



**Universidad del Sureste Escuela
de Medicina**

INFECCIONES del RN

Docente: Anzhony Cruz Jeffery

Materia: Pediatría

Alumno: Gómez Albores Roberto

Semestre: 6° Grupo A

26/abril/2021

Infecciones congénitas (TORCH)

TORCH

Definición: Infecciones congénitas transmitidas por la madre a su hijo antes del nacimiento

- T** → toxoplasmosis
- O** → según varios autores (varicela, sífilis, toxoplasmosis, papilomavirus, malaria y tuberculosis)
- R** → rubéola
- C** → Citomegalovirus
- H** → Herpes
- S** → Sífilis

Vías Comunes:

- Transmisión →
 - Vía transplacentaria
 - Contacto directo con el patógeno durante el parto
 - Fuentes de infección: → **Más infecciosa para el feto**
 - Uremia
 - bacteremia
 - Parasitemia
- Que se produce en la mujer embarazada durante una **primoinfección** → Ocasiona que el MO pase al feto

- La enfermedad suele ser inactivada o ser paucisintomática en la madre
- Diagnóstico
 - Serología
 - Técnica de Biología molecular (PCR)
 - Cultivo celular
- Expresión clínica similar en todos ellos pero con amplia variedad en todos ellos

Prevención: (Vacunación universal, Control de enfermedades de T.3 y cumplimiento de normas higiénicas y dietéticas)

Imunización activa

- Infección prevenibles por
- Imunización activa universal
- Comité Asesor de vacunas
- (rubéola, hepatitis B y varicela zoster)

Detección durante la gestación

- Primer trimestre de gestación realizar Serología de (**sífilis, rubéola, hepatitis B y VIH**)

Imunización durante el embarazo

- Vacunas con virus inactivos (hepatitis B)

Toxoplasmosis:

21/1/12

Definición: Enfermedad producida por la transmisión fetal

Vía de infección: vía transplacentarias de *Toxoplasma gondii* tras la periconcepción
materna

Toxoplasma gondii:

- Protozoo
- Parasito intracelular
- **Reservorio definitivo:** Gato **Reservorio intermedio:** Hombre y Animales vertebrados

Mecanismo de transmisión:

- Vía oral → (Carne cruda que contiene quistes latentes)
- Ingesta de oocistos excretados por gatos

Infección Materna:

- Infección asintomática en la gestante
- Diagnóstico definitivo → Serokonversión de IgG

Diagnóstico de infección neonatal:

- PCR en Lq. amniotico (semana 18)

Tratamiento:

- Espiramicina
- Confirmación de infección fetal a partir de la semana 20 (Cebros de Pirimetamina más Sulfadiazina y ácido fólico en forma continua)

ATOM

NOTA:

Si existe procesos inflamatorios activos (meningorradiculitis o retinorradiculitis)

Se puede añadir corticosteroides
Prednisona 1 mg/kg/día en 2 dosis

Infección neonatal:

- Variable e inespecífica (afectación meningoencefálica e lq. sistémica)
- Lesiones connotativas y encefálicas múltiples y más graves
- Niños asintomáticos, sin tratamiento
- ↑ riesgo de secuelas visuales y del neurodesarrollo

Estudio:

- Análisis completo
- Serología IgG, IgM e IgA
- PCR (Sangre, orina y Lq.C.R)
- Ecografía cerebral

Tratamiento:

- Pirimetamina → 2 mg/kg/día 2 dosis durante 2-3 días v.o.
después 1 mg/kg/día 2 dosis durante 2-6 meses
- Sulfadiazina 100 mg/kg/día en 2 dosis
- Ácido fólico 10 mg/3 veces por 8

SIFILIS

—> **SICOT**

Enfermedad de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*

- Presultado de la transmisión de la enfermedad a través de la placenta (menos frecuente; *Crural de parto*)

Contraindicado → **luchanta muleña** en caso de lesiones cutáneas en el peron

Síntomas precoces: (Manifestaciones precoces o tóxicas)

Manifestaciones precoces

(2 primeros años)

- Coiza - Linfog. palmoplantary
- Hepatosplenomegalia - Leucocitosis
- Adenopatías generalizadas
- Condilomas planos
- Meningitis - Neuritis
- Síndrome nefrótico - Anemia hemolítica
- Trombopenia - Frotabilidad

Manifestaciones tardías

(Después de los 2 años)

- Sanguera (10 y 40 años)
- Queratosis intersticial (10 y 20 años)
- Dientes de hot chinson
- Lesiones óseas
- Retraso mental
- Convulsiones

Infección muleña

Infección neonatal

- El diagnóstico es serológico (pruebas no treponémicas y treponémicas)

• La clínica suele aparecer durante los 3 primeros meses de vida

• **Pruebas no treponémicas:** (VDRL, RPR y (IA) → Cuantitativas, útiles para monitorizar la respuesta al TX

• Los métodos diagnósticos son los mismos que la mujer embarazada

NOTA

• Pruebas treponémicas (FTA - abs MHA-TP) → Confirmación del dx de un test no-treponémico

Es posible detectar *Treponema pallidum* en:

- Líquido amniótico,
- Líquido ascítico
- Placenta o Cordon umbilical

Ecografía prenatal ⊕ signos sugestivos de fetopatia ⊕ serología materna positiva
Diagnóstico suficiente de SIC

Tratamiento:

espiroquetas

Embarazada

- Sífilis precoz (21 años)
- AC VIH negativos: Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades IM 1 dosis y repetir a la semana y 2 semanas
- AC VIH positivos: repetir a la semana y 2 semanas
- Sífilis latente (7 años)
- Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades IM cada semana / 3 semanas

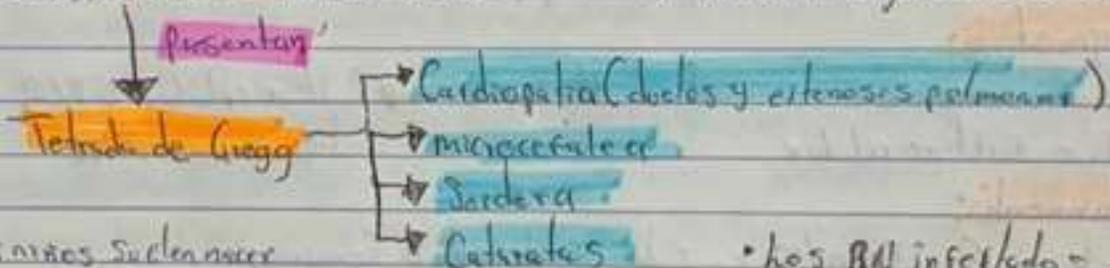
Precien-Nacido:

- Madre tratada adecuadamente dosis única de 50000U/69 IM
- Madre no tratada adecuadamente Penicilina G sodica 50000 U/kg/dosis EV cada 12 horas hasta completar 10 días
- Si PCR positivo y ausencia de anticuerpos Penicilina G sodica 140000 U/1000cc 150000 U/kg/día en 2 dosis

Rubeola:

- Virus ARN
- Reservorio → Hombre
- Transmisión → Secreciones Respiratorias
- Fetus infectados entre de los 12-20 semanas

- Enfermedad exantemática
- Adquisición durante el primer trimestre de embarazo produce Sífilis rubeola congénita (S.R.C)



• Estos niños suelen nacer a término pero con bajo peso al nacer

• Los RN infectados pueden excretar virus hasta los 30 meses

Diagnostico:

- Aparición de exantema no vesicular
- Solicitar serología de la rubeola (IgG e IgM)
- PCR o IgM en sangre de cordón
- Se sospecha de infección por rubeola durante el embarazo

Profilaxis:

- Consiste en la inmunización de las mujeres antes de llegar a la edad fértil

Citomegalovirus

- Infección más común
- Transmisión madre-feto puede ocurrir
 - Durante la gestación
 - Durante el parto
 - Después del nacimiento
- Puede producir primoinfección en un 1-285% de los gestantes y en el 30-40% produce infección fetal

Clinicas:

- La infección por CMV puede producir afectación fetal grave con lesiones del sistema nervioso central: (microcefalias, calcificaciones periventriculares)
- Atrofia óptica
 - Hepatoesplenomegalia
 - Ascitis o hidrops fetal
 - El retraso del crecimiento intrauterino es una constante
 - 10% y 15% de los RN infectados presentan **patologías** sistémicas al nacer:
 - Fiebre
 - Afectación respiratoria
 - Ruptura
 - hepatoesplenomegalia
 - Encefalitis
 - Retraso ponderal y psicomotor
 - hepatitis e ictericia
 - Coriorretinitis

Diagnóstico:

- Seroconversión
- PCR o cultivo celular
- Prenatalmente → cultivo celular o PCR en líquido amniótico

Tratamiento:

- Ganciclovir 6-15 mg/kg en 2 dosis durante 6 semanas
- Inmunoglobulina anti-CMV → **Contraindicada en infecciones congénitas**
- Medidas preventivas
 - ↳ transfusión de sangre de donantes sero negativos
- Valganciclovir → V.O., consigue inhibir la replicación viral de forma prolongada

Virus del Herpes Simple

- La incidencia de infección neonatal por VHS 1/3.000 partos
- 80% de los casos es causada por VHS-2
- Mecanismo de transmisión 85% canal vaginal

Clinica:

- Vesículas cutáneas en racimos
- Queratodermia con vesículas cerciales recurrentes
- Calcificaciones en ganglios de la base

Tipicos en infección
frente

Clinica postnatal

- 50% presentan enfermedad diseminada
- 9% la manifestación se presenta en el primer día de vida

Diagnostico:

- Cultivo celular
- PCR
- Detección de ADN viral por PCR en LCR muy útil para la confirmación

Tratamiento:

- Aciclovir 20 mg/kg cada 8 hrs CV durante 14-21 días
- El BN afectado debe aislarse para prevenir la transmisión nosocomial

3 Formas clínicas:

- **Manifestación cutáneo-ocular-oral** • **Forma diseminada con afectación visceral que puede acompañarse con afectación neurológica**
- **Forma neurológica**
- Fiebre, convulsiones y letargia

Varicela-zoster

- Período de incubación de 10 a 21 días
- El virus se transmite → vía transplacentaria
- Mayor riesgo cuando la varicela aparece
- 5 días previos al parto
- 2 días posteriores de este

Clinica:

- Lesiones cutáneas circulares serpiginosas
- También puede encontrarse → lesiones neurológicas y oftálmicas

Diagnóstico:

algunos casos los curan

• Clínico

• Confirmación Serológica (IgM y IgG)

• Confirmación infección fetal (Amniocentesis)

• MRN puede predecirse rápido de las lesiones cutáneas:

↳ Cultivo celular

↳ PCR

Tratamiento:

• Inmunoglobulina varicel-zoster → Disminuye viremia materna

• Aciclovir → Indicado si aparece neumonía

• gamma-globulina específica (Variceo 1 mL/kg)

↳ Inespecífica (500 mg/kg)

Varicela - zoster

Bibliografía

Enriqueta Álvarez, J. B. (julio de 2017). *Infecciones congénitas*. Obtenido de Hospital Clínic. Barcelona: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_0.pdf

J. Badia Barnusell. C. Figaró Voltà, M. D. (septiembre de 2016). *Infecciones congénitas*. Obtenido de PEDIATRÍA INTEGRAL: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/02/356-366.pdf>