

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Recién nacido pretérmino con sospecha de infección de transmisión vertical

Preterm newborn with suspected infection by vertical transmission

María García Pedrazuela^{a,*}, María del Carmen Muñoz Egea^a, Cristina Ruiz Serrano^b
y Ricardo Fernández Roblas^a

^a Servicio de Microbiología Clínica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de noviembre de 2011

Aceptado el 28 de enero de 2012

On-line el 22 de marzo de 2012

Descripción clínica

Recién nacido pretérmino, 32+3 semanas de gestación, que ingresó en la unidad neonatal por prematuridad y bajo peso. Madre de origen boliviano, primigesta. Embarazo controlado, con ecografías normales y serologías negativas, salvo anticuerpos positivos para *Trypanosoma cruzi*. Presentó rotura prematura de membranas 72 h antes del parto y recibió antibioterapia intravenosa y maduración pulmonar completa con corticoides. Se realizó analítica de sangre de cordón, en la que destacó neutropenia severa (100 neutrófilos totales) sin otras alteraciones, y que se confirmó en la analítica posterior, por lo que recibió tratamiento antibiótico empírico con ampicilina y gentamicina que se mantuvo durante 7 días. No presentó clínica de infección bacteriana.

Diagnóstico y evolución

Ante el riesgo de transmisión de enfermedad por la serología materna positiva, se realizó el primer día de vida un examen directo microscópico de la muestra de sangre total con anticoagulante remitida al laboratorio, donde se observaron formas móviles flagelares de aproximadamente 20 μ m. En la tinción de Giemsa de una porción de la capa leucocitaria procedente del tubo de microhematocrito también se visualizaron las formas parasitarias con un núcleo central, un cinetoplasto subterminal largo y una membrana ondulante que adhería el flagelo a la membrana celular¹ (figs. 1 y 2). Este hallazgo, junto con el resultado positivo de la PCR, hicieron posible el diagnóstico de la parasitemia en el recién nacido producida por *T. cruzi*. Consecuentemente, se instauró tratamiento

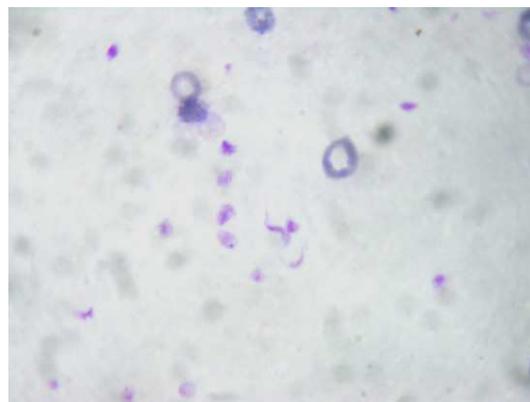


Figura 1. Imagen característica de la capa leucocitaria del microhematocrito teñida con Giemsa; se observan componentes sanguíneos y el agente causante de la infección.

con benznidazol 5 mg/kg cada 12 h durante 60 días. Como estudios complementarios se realizaron una radiografía de tórax, un electrocardiograma, un ecocardiograma, una ecografía abdominal y un fondo de ojo, que resultaron normales.

En los hemogramas posteriores al inicio del tratamiento se objetivó de forma intermitente neutropenia, que se resolvió sin necesidad de modificar la actitud terapéutica. Se realizó seguimiento ambulatorio, finalizando el tratamiento tras 60 días sin más incidencias. Posteriormente se repitieron tanto el microhematocrito como la PCR, resultando ambos negativos.

Comentario final

La tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica localizada principalmente en las zonas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgpdriguez@gmail.com (M. García Pedrazuela).



Figura 2. Imagen ampliada del parásito, en la que se puede observar su morfología característica.

rurales de México, América Central y América del Sur en relación con la falta de salubridad. Dados los flujos migratorios se han producido cambios sustanciales en la epidemiología de esta enfermedad, considerándose hoy en día emergente en nuestro entorno². Esto se debe a que gran parte de la población inmigrante que llega a nuestro país son mujeres en edad fértil procedentes de América Latina, donde se estima que alrededor de 12 millones de personas padecen infección crónica por *T. cruzi*³. La tripanosomiasis en mujeres embarazadas da lugar a lo que se conoce en el recién nacido como Chagas congénito. En España, la seroprevalencia en mujeres embarazadas latinoamericanas se encuentra entre el 1 y el 4,8%, con una tasa de transmisión del 7,3%⁴. En el caso de la mujeres gestantes de origen boliviano se estima que la seroprevalencia es del 13,33%⁵. En zonas no endémicas, como España, esta es la forma de infección por *T. cruzi* más común⁶.

Apenas un pequeño número de recién nacidos infectados presenta sintomatología clínica que permite una sospecha diagnóstica. Actualmente, el cribado en embarazadas y el tratamiento precoz de los recién nacidos afectados se han convertido en los principales objetivos del Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere a la prevención de esta patología importada.

El tratamiento de elección en la enfermedad de Chagas es el benznidazol. Queda recogido en la literatura que la eficacia de dicho tratamiento en niños menores de un año con infección por *T. cruzi* es cercana al 100%, con un buen perfil de tolerancia y seguridad, a diferencia de lo que ocurre en adultos con enfermedad crónica⁷.

El diagnóstico microbiológico precoz es de vital importancia para establecer un correcto tratamiento y así evitar que los niños infectados desarrollen una fase crónica de la enfermedad que pueda dar lugar a complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas en la edad adulta.

Bibliografía

1. Ash LR, Orihel TC. *Trypanosoma brucei gambiense*, *Trypanosoma brucei rhodesiense*, *Trypanosoma cruzi* y *Trypanosoma rangeli*. Lawrence R, Ash, Thomas C, editores. En: Atlas de Parasitología Humana. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 2010. p. 161–65.
2. Guerrero-Espejo A, Colomina-Rodríguez J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78:565–70.
3. Kirchhoff LV. Tripanosomosis. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editores. Harrison Principios de Medicina Interna. Enfermedades infecciosas. 17.^a ed. México D.F: McGrawHill; 2009. p. 566–71.
4. Flores-Chavez M, Cruz I, Rodríguez M, Nieto J, Franco E, Garate T, et al. Comparison of conventional and non-conventional serological tests for the diagnosis of imported Chagas disease in Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:284–93.
5. Ramos JM, Milla A, Sanchez V, Verges M, Toro C, Gutierrez F. Prenatal screening for *Trypanosoma cruzi* and human T lymphotropic virus types 1 and 2 in pregnant Latin American women. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:165–7.
6. Cusnaider CM, Gómez-Roig D, Amat L, Aguiló F, Hernández A, Lailla JM. Chagas congénito ¿es posible en España? *Ginecología y Obstetricia Clínica.* 2004;1:8–203.
7. Rodrigues Coura J, de Castro SL. A critical review on Chagas disease chemotherapy. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2002;97:3–24.