

INFECCION PRENATAL

X PASTOR

RIESGODE INFECCION PRENATAL:

La infección prenatal requiere un alto índice de sospecha, ya que no siempre, los antecedentes se hallan presentes bien porque faltan o bien porque hayan pasado desapercibidos. Dentro del concepto de infección prenatal se encuentran las englobadas en el acrónimo Torches (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes o sífilis). Sin embargo pueden considerarse hoy en día otras infecciones, especialmente de etiología viral como son las producidas por el virus de la Hepatitis B, varicela-zoster o HTLV-III entre otros.

Podemos considerar recién nacidos con riesgo elevado de infección prenatal a aquellos englobados en alguno de los siguientes grupos:

a) Recién nacido con antecedentes maternos: estos antecedentes deben preguntarse sistemáticamente en la anamnesis:

a.1.— Madre con conocimiento de enfermedad previa en el embarazo (ej. hepatitis tipo B, sífilis, etc.).

a.2.— Madre controlada durante el embarazo con conocimiento de enfermedad infecciosa correctamente diagnosticada y capaz de producir infección fetal.

a.3.— Madre mal controlada durante el embarazo que ha producido procesos tales como "exantemas banales" (rubeola, lúes etc.), "ictericias del embarazo" (citomegalovirus, hepatitis B) ó "vulvovaginitis" (herpes tipo II).

* Corresponde al Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría (Hospital Clínico. Universidad de Barcelona). (Próxima publicación como monografía).

a.4.— Grupos de madres de riesgo elevado (drogadicción, promiscuidad sexual, personal sanitario, etc.).

b) Recién nacidos que presentan alguno de estos problemas:

b.1.— Recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional o niños con falta de medro detectable ya a partir de la primera semana de vida.

b.2.— Recién nacidos con signos de sospecha de infección prenatal (ver apartado 2).

b.3.— Recién nacidos con problemas específicos tales como rinitis persistente serosanguinolenta, asociación de malformaciones, micro-macrocefalia, etc.

En los casos que existan antecedentes maternos conviene profundizar en ellos para descartar otras muchas entidades capaces de producir sintomatología similar en la madre. En caso de confirmar la importancia del antecedente, conviene valorar siempre conjuntamente el recién nacido.

Si existen problemas neonatales similares o los descritos conviene mantener al niño en observación y practicar una determinación de inmunoglobulina IgM durante los 7 primeros días (de preferencia antes del 4º día vida). Si el valor de IgM supera los 30 mg/dl puede considerarse sospecha y si es superior a 40 mg/dl es prácticamente diagnóstico de infección prenatal (debe descartarse la existencia de una transfusión materno-fetal valorando la cifra de IgA).

SOSPECHA DE INFECCION PRENATAL

Se establecerá ante todo neonato con alguno de los siguientes problemas:

a) Riesgo de infección prenatal e IgM superior a 40 mg/dl.

b) "Hidrops fetalís" no inmune.

c) Exantema petequeal y hepatoesplenomegalia.

d) Curva ponderal aplanada y acidosis metabólica persistente.

e) Clínica específica (ej. Sd. de Gregg o formas no sintomáticas de rubeola congénita, pénfigo palmo plantar, exantema vesículo-pustuloso generalizado, pseudoparálisis de Parrot, etc.) En estos casos la conducta es la siguiente:

— Aislamiento del R.N. en incubadora

— Alimentación en principio normal (según su estado clínico). Si se sospecha una hepatitis tipo B es mejor suprimir la lactancia materna y realizar alimentación artificial con las medidas propias de la insuficiencia hepática.

— Exámenes complementarios: se consideran imprescindibles en todos los casos, los siguientes:

— Hemograma completo con fórmula leucocitaria y recuento plaquetario (Anemia, plaquetopenia).

— Equilibrio ácido-base (acidosis metabólica).

— Radiografía de huesos largos (ostecondritis), cráneo (calcificaciones) y tórax (neumonitis)

– Oftalmoscopia (catarata, coriorretinitis)

– Estudio de LCR (meningoencefalitis)

– Exámenes específicos orientados hacia un diagnóstico concreto a practicar tanto en el recién nacido como en la madre en la medida de lo posible. *Rubeola*: evolución del título de Ac maternos y determinación de los Anticuerpos IgM específicos en el R.N. *Citomegalia*: presencia de células en “ojo de buho” en orina, aislamiento del virus (en secreciones vaginales maternas, sangre, LCR u orina del recién nacido). *Hepatitis tipo B*: determinación materna de los antígenos HBs y HBe. *Herpes*: biopsia hepática (con necrosis hemorrágica muy característica). *Toxoplasmosis*: aislamiento del toxoplasma, serología (inmunofluorescencia) o anticuerpos IgM específicos. *Sífilis* FTA, IgM-FTA y VDRL en LCR.

En todos los casos se iniciará tratamiento complementario y si la sospecha clínica es muy evidente, se establecerá tratamiento específico en caso de que lo hubiera (toxoplasmosis, lúes), aún antes de tener la confirmación diagnóstica.

CONFIRMACION DE LA INFECCION

La infección puede confirmarse por la positividad de los exámenes comple-

mentarios específicos, por la asociación clínica y de los exámenes complementarios o por la evolución con el tratamiento. Los tratamientos etiológicos resumidos recomendados son:

a) Lues congénita: Penicilina G-sódica, 50.000 U/kg/d., administrada por vía ev. cada 6 horas, hasta un máximo de 600.000 U/kg (iniciar a 1000 U/kg y ascender rápidamente a las dosis preconizadas). En formas óseas exclusivas puede utilizarse penicilina-procaína por vía I.M. en dosis única diaria a la misma dosis.

b) Toxoplasmosis: asociación de Pirimetamina, 1 mg/kg/d. (c/12 h.) durante 4 días por vía oral y descender a 0,5 mg/kg/día; Sulfadiazina, 100 mg/kg/d (c/6 h.) vía oral. En caso de ictericia se puede sustituir la sulfadiazina por espiramicina a 100 mg/kg/d (c/12 h) vía oral. Complementar con 5 mg de Acido folínico c/48 h vía I.M. con control de hemograma y plaquetas.

c) Hepatitis B: se recomienda la asociación de gammaglobulina específica 0,5 ml I.M. a las 24 h. de vida y repetir a los 3 y 6 meses. Vacuna anti-hepatitis B, 0,5 ml I.M. en los primeros 7 días, repitiendo al mes y 6 meses.

d) Citomegalovirus: se ensaya el Arabinósido de Citosina (ARA-C).

e) Herpes virus: se ensaya el Arabinósido de Adenina (ARA-A) a dosis de 15-20 mg/kg/d., vía E.V. (c/12 h.) y también se puede usar el acyclovir endovenoso a dosis de 30-50 mg/kg/d.