



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

**Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade
Morales**

**Nombre del profesor: Gladys Elena Gordillo
Aguilar**

**Nombre del trabajo: Síntesis del artículo síndrome
de TORCH**

Materia: Microbiología y parasitología

Grado: 2°

Grupo: "A"

Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico pre y post natal.

Existen múltiples enfermedades infecciosas que se pueden transmitir de la madre hacia el feto, lo cual representa un gran riesgo para él.

La infección puede ser adquirida en diferentes periodos de la vida intrauterina y neonatal: in utero, en el parto o en el periodo post natal.

Lo anterior puede dar como resultado; un aborto, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), entre otras.

Los microorganismos clásicamente incluidos son *Toxoplasma gondii*, virus de la rubéola, citomegalovirus (CMV), virus herpes simplex y otros agentes.

Los abortos o mortinatos generalmente se dan cuando la madre se infecta tempranamente en el embarazo o cuando la enfermedad sistémica de la madre es grave.

Las infecciones fetales virales pueden sospecharse si la madre se ve expuesta o experimenta una infección

por un virus conocido que se puede transmitir en forma vertical o frente a anomalías detectadas en los controles icográficos de rutina.

Frente a la sospecha de una infección congénita debe evaluarse a la madre en búsqueda de antecedentes que apoyen esta posibilidad.

El concepto tradicional de realizar un "test de TORCH" sin consideraciones específicas a cada paciente, hoy en día se considera no adecuado y ha sido reemplazado por exámenes específicos para ciertos patógenos, bajo circunstancias específicas.

El ser un RN PEG, condición presente en 3 a 7% de los RN-no corresponde a una entidad específica en sí, sino que es una manifestación de múltiples patologías maternas, fetales o placentarias.

TOXOPLASMOSIS

Es un protozoo tisular de distribución

cosmopolita, intracelular obligado,
del Phylum Apicomplexa.
La toxoplasmosis es la zoonosis
que alcanza hasta 80-90%
en ciertos países.

Luego de la primo-infección oarrida
durante el embarazo, puede sobrevenir
la transmisión vertical del parásito
al producto de la concepción y
causar una amplia gama de
secuelas que van desde el aborto
hasta el nacimiento de un niño
con múltiples manifestaciones clínicas.

- Existen cuatro formas de presentación:
- Enfermedad neonatal.
 - Enfermedad que se manifiesta en los primeros meses de vida.
 - Enfermedad que se manifiesta tarde en la vida.
 - Infección asintomática.

Los signos y síntomas de la
TC son muchos y muy variados,
pero no específicos. También hay que
considerar que la TC mantiene una

expresión clínicamente semejante con otras infecciones congénitas, especialmente con la infección causada por CMV.

El diagnóstico de la infección por *T. gondii* está basada principalmente en pruebas serológicas.

SÍFILIS

La sífilis congénita corresponde a la infección transplacentaria producida por *T. pallidum*, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada, al producto de la gestación.

La OMS estima que anualmente hay 12 millones de personas infectadas con sífilis en el mundo, de las cuales 2 millones corresponden a mujeres embarazadas y 270,000 a RN con sífilis congénita.

Se describen dos formas de presentación de la sífilis congénita, la forma precoz, que se manifiesta en los

Los primeros años de vida y la forma tardía que se presenta después de esa edad.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita precoz va desde la forma multisistémica, oligosintomática a la asintomática, siendo esta última la forma más frecuente.

La sífilis congénita en su forma tardía, es muy poco frecuente y se presenta en los casos de sífilis no tratada. Generalmente se manifiesta en la pubertad y el cuadro clínico es similar a las manifestaciones de la sífilis terciaria del adulto: queratitis intersticial, granulomas necrosantes, neurosífilis y la forma cardiovascular.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

En zonas no endémicas, la transmisión congénita o trans-placentaria es el principal modo de transmisión de *T. cruzi*.

La tasa de transmisión congénita

reportada en Latinoamérica varía de 0-7-18.2%, con un promedio de 5% en áreas endémicas.

La infección crónica materna no tiene efecto en el destino del embarazo o del RN si no existe transmisión al feto. Cuando el feto resulta infectado hay un aumento del riesgo de parto prematuro, bajo peso de nacimiento y rotura prematura de membranas, producto de la inflamación placentaria.

Bibliografía

Fernanda Cofré, L. D. (2016). <https://scielo.conicyt.cl/>. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182016000200010