



Victoria Barragán

Especialista en pediatría UBA

Miembro titular de Sociedad Argentina de Pediatría

Médica titular de guardia del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez

Médica de sala de internación del Hospital universitario Austral

“ Serologías prenatales como oportunidades perdidas en internación “



Grupo de infecciones en embarazadas con escasa o nula sintomatología



Por vía hematógica, canal de parto o ascendente



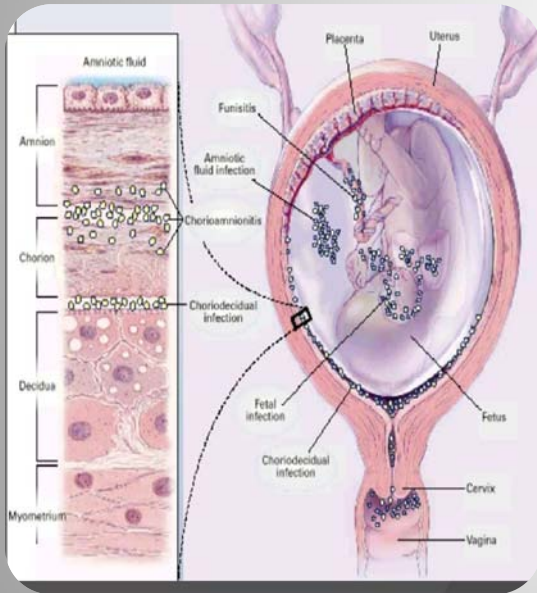
Contagian al feto o neonato



Modifican la organogénesis aumentan el riesgo de abortos



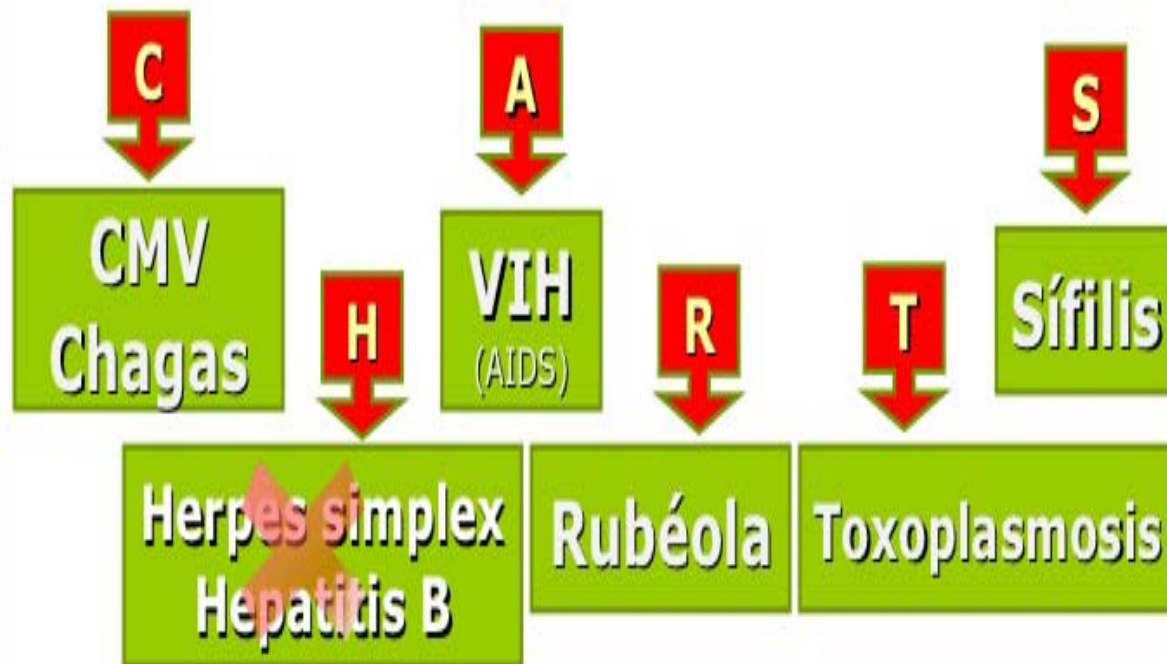
Dejan secuelas a largo plazo



TORCH

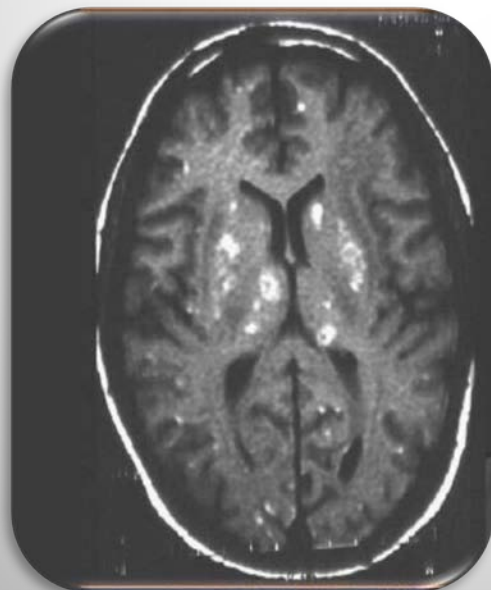
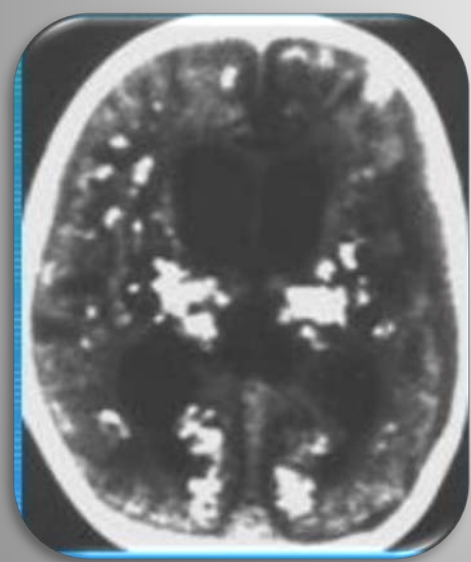
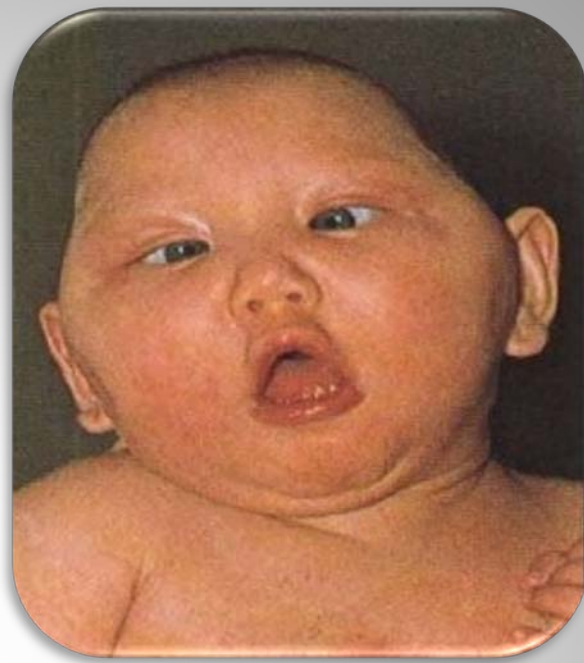


CHARTS





VICTORIA BARRAGAN



VICTORIA BARRAGAN

MANIFESTACIONES CLINICAS

Tabla 2. Manifestaciones clínicas en el recién nacido según agente etiológico

	<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.

CASO CLINICO: 1



- **Paciente de 52 ddv RNPT 30 / 1080 gr concurre a la guardia en mal estado general descompensado hemodinamicamente taquicárdico con relleno capilar enlentecido hipotónico hiporeactivo regular entrada de aire bilateral sat 90 a aire ambiente, hepatoesplenomegalia y con petequias generalizadas.**

- **Se realiza resucitación con cristaloides con requerimiento de inotrópicos y ARM.**

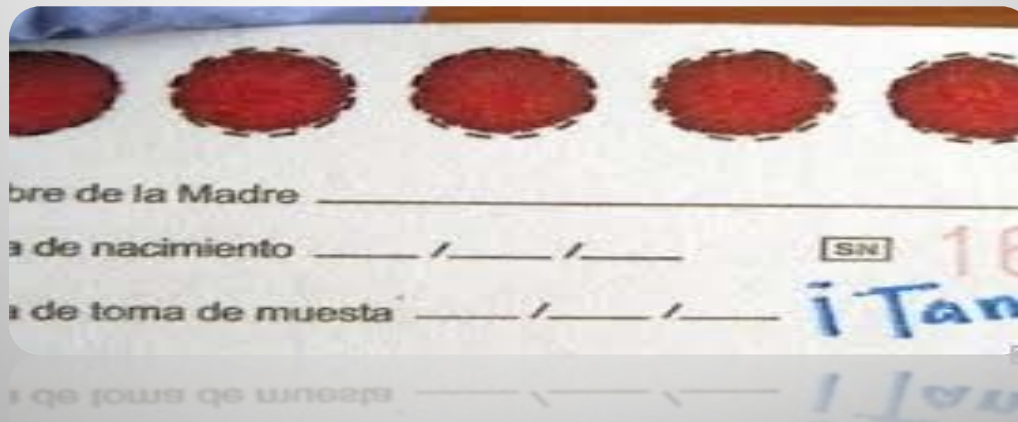
- **Como antecedentes madre 15 años embarazo escasamente controlado nacimiento por cesárea por oligoamnios apgar 8/9 SDR de rápida recuperación luego solo recuperación nutricional. Serologías del embarazo toxo chagas VDSL HIV negativas.**

- Se recibe laboratorio con GB 23000 60/35/2/2 Hb 8 Hto 27 plaquetas 50000. EAB 7.30 pCo2 36 Hco3 17 EB -8 Na 136 k4 cl 105 GOT500 GPT 80 BT 0.2 BD 0.1 urea 18 creat 0.5 glucemia 80 PCR 60 **leucocitosis predominio PMN, anemia, plaquetopenia, acidosis alteración de la función hepática**

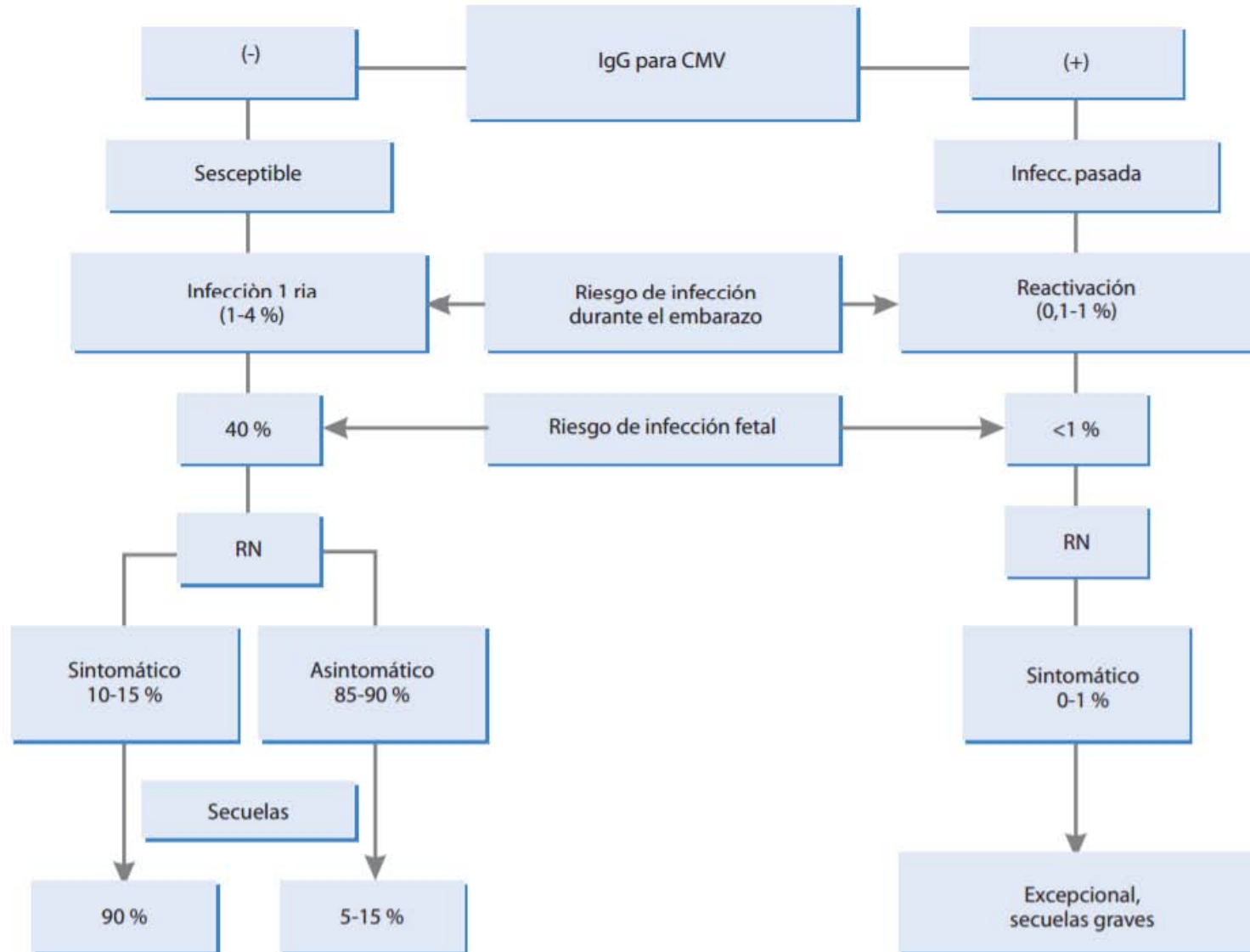
- Se decide tomar hemocultivos y urocultivo sin punción lumbar por el mal estado general y medicar con meropenem vancomicina.



- El paciente evoluciona favorablemente con cultivos negativos. Se decide solicitar PCR en orina y sangre para CMV la cual resulta positiva.
- Para confirmar diagnostico de CMV CONGENITO se solicita PCR en tarjeta de Guthrie la cual resulta positiva .
- El paciente recibió durante 6 semanas ganciclovir ev 12 mgr/kg/dia cada 12 hs.



RIESGO DE INFECCION FETAL POR CMV



VICTORIA BARRAGAN

CASO CLINICO: 2



Madre 22 a G1P 0 embarazo no controlado
RNTP 33/1950
Apgar 3/7 requerimiento de ARM por SDR
Descamación palmo plantar

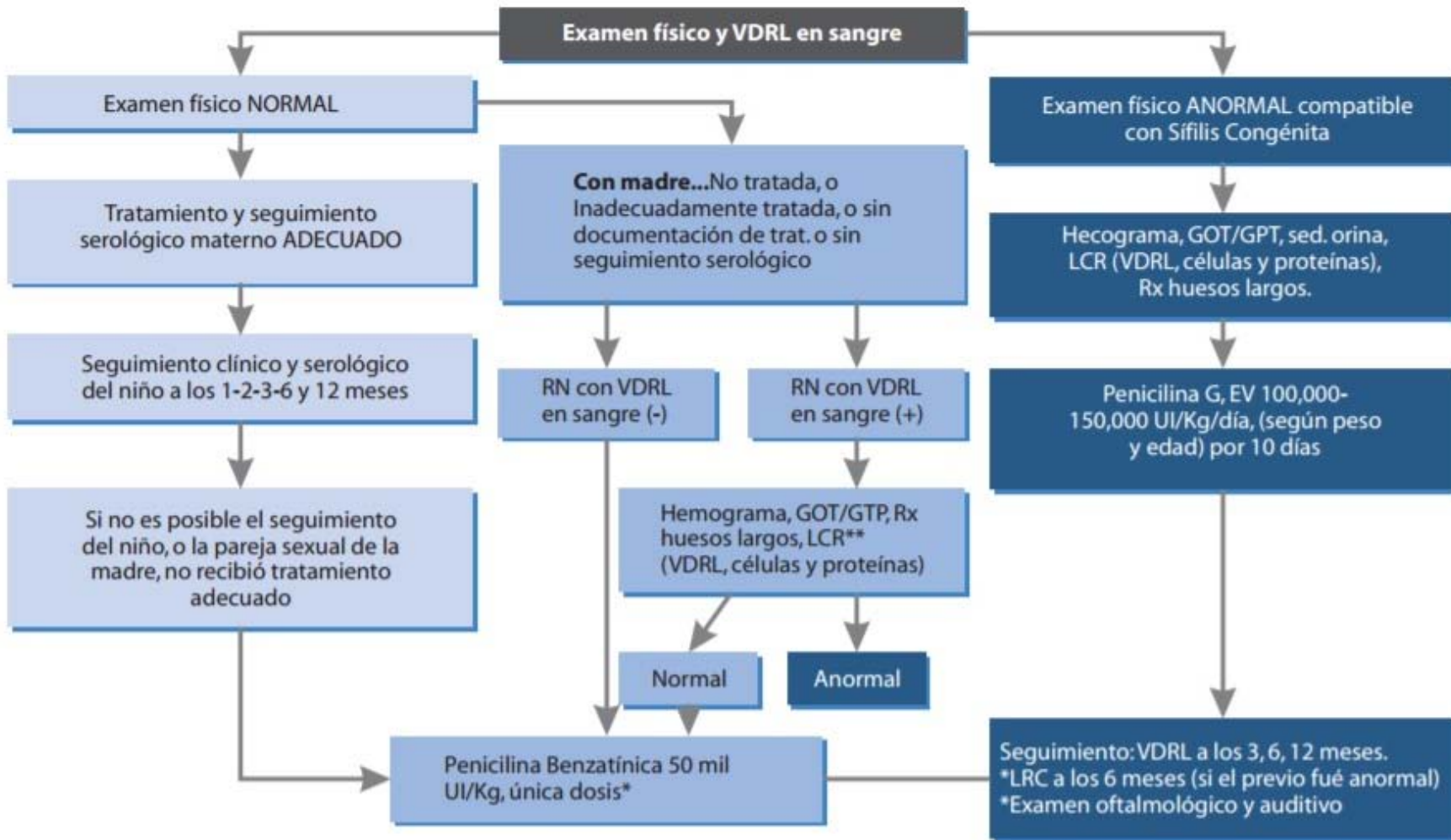
LABORATORIO
64000 30/60/
HB 11 HTO 34
230000 PLAQ
UREA 15 CREAT 0,5
GOP 293 GPT 71 BT 4.4 FAL
294

CULTIVOS
HEMOCULTIVOS(-)
UROCULTIVO (-)

SEROLOGIAS
VDRL en madre 521
RN 4096

- **Se realiza punción lumbar con citoquímico patológico y VDRL positiva se asume neurosífilis y recibe tratamiento con penicilina G 150000UI/Kg / día por 10 días asociado durante los primeros días a gentamicina cubriendo episodio de sepsis.**

ALGORITMO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE RN HIJO DE MADRE VDRL +

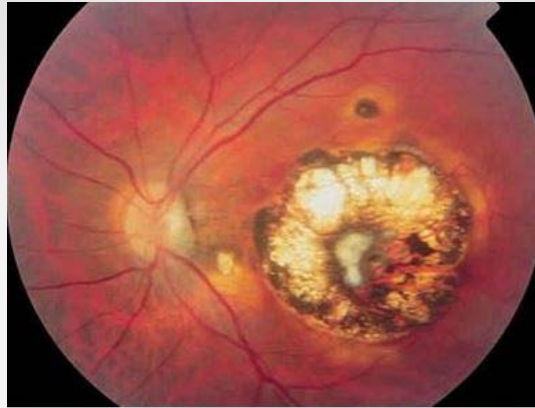


* Aplicar IM en cara anterolateral del muslo.

** Si no es posible realizar PL, o si la PL fue traumática, deberá recibir 10 días de tratamiento con Penicilina G, EV.

VICTORIA BARRAGAN

CASO CLINICO: 3



VICTORIA BARRAGAN

- **Paciente de 14 ddv
sme febril y rechazo al alimento de 24
horas de evolución**

- **36/ 2600 gr madre 24 años G1P0
embarazo controlado escasamente
ultimo control en segundo trimestre
con serologías para toxoplasmosis
negativas**

Ingresa en BEG afebril HDM
compensado sin aspecto
toxoinfeccioso

LABORATORIO

12500 60/35/ 2/1 Hb 12 HTO 35
150000Plaq PCR 12

Se toman hemocultivos x2
y se medica con ampicilina
mas gentamicina

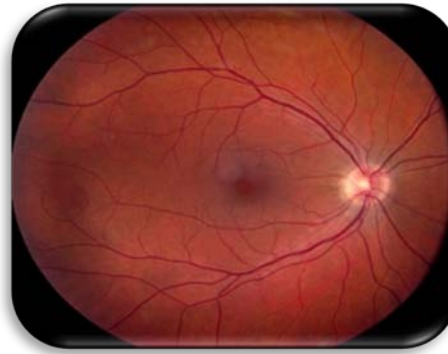
SEROLOGIAS

maternas IgG 939
IgM+
RN IgM+



FONDO DE OJO

corioretinitis bilateral



ECO SNC

Dilatación de 3° 4° y
ventrículo lateral con
hipoplasia del cuerpo
calloso



INICIA TRATAMIENTO

Primetamina 2 mgr/kg/dia
Sulfadiazina 80 mgr/kg/dia
Ac. Folinico 5 mgr 3 por semana
Prednisona 1.5 mgr/kg/dia

RIESGO DE TRANSMISION FETAL DE LA TOXOPLASMOSIS

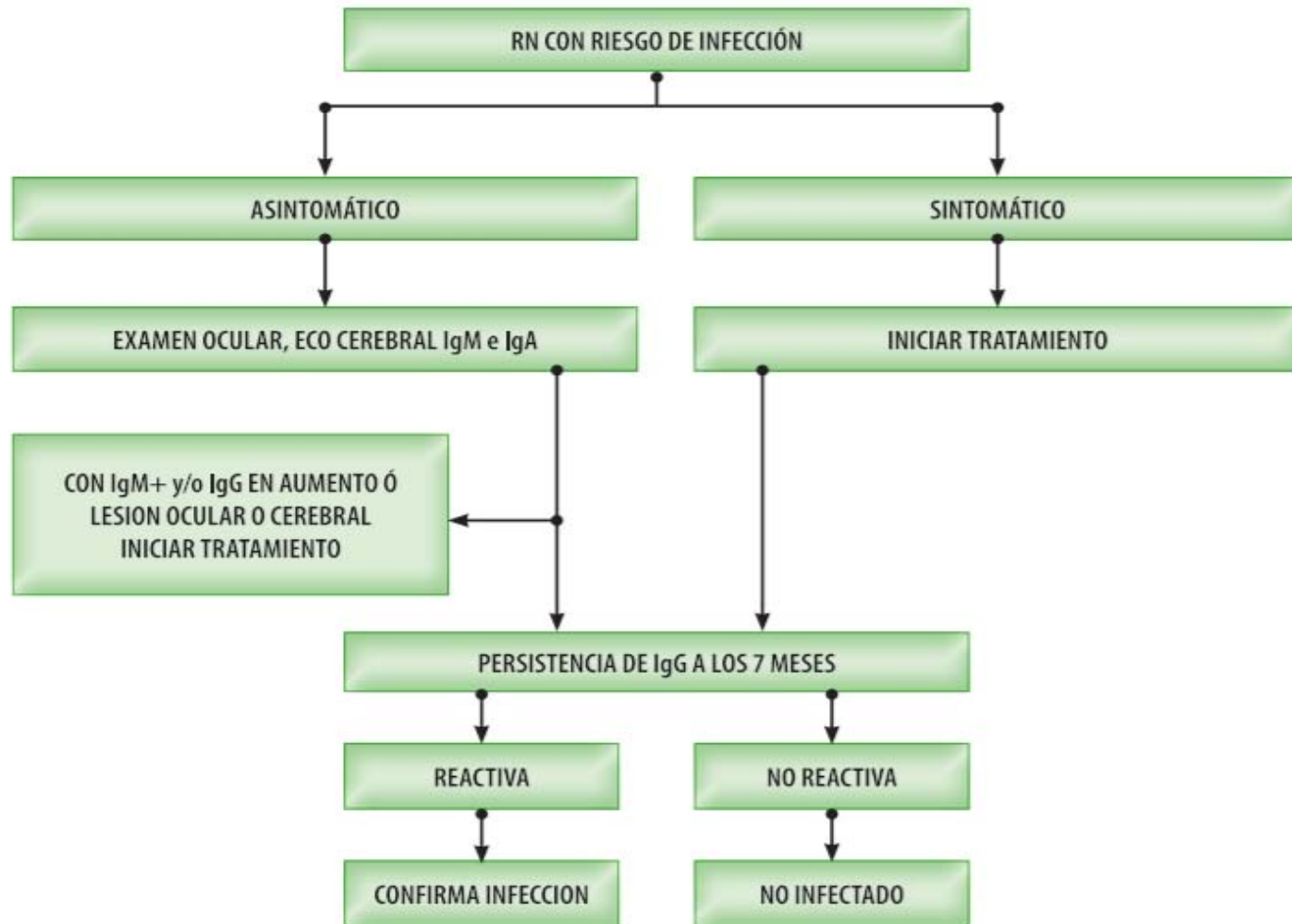
Tabla 3. Riesgo de transmisión y afectación fetal de la toxoplasmosis congénita según el momento del embarazo en que se produce la infección

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

Ref. 11.

Rev Chilena Infectol 2016; 33 (2): 191-216

Seguimiento del paciente con riesgo de infección





Hay tres cosas en la vida que

se van y no regresan jamas: Las palabras, el tiempo y las oportunidades

Muchas Gracias!!!



VICTORIA BARRAGAN