

**TOXOPLASMOSIS CONGENITA. REPORTE DE LOS DOS PRIMEROS
CASOS ESTUDIADOS EN EL ESTADO ZULIA, EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE MARACAIBO**

Evelina Fonseca de Chacón*, **José Ramón Guzmán**** y **Rolando Haack
Belloso*****

Introducción.

Siendo la Toxoplasmosis una enfermedad de distribución mundial, y estando especialmente favorecidos los climas tropicales, nos llamaba la atención que en el Estado Zulia no se hubiesen descrito casos de la enfermedad; sobre todo el síndrome de hidrocefalia congénita reportado tan frecuentemente. Nos dimos entonces a la tarea de investigar un poco más, con la sorpresa de conseguir en un solo año, dos casos que han sido comprobados por métodos de laboratorio, como casos congénitos de la enfermedad.

Casuística.

Caso N° 1.-

LPV de 28 días de edad, sexo masculino, natural de Maracaibo; es referido de la Maternidad "Castillo Plaza" al Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Universitario de Maracaibo, por presentar ictericia y aumento de volumen del abdomen. **Enfermedad actual:** Este niño no había egresado de la Maternidad por considerársele "prematuro" (peso al nacimiento de 2,360 grs para 36 semanas aproximadas de gestación). Durante su permanencia en el retén se comenzó a palpar una tumoración en hipocondrio izquierdo, pensándose que podría tratarse de una esplenomegalia o de un tumor abdominal; por ese motivo se le practicó una urografía de excreción que resultó normal. A los 15 días se apreció ictericia que fue aumentando progresivamente de intensidad y hepatomegalia. En estas condiciones fue trasladado al servicio de Cirugía Infantil para descartar una malformación congénita de vías biliares. **Antecedentes obstétricos de la madre:** Madre de 20 años, aparentemente sana, primer embarazo simple a término sin complicaciones: niña normal. El segundo embarazo es el del

* Departamento de Pediatría,

** Servicio de Neurocirugía, y

*** Servicio de Neurología, Hospital Universitario, Maracaibo.

niño que presentamos, 8 meses de gestación; tuvo procesos catarrales a repetición que en una oportunidad requirió de una radiografía de tórax, cuyo resultado fue normal; el parto fue normal. Epidemiológicamente el contacto con animales domésticos y de finca fue positivo. **Examen clínico (23-3-70):** Temp: 36,3°C; peso: 2,400 grs; talla: 47 cms. Ictericia marcada de piel y mucosas. Circunferencia cefálica máxima: 31 cms. Fontanela anterior normotensa. Opacidad bilateral del cristalino. Circunferencia torácica: 29 cms. Cardiopulmonar: normal. Abdomen globuloso. Hepatomegalia a 6 cms del reborde costal a nivel de la línea media clávicular. Esplenomegalia a 4 cms del reborde costal; ambas de consistencia firme y superficie lisa. **Diagnóstico de ingreso:** Hepato-esplenomegalia de causa a determinar. Síndrome ictérico del recién-nacido. Prematuridad. Cataratas congénitas. **Exámenes complementarios (12-3-70):** Bilirrubina total: 11,8 mgrs%. Bilirrubina directa: 5,7 mgrs%. Bilirrubina indirecta: 6,1 mgrs%. Hemoglobina: 17 grs%, Hematocrito: 54% Transaminasas SGOT: 280 Unidades y SGPT: 260 Unidades. Esterco-bilinógeno: positivo. Retención de bromosulfa: 28% (2-4-70) Bilirrubina total: 8,1 mgrs%, directa: 5,9 mgrs% e indirecta: 2,2 mgrs%. Retención de bromosulfa: 31%.

Por éstos y otros exámenes practicados, se descartó el diagnóstico de malformación congénita de vías biliares. El caso fue trasladado al Servicio de Pediatría Médica, en donde fue vista por uno de nosotros quien pensando en Toxoplasmosis congénita orientó los exámenes complementarios a ese fin, que fueron practicados por consulta externa ya que la madre se negó a dejarlo hospitalizado. (11-5-70) Hemoglobina: 12 grs.%, hematocrito: 40%. Bilirrubina total: 6 mgrs%, directa: 3,9 mgrs%, indirecta: 2,3 mgrs%. Transaminasas SGOT: 101 Unidades y SGPT: 39 Unidades. Investigación de células citomegálicas en orina: Negativa. Urocultivo: Klebsiella-Aerobacter 200.000 colonias por cc de orina. **Examen Neurológico (2 meses de edad):** Circunferencia cefálica máxima: 38,5 cms. Fontanela anterior: 8 x 5 cms, abombada, sutura sagital y temporo-parietal, separadas; desproporción cráneo-facial. Motilidad y reflejos ósteotendinosos, normales. Fondo de Ojo: Opacidad de los medios transparentes del ojo. **Radiografía de cráneo ap - lateral - Towne:** Aumento del diámetro cefálico para la edad del niño. Fontanelas muy amplias. Se observan pequeñas calcificaciones aisladas, bastante nítidas, algunas circulares. Impresión: Hidrocefalia. Toxoplasmosis (Figs 1 y 2). EEG: trazado anormal, lento, difuso, propio de sufrimiento encefálico, más evidente en el cuadrante anterior del hemisferio derecho. Ventriculografía practicada con Tc 99: se apreció una hidrocefalia comunicante. **Estudios para el diagnóstico de toxoplasmosis:** exámenes directos de sangre y de LCR negativos. Inoculación: pasajes sucesivos en ratones, negativos. Estos exámenes fueron practicados en el Departamento de Medicina Tropical y Microbiología de la Universidad del Zulia.



Fig 1.



Fig 2.

Título de hemoaglutinación indirecta practicado en la sección de Inmunología del Instituto de Medicina Tropical de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, arrojaron los siguientes valores. Niño: Reactivo, Título 1/64; Madre: Reactivo, Título 1/4.096. Tratamiento: Se instituyó Spiramicina (Provamicina, de los laboratorios Specia), dosis de 100 mgrs x Kg de peso, durante 6 semanas.

Evolución.- A los 3 meses de edad la hepatomegalia y la esplenomegalia se encontraron a 5 y 4 cms del reborde costal respectivamente; lisa la superficie, dura, no dolorosa. La circunferencia cefálica máxima de 41 cms, fontanela anterior abierta, 11x8 cms, tensa; fontanela posterior abierta, 7x6 cms. A esta edad le fue practicada la corrección quirúrgica de su hidrocefalia: derivación ventrículo-yugular con colocación de válvula de Pudenz (control de TV para mayor precisión en la colocación de la válvula). La ictericia comenzó a desaparecer a los 4 meses de edad y el 14-7-70, la hemoglobina era de 9,8 grs %, con hematocrito de 32%. Bilirrubina total: 1,4 mgrs%, directa: 1 mg%, indirecta: 0.4 mgrs%. Transaminasas: SGOT 62 Unidades y SGTP 61 Unidades. El 2-9-70, a los 6 meses y medio de edad, el examen físico permanecía sin modificaciones. Se comenzó el tratamiento con Pirimetamina (Daraprin) a la dosis de 1 mgr x kg de peso, durante 6 semanas, sin presentar problemas tóxicos medulares. En esta fecha fue practicado un control oftalmológico: Microftalmía, catarata congénita y uveítis anterior. Todo el cuadro concuerda con Toxoplasmosis congénita. Es imposible hacerle fondo de ojo por la opacidad bilateral del cristalino. El 14-9-70 presentó episodios convulsivos que fueron yugulados con Difenilhidantoinato sódico a la dosis de 7 mgrs x kg de peso. La circunferencia cefálica máxima era de 43 cms y la hepato-esplenomegalia de 4 y 3 cms respectivamente. El 8-12-70 la circunferencia cefálica aumentó a 44 cms y el niño presentó síntomas de hipertensión endocraneana, que se interpretaron como una obstrucción valvular, la cual fue tratada por métodos no cruentos.

En la actualidad cuenta con 11 meses de edad (Figs 3, 4 y 5), peso de 7.300 grs, talla de 68 cms. En aparentes buenas condiciones generales. Según la madre, sigue la luz, emite monosílabos; solo toma alimentos líquidos ya que los sólidos le producen náuseas; sueño intranquilo, despierta sobresaltado y llorando. Circunferencia cefálica máxima de 46 cms, fontanela anterior puntiforme; el sistema valvular está funcionando bien. Microftalmía marcada, casi no abre los párpados. Cardiopulmonar: normal. Abdomen blando, depresible, discretamente meteorizado; hígado a 3 cms del reborde costal, de consistencia firme, no doloroso. Bazo a 2 cms del reborde costal. **Neurológico:** Hipertonía generalizada, hiperreflexia ósteotendinosa; sostiene a ratos la cabeza; no se sienta; mioclonias frecuentes (temblor finos de los miembros). Signo del trombón (protusión intermitente de la lengua).





Caso N° 2.-

NTG de 3 meses y 16 días de edad, sexo femenino, natural de Machiques, Distrito Perijá, Estado Zulia. Aumento de volumen de la cabeza. **Enfermedad actual:** Desde el nacimiento presenta aumento progresivo de la cabeza. Fue vista en consulta externa por uno de nosotros quien decidió hospitalizarla al observar imágenes de calcificaciones en la radiografía de cráneo, lo cual orientó al diagnóstico. **Antecedentes obstétricos de la madre:** Madre de 18 años, vive en Machiques, no refiere convivencia con animales domésticos. La niña es producto del 3er embarazo, simple a término; no refiere enfermedades durante el mismo y el parto fue eutócico, hospitalario; peso al nacimiento 3.000 grs. Refiere 2 abortos, uno antes y otro después del caso que presentamos y ambos de 2 meses de duración. Los productos del primero y segundo parto son normales. **Examen clínico (3-11-70):** Temp: 37°C. Peso: 4.500 grs. Talla: 55 cms. Macrocefalia. Circunferencia cefálica máxima de 43 cms. Fontanela anterior ampliamente abierta, 8x8 cms, abombada, se confunde con la sutura sagital interparietal y con la fontanela posterior que permanece abierta; separación de suturas. Discreta microftalmía, mirada en sol poniente; nistagmus bilateral, estrabismo divergente bilateral. Cardio-pulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible; hígado a 2 cms del reborde costal; no se palpa bazo. Hallazgos neurológicos: Motilidad y sensibilidad conservadas. Prehensión y succión: normal. Cople o palpebral y retinopalpebral: ausentes. Hipertonía generalizada, hiperreflexia osteotendinosa generalizada con Babinsky bilateral. Fondo de ojo: Atrofia óptica bilateral. **Diagnóstico de ingreso:** Hidrocefalia por Toxoplasmosis congénita (Figs 6 y 7). **Exámenes de laboratorio:** Hemoglobina: 10,5 grs %, hematocrito: 34%. Coprocultivo: salmonella, grupo serológico B.

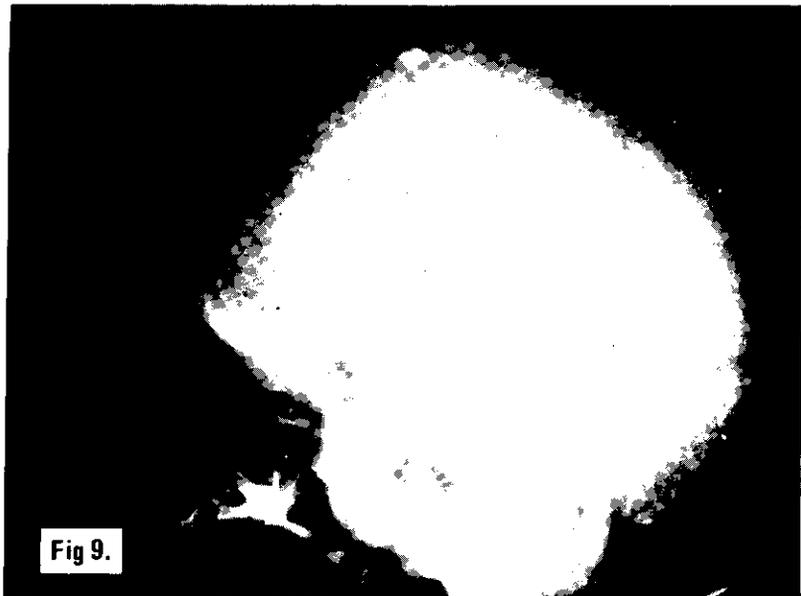


Fig 6.



Fig 7.

Cultivo de la secreción ocular y de las ulceraciones del cuero cabelludo: *Pseudomona aeruginosa*. Radiografía de cráneo: Desproporción cráneo-facial, fontanela anterior bastante amplia, apreciándose tabla ósea adelgazada; imágenes de calcificaciones distribuidas a nivel de la superficie cortical del cerebro, respetando fosa posterior (Figs 8 y 9). EEG: Trazado anormal, lento, difuso, propio de sufrimiento encefálico; con actividad irritativa sobrecargada. La ventriculografía con Tc 99, revela hidrocefalia



comunicante. Estudios para el diagnóstico de toxoplasmosis: IFA Toxoplasma. Título: 1/16 Positivo. El título es bajo pero el suero tenía 3 meses en refrigeración y de todas formas es un título anormal dado a la edad de la niña. Investigación de células citomegálicas en orina: Negativa. Tratamiento: Spiramicina, 100 mgs x kg de peso, que recibió durante 18 días.

Evolución: Durante su permanencia hospitalaria presentó diarrea y de las heces se aisló una salmonella B. Por no tener la movilización que requería su cabeza, presentó 2 ulceraciones en el cuero cabelludo en ambas regiones parietales; por ese motivo fue dada de alta en Diciembre para que los cuidados maternos ayudasen en la cicatrización de las úlceras y poder ser intervenida de su hidrocefalia. Actualmente se encuentra de nuevo hospitalizada, aparentemente en buenas condiciones generales; una de las ulceraciones se encuentra en vías de cicatrización. Edad: 6 meses. Peso: 6,150 grs. Talla: 60 cms. Circunferencia cefálica máxima: 51 cms. Fontanela anterior ampliamente abierta, confundiendo con la sutura metópica hacia adelante y con la sutura sagital hacia atrás; igualmente se confunde con la sutura coronaria: 26 x 25 cms. Hipertónia generalizada. Hiperreflexia ósteotendinosa. No sostiene la cabeza, no se sienta. Estrabismo divergente. Fondo de ojo: papila pálida, vasos delgados. Mácula y retina normales. IC: Atrofia óptica bilateral. No hay corioretinitis en relación con Toxoplasmosis.

Discusión.

La Toxoplasmosis es una de las infecciones parasitarias mas frecuentes del hombre. Estudios epidemiológicos indican que los índices más altos de infección se encuentran en regiones tropicales, húmedas, bajas y de escaso nivel higiénico y socioeconómico. La gran mayoría de los infestados son asintomáticos, pero la toxoplasmosis congénita es la expresión clínica más frecuente e importante de esta enfermedad, y la forma adquirida se inicia en el hombre con mayor frecuencia durante la infancia.

El 50% de la población mundial presenta títulos positivos para *Toxoplasma gondii*. En Venezuela Maekelt y colaboradores, con la prueba de Sabinfeldman, han encontrado altos índices de positividad; Figallo y Maekelt en 1963 demostraron alta incidencia de títulos reactivos inmunológicos en 96 parturientas y sus niños aparentemente sanos y recomiendan la introducción de pruebas inmunodiagnósticas en los servicios prenatales y el tratamiento profiláctico en las mujeres embarazadas infestadas durante la gestación.

En Venezuela, en 1.950, Bela de Gavaller describió el primer caso de Toxoplasmosis congénita histoparasitológicamente comprobado. En 1.952,

Oropeza y Raga comprobaron un caso por la reacción de Sabinfeldman. Mayz-Lyon y col. refieren los hallazgos clínicos y anatomopatológicos de 13 casos de Toxoplasmosis congénita, observados en la Maternidad "Concepción Palacios" de Caracas, durante los años 1.950 a 1.959. En 1.957, Rodríguez y Sucre presentan el caso de un recién-nacido que anatomopatológicamente fue catalogado como Toxoplasmosis congénita. En 1.964 se describen los 2 primeros casos comprobados parasitológicamente durante la vida en Venezuela, en el Hospital Clínico de Caracas. Ese mismo año Puterman y Doehnert describen 3 casos comprobados in vivo y anatomopatológicamente, en el Hospital Central "Antonio María Pineda" de Barquisimeto. En 1.966 los esposos Benassai describen el primer caso de Toxoplasmosis adquirida en el Estado Mérida, asociada a Mal de Chagas e histoplasmosis. En 1.968, Romer y Maekelt logran aislar toxoplasmas de un ganglio linfático de un joven adulto con una forma clínica de pseudomononucleosis infecciosa.

Los 2 casos presentados aquí corresponden a la forma congénita de la enfermedad y se pueden clasificar como forma septicémica o generalizada el caso N° 1 (contaminación en el 3er trimestre del embarazo) y como forma nerviosa el caso N° 2 (contaminación en el 2do. trimestre del embarazo). La contaminación es transplacentaria y entre más inmaduro sea el feto, mayor afinidad del parásito por el sistema nervioso central.

La forma septicémica tuvo un parto de 36 semanas y el peso del niño fue sub-normal (2,360 grs). Clínicamente los síntomas aparecieron desde el nacimiento; y como en la mayoría de los casos publicados, el diagnóstico fue confundido con tumor renal, atresia de vías biliares, hepatitis neonatal, pielonefritis aguda, etc.

Es de notar que las madres son jóvenes menores de 20 años y con infección inaparente (el fondo de ojo de ambas fue normal). Esto concuerda con los altos índices de positividad conseguidos por Maekelt y colaboradores, con la prueba de la hemoaglutinación indirecta en poblaciones menores de 20 años. Epidemiológicamente existe el contacto con animales domésticos. La madre del 2do. caso vive en Machiques, capital de un distrito eminentemente agropecuario.

Así mismo la forma septicémica cursó con hepatoesplenomegalia de consideración, que ha ido disminuyendo lentamente pero que aún persiste a los 11 meses de edad. La ictericia desapareció a los 4 meses de edad y en su mecanismo de producción pueden especularse factores hepatocelulares (el toxoplasma parasita las células del SRE, como lo demuestran las cifras altas de transaminasa y bilirrubina directa); factores hemolíticos (ver tasas de bilirrubina indirecta y estercobilinógeno positivo) y hasta factores de tipo obstructivos. La hidrocefalia se hizo evidente a los 2 meses de edad.