

Mesa Redonda Temática

Diagnóstico y Tratamiento de la Toxoplasmosis

Relator: Dr. Jorge Cortés

PARTICIPANTES

Dra. Liliana Quintero (Secretaria de Salud de Armenia)
Dr. Jorge Enrique Gómez (Instituto de Salud en el Trópico, U. Nal.)
Dr. Augusto Corredor (Profesor Emerito U. Nal)
Dr. Luis Carlos Villamil (Profesor Fac. Medicina Veterinaria, U. Nal)
Dr. Jesus Cortes (Profesor Fac. Medicina Vet. U. Nal.)
Dr. Jimmy Vargas (Profesor Fac. Medicina Vet. U. Nal)
Dra. Martine Wallon (U. de Lyon)
Dra Nohora de Sanchez (CIMPAT, U. Andes)
Dr Alejandro Giraldo (U. Nal. Fundación Gillow)
Dra. Maria Teresa Montoya (Lab Solidaridad, Armenia)
Dra. Maria Mercedes Santacruz (Instituto Nacional de Salud)
Prof. Jaime Saravia (Profesor U. Nal)
Dr. Enrique Ardila (Prof U. Nal)
Dra. Sandra Beltrán (Pediatra Fund. Santafé de Bogotá)

DIAGNÓSTICO

Se discute el papel del Instituto Nacional de Salud, que es el laboratorio de referencia. Este coordina la red de laboratorios públicos y se encarga de hacer controles de calidad. Además estaría en capacidad de brindar capacitación para los demás laboratorios.

En Armenia, la Dra. Montoya cuenta su experiencia de control de calidad tanto externo como interno. Es importante que cada laboratorio mantenga sus propios estándares con respecto a los reactivos que se utilizan para las distintas pruebas. Es una necesidad sentida entre los usuarios (especialmente los ginecobstetras) la necesidad

de garantizar la calidad de las pruebas así como la reproducibilidad de los resultados.

El Dr. Gómez origina la idea de crear una red de laboratorios con soporte de los laboratorios de referencia. La Dra. Wallon se compromete a solicitar los sueros de referencia a la OMS. La Dra. Wallon comenta que en Francia se usa el ELISA como prueba de tamizaje inicial. El Dr. Giraldo explica el uso de la PCR en el diagnóstico prenatal utilizando las muestras obtenidas por amniocentesis. Esta prueba se ha implementado desde hace pocos años, de la cual se esperaba mayor utilidad clínica. Esta prueba es positiva en aproximadamente el 20 % de las pacientes con IgM positiva. Su sensibilidad es de un 80 %. Hay una discusión acerca de la utilidad de la amniocentesis y por lo tanto su implementación desde un punto de vista ético. La amniocentesis implica un riesgo del 1 % de pérdida fetal. Es difícil determinar además la sensibilidad de las pruebas prenatales para diagnóstico de la transmisión de la enfermedad al niño. El estándar o patrón de oro contra el que se deben comparar estos métodos diagnósticos es el seguimiento del niño infectado al año de edad.

Se discute acerca de la posibilidad de utilizar las pruebas de inmunocaptura (ISAGA) para aumentar la certidumbre sobre la fecha de la infección y disminuir la necesidad de la amniocentesis. Sólo se deben considerar puntajes IsagA IgM mayores a 9. En términos de costo-efectividad es útil repetir la prueba de IgG. El diagnóstico a través de los títulos serológicos se puede dar como positivo cuando los títulos sean del doble o más en un intervalo de 4 semanas. Para el caso de ELISA la absorbancia reportada es también el doble para correlacionarse con una duplicación de los títulos de anticuerpos.

TRATAMIENTO

Se inicia la sesión enfocando hacia la búsqueda del grupo de pacientes a tratar.

Se establecen algunos puntos de consenso:

- Los pacientes inmunocompetentes (no en embarazo) no se tratan.
- La espiramicina no ha alterado el curso de la infección.
- Todos los niños con toxoplasmosis congénita.

- Todos los pacientes con toxoplasmosis cerebral

En Francia se inicia el tratamiento con espiramicina en cualquier momento del embarazo. Aunque algunos opinan que el tratamiento ideal contiene sulfadiazina y primetamina, la Dra. Wallon comenta acerca de la puesta en curso de un estudio sueco que busca comparar la combinación de pirimetamina sulfadiazina con la de pirimetamina sulfadoxina. El Dr. Ardila comenta la necesidad de disponer de estudios clínicos experimentales, aleatorizados y enmascarados para determinar la utilidad de los regímenes actualmente empleados.

Para las pacientes con toxoplasmosis aguda pre-concepcional se espera un tiempo prudencial (hasta 6 meses) para inicial el embarazo teniendo en cuenta reportes previos que demuestran que la parasitemia puede persistir este tiempo. El aborto se puede plantear cuando en la ecografía muestra alteraciones antenatales importantes. Es una decisión importante que se debe tomar en conjunto con la familia. En los casos de coriorretinitis, esta puede corresponder a una reactivación de una forma congénita.

En Francia el tratamiento de la paciente embarazada se hace con espiramicina de manera diaria y continua. La toxoplasmosis congénita se trata durante mínimo un año, algunos grupos piensan que este se debe prolongar hasta por dos años. Según la experiencia de algunos pediatras, no se cura y se debe realizar un seguimiento de por vida. La experiencia francesa muestra que el programa de diagnóstico prenatal es bastante costoso y traumático para las madres. De otra parte no existe evidencia que el tratamiento prenatal pueda disminuir de manera importante la infección congénita. La experiencia más interesante es la de Dinamarca que realiza estudios en el recién nacido, esto se aprovecha junto con estudios para otras enfermedades metabólicas como hipotiroidismo. Lo más importante es lograr un seguimiento a largo plazo de los niños diagnosticados, todo el esfuerzo se dirige a esto. La estrategia que puede servir a este objetivo puede ser similar a la que se realiza con el tratamiento de la tuberculosis: tratamiento bajo observación directa, los pacientes van directamente al servicio de salud donde una enfermera supervisa que el tratamiento es administrado efectivamente.

Nuestro país debe organizar estudios y el Ministerio de Salud debería plantear como prioridad y financiar la realización de estudios piloto con el fin de determinar la mejor estrategia de diagnóstico, tra-

tamiento y seguimiento de los niños con infección congénita. Los sitios con mayor experiencia en este tema y que pueden servir para realizar esto son el Instituto Materno Infantil en Bogotá y la ciudad de Armenia donde se lleva a cabo una experiencia exitosa de diagnóstico y tratamiento prenatal.

De otro lado es necesario crear un control de calidad sobre las pruebas diagnósticas. Se acordó crear una red de laboratorios especializados en toxoplasmosis que cuenten con este control y permitan brindar confianza a los médicos y apoyo en la interpretación de pruebas de laboratorio.