabilidad y evitar lesiones tanto en la madre como en el feto.

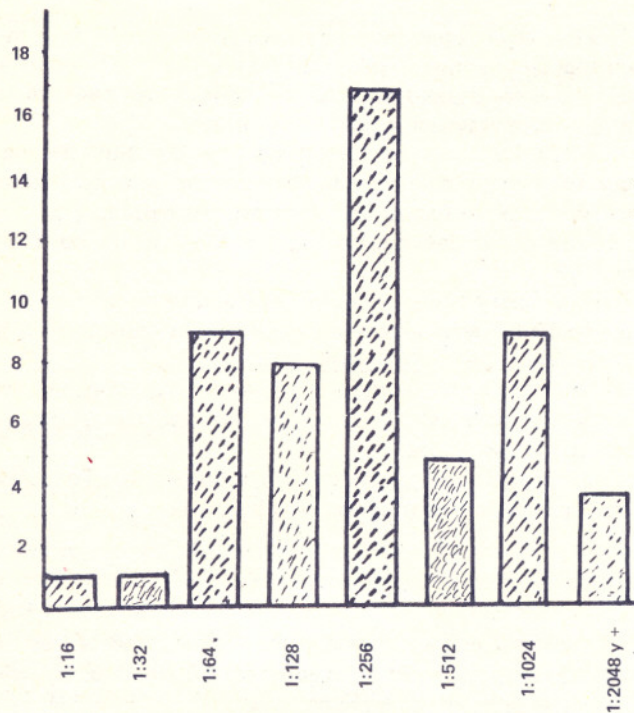
La Gráfica No.3 muestra las semanas de gestación a que se presentó el parto, notándose que el mayor número corres-

CUADRO No.1

ALGUNAS VARIANTES ESTUDIADAS PER SE

Variante	o/o	Variante	o/o
Paridas	75.48	No Paridas	24.52
Tratadas	100	No tratadas	0
Prematuros	37.74	A término	62.26
Abortos	81.13	No abortos	18.87
Natimuerto	30.00		
Sin Hijos V.	43.39	Con Hijos	39.62

NUMERO DE CASOS SEGUN TITULOS REPORTADOS



pondió a las semanas 39 y 40 del embarazo.

En un 76.46 o/o de los casos, los títulos descendieron con el tratamiento y en un 23.54 o/o permanecieron estáticos, lo que demuestra la efectividad de las Sulfas en el manejo de esta enfermedad.

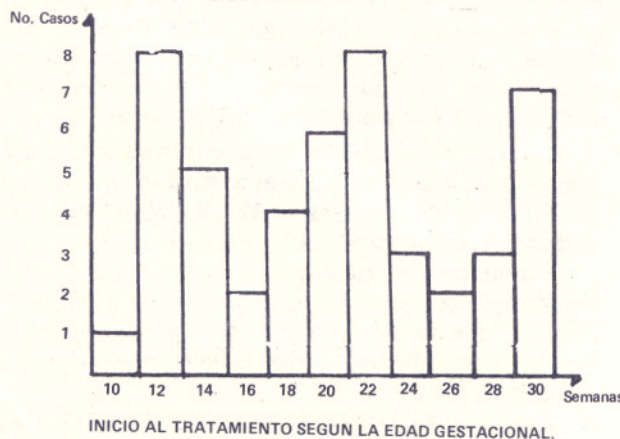
Por otra parte debemos señalar que una de las pacientes estudiadas cursaba con una Lúes tratada, esta paciente era recidivante de la enfermedad; después de ser tratada tuvo un parto a las 40 semanas con un producto en buenas condiciones pesando 7.12 libras al nacer. Además se presentó un caso de Diabetes y otra con historia de Epilepsia.

CONCLUSIONES

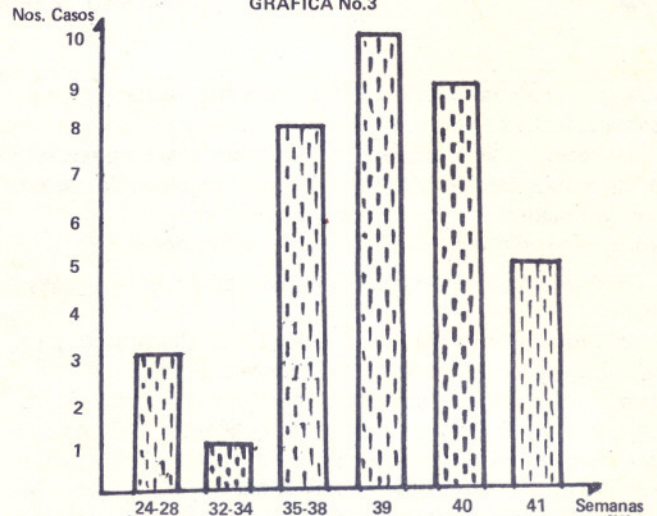
1.- La Toxoplasmosis es una enfermedad que puede producir: Abortos, partos prematuros, infertilidad y muertes perinatales en nuestro país.

2.- Se ha demostrado que por su gran incidencia y por

GRAFICA No.2



GRAFICA No.3



INTERRUPCION DEL EMBARAZO SEGUN EDAD GESTACIONAL

las múltiples complicaciones irreversibles, tanto maternas como fetales, debe ser una investigación más, en la rutina de nuestras pacientes prenatales.

3.- La Sulfadiazina fue la droga de elección en el tratamiento con muy buenos resultados, sin observarse efectos secundarios en la madre ni en los fetos. No tuvimos ningún caso con lesión aparente en los niños nacidos de madres tratadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Diagnóstico y Tratamiento. Gineco-Obstetricia. Ralph C. Bensón. Año 1979. Pág. 883.
- 2.- Manual de Ginecología y Obstetricia. Ralph Bensón. Año 1979, pág. 330.
- 3.- Toxoplasmosis. José Aparicio Garrido. Año 1978.
- 4.- Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Goodman y Gilman. Año 1978, pág. 887, 939 y 943.
- 5.- Perinatal Medicine. Hugh E. Evans y Leonard Glass. Año 1976, pág. 387 y 389.
- 6.- Obstetricia. Williams. Año 1973-1975, págs. 435 y 706.
- 7.- Toxoplasmosis. Juan Hirt y Colaboradores. Año 1974.
- 8.- Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Medicina Fetal. Año 1974, pág. 29.
- 9.- Clínica de Perinatología. (Tratamiento de la Toxoplasmosis en el Embarazo. Dr. Fritz Fuchs - Dra. Anne C. Año 1974, págs. 409, 423.
- 10.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América. Embarazo de Riesgo Alto. Marzo 1973, pág. 148.
- 11.- Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 32 No.6, Diciembre 1972, pág. 611.
- 12.- Archivos Dominicanos de Pediatría. Toxoplasmosis Congénita, Vol. 8 - Enero - Abril, 1972, pág. 14. Hugo R. Mendoza y Eduardo Andújar.
- 13.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Diciembre 1972, pág. 1026.
- 14.- Grandes Síndromes en Obstetricia. Vokaer. Año 1971. Toxoplasmosis, pág. 151.
- 15.- Obstetricia. Schwarcz. Año 1970, pág. 401.
- 16.- Parasitología Clínica. Harold W. Brown. Año 1970, págs. 77 a la 81, 3ra. Edición.
- 17.- Manual de Ginecología y Obstetricia. Ralph Bensón. Año 1969, pág. 385.
- 18.- Tratado de Pediatría. Dr. Waldo E. Nelson. Año 1967, pág. 780.
- 19.- Complicaciones Médicas Quirúrgicas y Ginecológicas en el Embarazo. Joseph J. Revinsky y Guttmacher. Año 1967, pág. 587.
- 20.- Archivos Dominicanos de Pediatría. Vol. 4, Septiembre a Diciembre año 1968. Dres. Nelson Calderón y Luz Tavárez.
- 21.- Archivos Dominicanos de Pediatría. Juan A. Silva. Septiembre a Diciembre 1968. Vol. 4 No.3, 1968.