Este trastorno constituye una urgencia médica⁹ y su aparición conlleva el ingreso hospitalario de las pacientes, medidas de contención y antidepresivos combinados con neurolépticos. Con el tratamiento psicofarmacológico debe suprimirse la lactancia materna. Además se hace necesario un Control estricto de las pacientes por parte del médico de familia y las Unidades de Salud Mental.

L. DE PRADO PRIETO^a, M.J. GRIFO PEÑUELAS^a, M. SÁNCHEZ CALDERÓN Y A.L. MORO RODRÍGUEZ^b

^aMédicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

^bMédicos Especialistas en Pediatría. Centro de Salud de Mejorada del Campo. Área 2. Atención Primaria. Madrid.

Correspondencia: M.J. Grifo Peñuelas.
Centro Municipal de Salud de Velilla de San Antonio.
C/ Libertad, s/n.
28891 Velilla de San Antonio. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paffenbarger RS Jr, McCabe LJ Jr. The effect of obstetric and perinatal events on risk mental illness in women of childbearing age. *American Journal of Public Health* 1996;56(3):400-7.
2. Videbech P, Gouliavov G. First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;91:167-73.
3. Taylor RB. *Medicina de Familia. Principios y práctica* (5th ed.). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999; p. 29.
4. Farreras Valentí P, Rozman C. *Medicina Interna* (14.ª ed.). Madrid: Harcourt S.A., 2000; p. 1795.
5. McGorry P, Connell S. The nosology and prognosis of puerperal psychosis: a review. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31(6):519-34.
6. Hidalgo I, Díaz González R. *Psiquiatría Clínica: Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales*. Madrid: Aula Médica, 1998; p. 140.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 1996; p. 398.
8. Pedersen CA. Postpartum mood and anxiety disorders. *Official Journal of the American Thyroid Association* 1999;9(7):691-7.
9. Misri S, Lusskin S, Kostaras X. *Psychiatric disorders in pregnancy*. Wellesley MA, 2001.

Cribado sistemático de toxoplasmosis en el embarazo: ¿merece la pena realizarlo sólo a medias?

Sr. Director: La toxoplasmosis es una enfermedad parasitaria frecuente que generalmente es asintomática. Sin embargo, la infección congénita puede tener consecuencias graves (retraso psicomotor, coriorretinitis, etc.). El riesgo de transmisión materno-fetal aumenta con la edad gestacional, aunque la gravedad de las manifestaciones es máxima si la enfermedad se adquiere en el primer trimestre. La prevalencia estimada en España es de 1,4-2 primoinfecciones/mil gestantes¹. Por ello, en varios países europeos (incluido España) se realiza un cribado sistemático periódico que pretende detectar las seroconversiones en las mujeres embarazadas.

Se trata de una mujer de 35 años que presenta un aborto espontáneo a las 10 semanas de gestación. El embarazo había carecido de incidencias hasta ese momento. La sero-

logía realizada en la 6.ª semana mostraba inmunoglobulina G (IgG) negativa para *Toxoplasma gondii* (TG). No se determinó inmunoglobulina M (IgM).

Dos semanas después del aborto presenta una adenopatía preauricular de 1-1,5 cm y características benignas, sin fiebre ni foco aparente. Se mantiene actitud expectante y el diámetro disminuye progresivamente en 20 días.

Tres meses después del aborto acude por un nuevo embarazo y en la serología del primer trimestre aparece IgG positiva para TG (945 UI/ml [< 512]). Se realiza IgM, que es positiva (1,15 UI/ml [$< 0,65$]). Se determina IgM en la muestra del embarazo previo, que es positiva (títulos no disponibles). En obstetricia se realiza ecografía y amniocentesis, que resultan normales. No se inicia tratamiento antibiótico.

Una causa muy probable del aborto espontáneo y la adenopatía que concurren en este caso es la toxoplasmosis aguda durante el primer trimestre del embarazo. La negatividad de IgG en la serología para TG del primer trimestre no permite descartar este supuesto. La determinación aislada de IgG, que detecta de forma tardía una infección que ya en la fase aguda puede producir malformaciones embrionarias importantes, no parece útil si no se acompaña de IgM, que indica la presencia de la infección aguda.

Otra cuestión a debatir es la falta de evidencia sobre la eficacia de los distintos tratamientos farmacológicos en la reducción de la tasa de infección fetal². En caso de seroconversión durante el embarazo se puede instaurar tratamiento antibiótico precoz o bien ofrecer un aborto terapéutico si se detectan anomalías morfológicas fetales.

Para rentabilizar los tratamientos lo más adecuado sería determinar IgM periódicamente en las mujeres seronegativas. Así se realiza en otros países europeos como Francia, donde la prevalencia de mujeres en edad fértil con IgG positiva para TG es de las más altas de Europa³. Otros países (Reino Unido, Noruega) no realizan ningún cribado por presentar una baja prevalencia y considerar que no existe evidencia suficiente⁴. Pero un cribado con IgG aislada representa, en nuestra opinión, una solución intermedia poco satisfactoria.

C. CIRIA DE PABLO, A. TIRADO ERRÁZQUIN,
S. MOLINA BERMEJO Y T. TROYANO RIVAS

Médicos de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud.
San Fernando II.

Correspondencia: C. Ciria de Pablo.
C/ Almendros, 3, puerta 7.
28270 Colmenarejo. Madrid.
Correo electrónico: cciria2002@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. González NL, González Lorenzo A. Programas de prevención de la toxoplasmosis congénita. *BSCP Can Ped* 2003(27).
2. Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2003.
3. Ancelle T, Goulet V, Tirard-Fleury V, Baril L, Du Mazaubrun C, Thulliez PH, et al. La toxoplasmosis chez la femme enceinte en France en 1995. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 1996;51:227.
4. Gilbert RE, Peckham CS. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? *Journal of Medical Screening* 2002;9:135-41.