



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



FORO DE OPINIÓN

¿Cribado de infección por citomegalovirus en embarazadas? Perfil serológico en la Comunidad de Madrid

Routine screening for cytomegalovirus in pregnancy? Serologic profile in Madrid

Sr. Director:

El citomegalovirus (CMV) es el principal agente etiológico infeccioso de pérdida auditiva neurosensorial y discapacidad intelectual en niños nacidos de madres infectadas¹. La infección por CMV es la primera causa de infección congénita en todo el mundo, con una tasa de incidencia en mujeres embarazadas del 1-7%². Esta infección puede ser primoinfección, reactivación o reinfección con distinto riesgo de transmisión al feto cada una de ellas, pero que se calcula que es aproximadamente del 0,3 al 2,4% de los recién nacidos³.

Recientemente hemos tenido ocasión de diagnosticar 2 primoinfecciones asintomáticas en embarazadas a las que se realizaron las pruebas de detección en sangre de anticuerpos IgG e IgM a CMV (anti IgG-CMV, anti IgM-CMV) en el cribado del primer trimestre del embarazo, y otro caso de infección congénita en una niña recién nacida, descubierto por casualidad al hacer donación del cordón umbilical. La infección por CMV, tanto en embarazadas como en recién nacidos, conlleva decisiones terapéuticas difíciles de tomar, pero a pesar de esto hay todavía gran controversia sobre la inclusión de esta prueba (anti IgG-CMV) en el cribado de rutina. Las sociedades científicas, como la Sociedad de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas^{4,5}, no lo recomiendan. Pero estos criterios deben cambiarse según evolucione la situación epidemiológica en la comunidad. No se conoce con exactitud la prevalencia de infección por CMV en mujeres en edad fértil en la Comunidad de Madrid por falta de estudios en estos últimos años. El trabajo más reciente es el de Ory et al.⁶, del año 1999, en el que describen una prevalencia del 79,1% en mujeres de 31-40 (edad más frecuente de embarazo) años en Madrid.

El objetivo de nuestro estudio es estudiar la prevalencia actual de infección por CMV en mujeres en edad fértil y compararla con datos anteriores para conocer la utilidad del cribado de este virus. Fueron incluidas en el estudio las mujeres embarazadas (15 a 50 años; media de edad: 32 años)

que acudieron a centros de salud del área sanitaria Este de la Comunidad de Madrid entre julio y noviembre del 2011. En total, se estudió a 737 muestras de sangre pertenecientes a 737 mujeres sanas que acudieron a la consulta de Obstetricia. La población de estudio se dividió en 4 grupos de edad: 15-20 (n = 29), 21-30 (n = 202), 31-40 (n = 476) y 41-50 años (n = 30). La detección de anticuerpos anti IgG-CMV en sangre se realizó mediante un enzimo-inmunoensayo automatizado (Architect I-2000, Abbott Laboratorios). Se consideraron los resultados positivos o negativos según los valores de corte recomendados por el fabricante. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#). En función de la edad, la prevalencia de infección por CMV fue: 15-20 años, 86,2% (25/29); 21-30, 87,1% (176/202); 31-40, 75,6% (360/476), y 41-50, 86,7% (26/30). La prevalencia total fue del 79,6% (587/737). En comparación con datos de 1999 referidos a mujeres en edad fértil en España³, no hubo variación significativa en la prevalencia en el grupo de 31-40 años (79,1% vs. 75,6%, p = 0,06). En los grupos de 15-20 y 21-30 se observó un aumento significativo (15-20 años: 55,3% vs. 86,2%, p = 0,0008, y 21-30 años: 69,4% vs. 81,7%, p < 0,0001) en los últimos 12 años, probablemente debido a que la transmisión del virus ocurre en edades más tempranas. Con respecto al grupo de 41 a 50 años, no hay datos previos y no se pueden comparar.

Podemos decir que se observan patrones diferentes en los 2 estudios comentados anteriormente. En el realizado en el año 1999⁶ hay una adquisición temporal según avanza la edad y en el nuestro, realizado en el año 2011, se observa una prevalencia similar en todos los grupos de edad. Una debilidad de este estudio es que los ensayos utilizados para

Tabla 1 Prevalencia de infección por CMV en mujeres en edad fértil (año 1999)^a y en mujeres gestantes (2011, datos de este trabajo) de la Comunidad de Madrid

	Año 1999		Año 2011	
	CMV IgG + (n)	%	CMV IgG + (n)	%
16-20 años	89 (161)	55.3	25 (29)	86,2
21-30 años	118 (170)	69.4	176 (202)	87,1
31-40 años	121 (153)	79.1	360 (476)	75,6
41-50 años	ND	ND	26 (30)	86,7
Total	328 (484)	67.3	587 (737)	79,6

ND: no disponible.

Tomado de De Ory et al.⁶.

detectar los anti IgG-CMV en sangre no son exactamente los mismos (se utilizó el disponible en ese momento), aunque la técnica es la misma, el ensayo inmunoenzimático. Por lo tanto, no se pueden descartar diferencias mínimas en los resultados.

Es importante destacar que en el grupo de edad con más frecuencia de embarazo (31-40 años) hay un porcentaje llamativo de mujeres, 24,4%, que no tienen anti IgG-CMV y, por lo tanto, sufrirían una primoinfección al tener contacto con el virus con el consiguiente riesgo de infección congénita. El número de mujeres seronegativas también puede variar mucho según el origen étnico. Colugnati et al.⁷, en Estados Unidos, en el grupo de edad de 30-39 años, encuentran solo un 10,5% de mujeres seronegativas entre la comunidad mexicana, mientras que en mujeres blancas de origen no hispano, el 49,4% no han pasado una infección por CMV. Otro factor importante en la prevalencia de infección son las condiciones socioeconómicas de las mujeres estudiadas. Enders et al.⁸ encontraron una gran diferencia, desde el 33,75% hasta el 91,8% según el estatus socioeconómico de 40.324 mujeres en Alemania.

Las embarazadas seronegativas deben ser aconsejadas sobre medidas higiénicas para prevenir la infección y tener un control exhaustivo serológico hasta el momento del parto, puesto que no hay otra forma de prevenir la primoinfección. El cribado rutinario en gestantes es una decisión con ventajas e inconvenientes pero es imprescindible conocer los datos epidemiológicos locales para cambiar el criterio. En caso de observarse una disminución de la prevalencia en los años futuros, debería incluirse la detección de anticuerpos IgG-CMV en el cribado de la embarazada.

Bibliografía

- Sanpedro Martínez A, Aliaga Martínez L, Mazuelas Teatino P, Rodríguez-Granger J. Diagnóstico de infección congénita. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29 Supl 5:15–20.
- Hyde TB, Schmid DS, Cannon MJ. Cytomegalovirus seroconversion rates and risk factors: implication for congenital CMV. *Rev Med Virol*. 2010;20:311–26.
- Dollard SC, Grosse SD, Ross DS. New estimates of the prevalence of neurological and sensory sequelae and mortality associated with congenital cytomegalovirus infection. *Rev Med Virol*. 2007;17:353–63.
- Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Obstetricia. Protocolo N.º 5 [consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: www.sego.es
- García Bermejo I, de Ory Manchón F, Delgado Iribarren A, Fuertes Ortiz de Urbina A, Sierra Soler M. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal. En: Cercenado E, Cantón R, editores. *Procedimientos en microbiología clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2004*. 4.ª ed. Madrid; 2004. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/cap4a.htm>.
- De Ory F, Ramírez R, García Comas L, León P, Sagúes MJ, Sanz JC. Is there a change in cytomegalovirus seroepidemiology in Spain? *Eur J Epidemiol*. 2004;19:85–9.
- Colugnati F, Staras S, Dollard S, Cannon M. Incidence of cytomegalovirus infection among the general population and pregnant women in the United States. *BMC Infectious Diseases*. 2007;7:71. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-7-71>.
- Enders G, Daiminger A, Lindemann L, Knotek F, Bäder U, Exler S, Enders M. Cytomegalovirus (CMV) seroprevalence in pregnant women, bone marrow donors and adolescents in Germany, 1996-2010. *Med Microbiol Immunol*. 2012;201:303-9.

Adriana Shan-Núñez^a, Irene Merino-Velasco^a,
Ana Sánchez-Díaz^a, Jesús Chacón de Antonio^a,
María Luisa De la Morena^b y María Luisa Mateos Lindemann^{a,*}

^aServicio de Microbiología y Parasitología,
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
^bServicio de Ginecología, Hospital Universitario Ramón
y Cajal, Madrid, España

*Autor para correspondencia
Correo electrónico: mmateos.hrc@salud.madrid.org
(M.L. Mateos Lindemann).