

Síndrome de TORCH

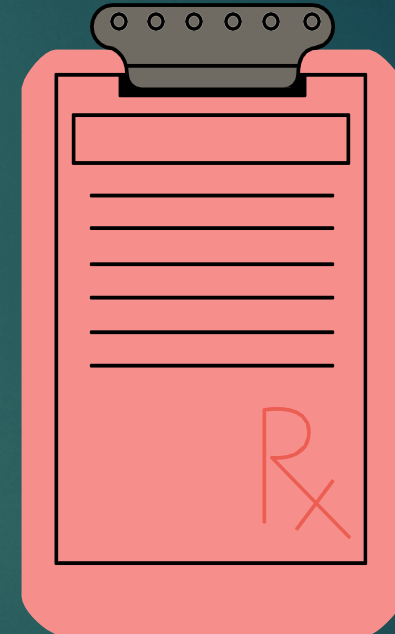
INTERNO: GABRIEL OYARZÚN

DOCENTE: DR. PAREDES



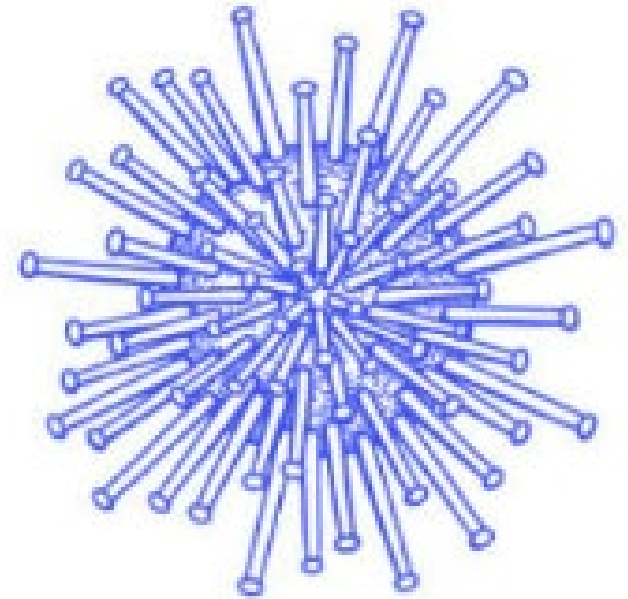
Hoja de ruta

- **Introducción**
- **Desarrollo de la enfermedad**
- **Epidemiología**
- **Agentes etiológicos
específicos**
- **Conclusión**



Introducción: ¿Qué significa TORCH?

- ▶ El acrónimo TORCH se utiliza en forma universal para caracterizar aquel feto o RN que presenta un cuadro clínico compatible con una infección congénita y permite un enfrentamiento racional, tanto diagnóstico como terapéutico.
- ▶ **Constituye una de las causas evitables de morbimortalidad materna y neonatal.**
- ▶ Estos son:
 - ▶ Toxoplasma gondii
 - ▶ Otros (como Sífilis y Enfermedad de Chagas)
 - ▶ Rubéola
 - ▶ Citomegalovirus (CMV)
 - ▶ Virus herpes simplex (VHS)1 y 2



Desarrollo de la Enfermedad

Transmisión vertical

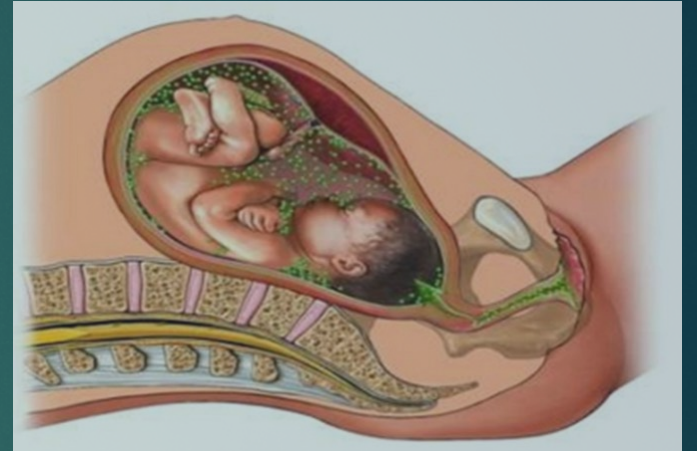
Las **infecciones de transmisión vertical** corresponden a aquellas transmitidas de madre a hijo.

Pueden ser:

Congénitas (durante desarrollo embrionario)

Perinatales (en pre parto, durante el parto o post parto)

Postnatales.



La vía hematológica es la principal vía de transmisión de las infecciones perinatales o congénitas.

Desarrollo de la Enfermedad



Características infecciones congénitas (in utero)

Las **infecciones más tempranas (antes de las 20 SDG), poseen mayor riesgo** de:

Efectos teratogénicos

Malformaciones cerebrales (microcefalia y alteraciones del neurodesarrollo)

Ceguera

Sordera

Muerte fetal.

Cobra gran relevancia un correcto control ecográfico

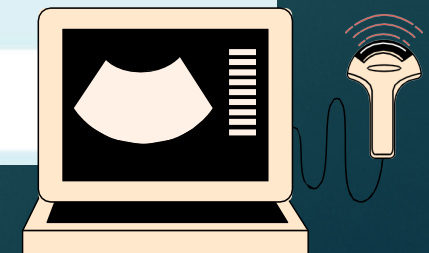


- ▶ Las infecciones fetales virales pueden sospecharse si la madre se ve expuesta o experimenta una infección por un virus conocido que se puede transmitir en forma vertical o frente a anomalías detectadas en los controles ecográficos de rutina.
- ▶ El **diagnóstico serológico definitivo** de infección aguda en la mujer embarazada requiere la demostración de seroconversión.
- ▶ La **ausencia de historia de infección no descarta la posibilidad de infección en el RN**, dado que la mayoría de ellas son asintomáticas.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Tabla 1. Hallazgos ecográficos sugerentes del síndrome TORCH

Retardo del crecimiento intrauterino	Hepato/esplenomegalia
Microcefalia	Calcificaciones hepáticas
Ventriculomegalia cerebral o hidrocéfalo	Intestino ecogénico*
Calcificaciones intracraneales	Ascitis fetal
Cataratas	<i>Hidrops fetal</i>
Cardiomegalia	Oligohidroamnios
Insuficiencia cardíaca congestiva	Polihidroamnios



Desarrollo de la Enfermedad

Clínica del recién nacido infectado

En el RN existen **hallazgos clínicos habituales** sugerentes de **infección**:

Hepato/Esplenomegalia

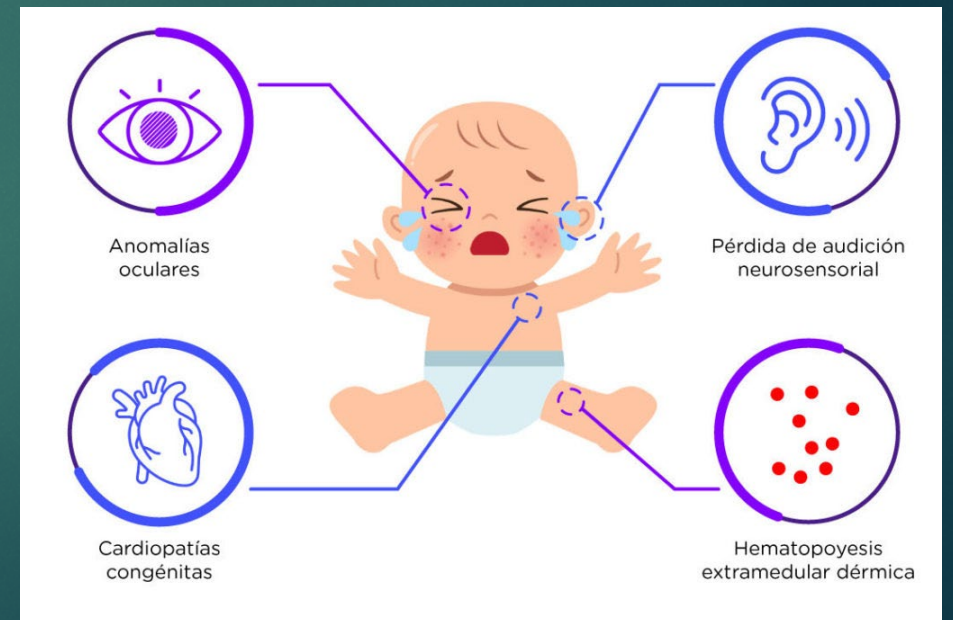
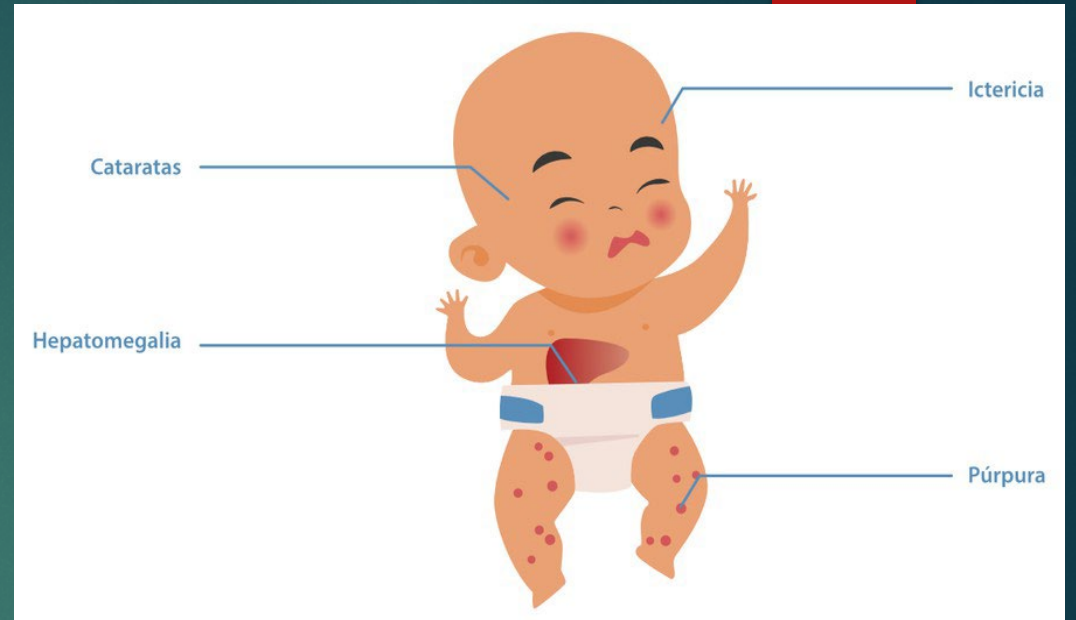
Ictericia neonatal

Petequias

PEG*

Estos hallazgos son de **baja especificidad**.

*Datos actuales sugieren de poca utilidad un tamizaje TORCH completo a aquellos RN cuya única manifestación clínica es ser PEG.



Ante un RN con sospecha de sepsis y cultivos sistemáticamente negativos, plantear la posibilidad de una infección congénita



Desarrollo de la Enfermedad

Manifestaciones clínicas del RN infectado, según agente etiológico

Tabla 2. Manifestaciones clínicas en el recién nacido según agente etiológico

	<i>Toxoplasma gondii</i>	Virus rubéola	Citomegalo-virus	Virus herpes simplex	<i>Treponema pallidum</i>	Virus varicela-zoster	Sepsis bacteriana
RCIU	+	+	+	-	-	+	-
Erupción, petequias, púrpura	+	+	+	+	+	+	+
Ictericia	+	-	+	-	-	-	+
Hepato/esplenomegalia	+	+	+	+	+	+	+
Microcefalia	+	-	+	+	-	+	-
Hidrocefalia	+	+	+	-	-	-	-
Calcificaciones intracraneales	+	-	+	+	-	+	-
Corioretinitis	+	+	+	+	-	+	-
Cataratas	+	+	-	+	-	-	-
Hipoacusia	+	+	+	+	-	-	-
Cardiopatía congénita	-	+	-	-	-	-	-

Epidemiología



Toxoplasmosis

- Zoonosis más frecuente del mundo. Prevalencia de infección entre el 80-90%. El ser humano se infecta con el consumo de carne cruda con quistes del parásito, o por consumo de frutas y hortalizas infectadas con quistes de toxoplasma gondii, que provienen de las heces de los gatos.
- La incidencia de infección congénita por toxoplasmosis es baja, pero las consecuencias pueden ser graves en casos de infección materna durante el embarazo.
- Se produce un caso congénito por cada 1.000 partos

Sífilis

- La OMS estima 12 millones de infectados al año. 2 millones son mujeres embarazadas y 270.000 RN con sífilis congénita.
- En Chile, la tasa de incidencia de sífilis en 2014 fue de 22,3 por 100 mil habitantes, 23% de los casos notificados de sífilis correspondieron a mujeres embarazadas.

Epidemiología



Rubeola (Sarampión Aleman)

- La rubeola se ha vuelto rara en la región gracias a las campañas de vacunación.
- Los últimos casos de SRC (síndrome rubeola congénito) confirmados en el país corresponden a 18 casos el año 2000 (genotipo 1E) y tres casos el 2007.

Enfermedad de Chagas

- En zonas no endémicas, la transmisión congénita o trans-placentaria es el principal modo de transmisión de T. cruzi.
- La tasa de transmisión congénita reportada en Latinoamérica varía de 0,7-18,2%, con un promedio de 5% en áreas endémicas

Herpes Simple

La infección neonatal por VHS es infrecuente, con una incidencia estimada de 1:3.000 hasta 1: 20.000 RN vivos.

Epidemiología

Existen dificultades a la hora de caracterizar la epidemiología del TORCH:


Falta de notificación

La notificación imprecisa o inconsistente impide obtener una imagen precisa de la carga de enfermedad

Variabilidad en la vigilancia

Ante las distintas formas de vigilancia y notificación de la enfermedad, se dificulta la comparación de datos

Acceso a pruebas diagnósticas

La  disponibilidad y acceso a pruebas diagnósticas en mujeres embarazadas y neonatos pueden ser limitadas en ciertos lugares, afectando la precisión de los datos epidemiológicos

Toxoplasmosis: Cuadro clínico

- ▶ *Toxoplasma gondii* es un protozoo tisular de distribución global.
- ▶ La **transmisión del parásito de la madre al hijo puede ocurrir únicamente cuando la infección se adquiere por primera vez durante el embarazo** y su frecuencia aumenta gradualmente con el progreso de la gestación.
- ▶ Se puede manifestar como:
 - ▶ Enfermedad neonatal (enfermedad generalizada, compromiso del sistema nervioso central y secuelas).
 - ▶ Enfermedad en los primeros meses de vida
 - ▶ Manifestación tardía en la vida (secuela o la reactivación de una infección no diagnosticada durante la infancia).
 - ▶ Infección asintomática (90% de los niños).
 - ▶ *La mayoría de los RN infectados es aparentemente sano y puede presentar las manifestaciones de la infección años después del nacimiento.*



Toxoplasmosis: Cuadro clínico

Tabla 3. Riesgo de transmisión y afectación fetal de la toxoplasmosis congénita según el momento del embarazo en que se produce la infección

Edad gestacional	Transmisión vertical	Afectación fetal	Tipo de afectación
< 14 semanas	< 10%	60%	Puede ser grave. Lesiones intracraneales y oculares
14-28 semanas	15-55%	25%	En general no es grave, lesiones oculares
> 28 semanas	> 55-80%	15%	Excepcional afectación intracraneal, lesiones oculares

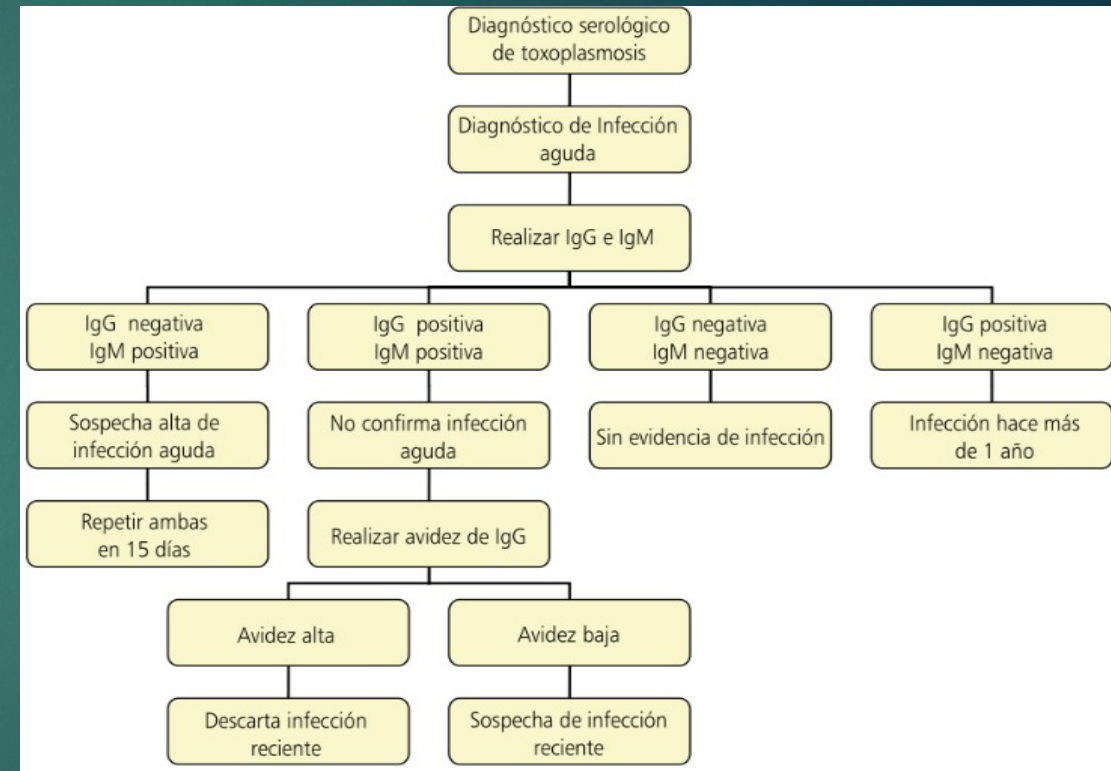
Toxoplasmosis: Cuadro clínico

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de toxoplasmosis congénita

Enfermedad neurológica		Enfermedad generalizada	
Corio-retinitis	(94%)	Esplenomegalia	(90%)
Alteraciones en el LCR	(55%)	Alteraciones del LCR	(84%)
Calcificaciones encefálicas	(50%)	Ictericia	(80%)
Convulsiones	(50%)	Anemia	(77%)
Anemia	(50%)	Fiebre	(77%)
Hidrocefalia	(29%)	Hepatomegalia	(77%)
Ictericia	(28%)	Linfoadenopatías	(68%)
Esplenomegalia	(21%)	Corio-retinitis	(66%)
Linfoadenopatías	(17%)	Neumonitis	(41%)
Microcefalia	(13%)	Exantema	(25%)
Cataratas	(5%)	Eosinofilia	(18%)
Eosinofilia	(4%)	Hidrocefalia/microcefalia	(0%)
Microftalmía	(2%)		

Toxoplasmosis: Diagnóstico

- ▶ **El diagnóstico es serológico**
- ▶ Diagnóstico materno: Serología con PCR, con el objetivo de detectar una infección aguda materna.
- ▶ En el RN: la detección de IgM y/o IgA en sangre se considera diagnóstico de infección fetal, mientras que la desaparición de la IgG en el primer año de vida descarta la infección.
- ▶ IgM es lo primero en aparecer, generalmente 1 semana después de la infección, siendo los títulos crecientes hasta 1-3 meses y luego decrecientes a partir de los 9 meses, llegando a la negativización.
- ▶ IgG aparece a partir de las 2 semanas de infección llegando a un peak a los 3 meses, mantiene un plateau por 6 meses y luego de 1 año inicia un lento descenso hasta llegar a su nivel mas bajo que se mantiene de por vida por persistencia de quistes latentes en el individuo infectado.



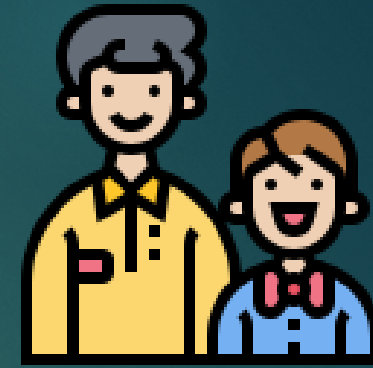
Toxoplasmosis: Tratamiento

- ▶ Todos los pacientes, independientemente de su condición clínica al nacimiento, deben recibir tratamiento.
- ▶ Si existen signos de curación se hace fundoscopia cada 1 o 2 años hasta la pubertad, momento en que el estudio oftalmológico se realiza cada seis meses (por el riesgo de recaída), a pesar de haberse efectuado un tratamiento correcto.

Infección	Tratamiento	Dosis	Duración
Infección congénita sintomática	P	Inicio: 1 mg/kg/12 h, durante 48 h posteriormente: 1 mg/kg/día, hasta los 6 meses Del mes 6 al 12: 1 mg/kg L-M-V. Dosis máxima: 25 mg	12 meses
	S	100 mg/kg/día, repartido en dos dosis	12 meses
	AF	5-10 mg/3 días por semana	12 meses y 1 semana
Infección congénita sintomática con afectación de LCR o corio-retinitis activa con alteraciones en la visión	P + S + AF	Igual que apartado anterior	Igual que en apartado anterior.
	Corticoides	1 mg/kg/día repartido en dos veces al día	Hasta normalización del LCR o reducción de la inflamación de la retina
Infección congénita asintomática	P + S + AF	Igual que el primer apartado A partir de los 2-6 meses puede administrarse pirimetamina días alternos, hasta el mes 12	12 meses
Infección dudosa	P + S + AF	Igual que en el primer apartado	Se mantendrá hasta descartar la infección (seguimiento de IgG). De confirmarse la pauta se mantendrá durante 12 meses

P: pirimetamina; S: sulfadiazina; AF: ácido fólico; LCR: líquido cefalorraquídeo; L_M_V: lunes, miércoles y viernes. Ref. 11.

Toxoplasmosis: Prevención Primaria



- ▶ Se deben indicar en la primera visita del embarazo:
 - ▶ Lavado de manos antes de ingerir alimentos.
 - ▶ Ingestión de carnes rojas bien cocidas, no consumir carnes ahumadas o en salmuera.
 - ▶ Lavado minucioso de las manos luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
 - ▶ Limpieza de las superficies y utensilios de cocina que tuvieron contacto con carne cruda.
 - ▶ No ingerir vegetales crudos que no fueron bien lavados.
 - ▶ Evitar contacto con excretas de gato.

Otros: Sífilis

Cuadro Clínico

- ▶ La sífilis congénita corresponde a la infección transplacentaria producida por ***Treponema pallidum***, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada, al producto de la gestación.
- ▶ El daño ocurre especialmente **después de las 16-20 semanas de gestación.**
- ▶ La principal **vía de transmisión es transplacentaria, no se transmite por leche materna.**
- ▶ La gravedad de la infección se relaciona con 4 factores:
 - ▶ I. El momento en que la mujer embarazada adquiere la infección.
 - ▶ II. La edad gestacional.
 - ▶ III. La carga infectante que afecta al feto.
 - ▶ IV. La oportunidad con que la madre establece una respuesta inmune.



La infección no tratada en la mujer embarazada da origen a 25% de abortos, 25% de mortinatos y del 50% restante, 40% de los RN nacen con sífilis congénita sintomática y 60% nacen asintomáticos, pero desarrollaran la enfermedad en los primeros dos años de vida.



Otros: Sífilis

Prevención

- ▶ La detección de sífilis a través del tamizaje con serología no treponémica en las mujeres embarazadas ha demostrado ser una buena estrategia en la prevención de la sífilis congénita.
- ▶ En Chile, la normativa del MINSAL establece el tamizaje en la mujer embarazada con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR cuantitativo):
 - ▶ Al momento de la primera consulta,
 - ▶ A las 24 semanas,
 - ▶ Entre las 32-34 semanas de gestación
 - ▶ Y al parto



Otros: Sífilis

Tratamiento de la embarazada



- ▶ Se considera tratamiento adecuado de la mujer embarazada, el haber recibido dos dosis de penicilina benzatina de 2.400.000 UI c/u, con un intervalo de una semana, un mes antes del parto, y al parto contar con seguimiento serológico de pruebas no treponémicas que evidencien una disminución de la dilución, en comparación a la dilución al momento del diagnóstico.

Otros: Sífilis

Tratamiento del RN con sífilis congénita

Tabla 8. Tratamiento del RN con sífilis congénita

Edad	Dosis de penicilina G	Vía	Frecuencia	Duración
0-7 días	50.000 UI /kg/dosis	ev	c/12 h	10 días
8-28 días	50.000 UI /kg/dosis	ev	c/8 h	10 días
> 28 días	50.000 UI /kg/dosis	ev	c/4 o 6 h	10 días

Rev Chil Inf, 2016, 33(2), 191-216

El tratamiento de elección para la sífilis congénita es penicilina G sódica.

Sífilis Congénito: Caso clínico

- ▶ RNT 40 SEM AEG 4 ddv.
- ▶ Lúes tratada hace tres años en Ecuador, habría quedado bien.
- ▶ En controles de embarazo actual tuvo dos VDRL negativos, el día del parto tuvo VDRL reactivo débil. RN con examen normal, tiene pendiente resultado de VDRL.
- ▶ Indicaciones:
 - ▶ - Leche materna a libre demanda.
 - ▶ - Solicito información a UNACESS.
 - ▶ - Alta según informe de VDRL y UNACESS.

Sífilis Congénito: Caso clínico

- ▶ INTERCONSULTA UNACCESS
- ▶ SE TOMA CONOCIMIENTO DEL CASO.
- ▶ MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE SÍFILIS TRATADA HACE AÑOS EN ECUADOR Y VENEZUELA.
- ▶ NO CUENTA CON REGISTRO DE TRATAMIENTO.
- ▶ RPR DURANTE EMBARAZO NEGATIVOS. (HOSPITAL FRUTILLAR)
- ▶ VDRL REACTIVO DÉBIL (PARTO)
- ▶ VDRL RECIÉN NACIDO PENDIENTE.
- ▶ **DADO QUE MADRE SE PRESENTA CON VDRL REACTIVO AL MOMENTO DEL PARTO, NO CUENTA CON VDRL PREVIOS EN HPM NI SE CUENTA CON REGISTRO DE TRATAMIENTOS EN SISTEMA, CASO DE RECIÉN NACIDO CORRESPONDERÍA A SÍFILIS CONGÉNITA PROBABLE Y DEBE SER ESTUDIADO Y TRATADO ACORDE A NORMA VIGENTE.
- ▶ HIPOTESIS DIAGNOSTICA: SÍFILIS CONGÉNITA PROBABLE

Sífilis Congénita: Caso clínico

- ▶ INDICACIONES:
 - ▶ HOSPITALIZAR RN EN NEONATOLOGÍA
 - ▶ ESTUDIO DE SÍFILIS CONGÉNITA: HEMOGRAMA, PERFIL HEPÁTICO, CREATININA, PUNCIÓN LUMBAR (CITO QUÍMICO + VDRL EN LCR), RX HUESOS LARGOS, FONDO DE OJO. RX TÓRAX SOLO EN CASO DE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA.
 - ▶ INICIAR POSTERIOR A PL: PENICILINA G SÓDICA 50 MIL UI POR KILO DOSIS EV CADA 12 HORAS POR 10 DÍAS
 - ▶ MADRE Y PADRE DEBEN SOLICITAR HORA PARA EVALUACIÓN EN UNACESS
 - ▶ CONTROL DE RN AL MES DE VIDA EN UNACESS CON VDRL

Sífilis Congénito: Caso clínico

- ▶ Historia de Ingreso:
- ▶ RNT de 40 semanas de 4 días de vida, con antecedentes de madre con embarazo controlado en consultorio de Frutillar, G3P2AO, tratada para sífilis en el año 2021 en el extranjero, sin el correspondiente registro que lo acredite, con VDRL 1:1 en el 2023, pero 3 no reactivos durante el embarazo, sin otra patología obstétrica ni comorbilidades, se realiza cesárea de urgencia por registro no tranquilizador, con LA con meconio, nace cianótico, pero con buen esfuerzo respiratorio APGAR 8-9-10. Llanto y tono adecuado, se apoya con oxígeno a flujo libre por menos de 1 minuto, recupera rápidamente el color; se observa durante dos horas en sala de RN inmediato, evolucionando adecuadamente, por lo que se traslada a puerperio con madre.
- ▶ Madre se presenta con VDRL reactivo débil al momento del parto. Dados los antecedentes serológicos, se decide ingresar al RN por sospecha probable de sífilis congénita, para ser tratado y estudiado acorde a norma vigente. VDRL del RN pendiente.

Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos que:

- 1.- Evidencien enfermedad activa (examen físico, radiografías, laboratorio).
- 2.- Sean hijos de madres inadecuadamente tratadas de acuerdo a la definición establecida.
- 3.- Madres con serología reactiva sin control de embarazo.
- 4.- Madres que no hayan presentado respuesta esperada al tratamiento o que se sospeche reinfección.
- 5.- Madres con Sífilis tratada pero con seguimiento serológico insuficiente.
- 6.- Madres cuyos contactos sexuales no han sido tratados.
- 7.- Madres sin historia de Sífilis previa, con serología reactiva al parto a cualquier dilución (en este caso se debe tomar prueba treponémica a la gestante para confirmar Sífilis).

Otros: Enfermedad de Chagas: Cuadro clínico

- ▶ El parásito se transmite a través de:
 - ▶ Depositiones de un triatoma infectado (vectorial).
 - ▶ Transfusiones de sangre o de órganos sólidos (transfusional).
 - ▶ **Transplacentaria.**
 - ▶ Ingestión oral de alimentos o líquidos contaminados (alimentaria)



Otros: Enfermedad de Chagas: Cuadro clínico

- ▶ Infección vertical:
 - ▶ Durante el primer trimestre del embarazo la transmisión es inhabitual y ocurre con mayor frecuencia durante el segundo o tercer trimestre.
 - ▶ Cuando el feto resulta infectado hay un aumento del riesgo de **parto prematuro, bajo peso de nacimiento, RCIU y rotura prematura de membranas.**
 - ▶ La mayoría de los RN son asintomáticos.

Tabla 9. Elementos clínicos para la sospecha de enfermedad de Chagas congénita sintomática

Signos y síntomas de infección congénita:

Prematurez

Pequeño para la edad gestacional

Apgar bajo

Síndrome de distress respiratorio

Hepato/esplenomegalia

Ictericia

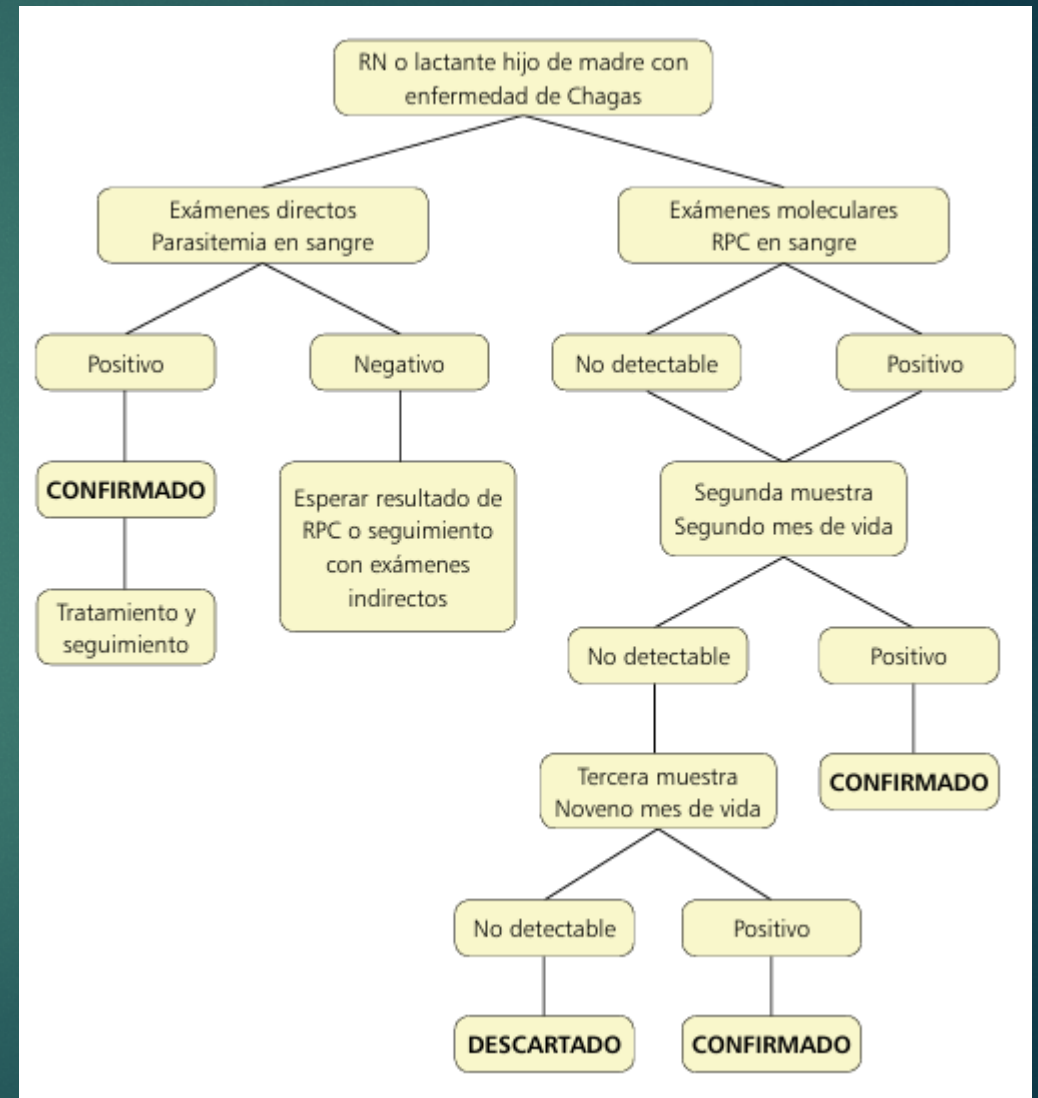
Madres seropositiva para *T. cruzi*

Hermano con enfermedad de Chagas congénita

Evidencia de miocarditis o meningoencefalitis

Otros: Enfermedad de Chagas: Diagnóstico

- ▶ Dado que la enfermedad en nuestro país es endémica, se recomienda el tamizaje serológico con IgG a todas las mujeres embarazadas en su primer control prenatal.



Otros: Enfermedad de Chagas: Tratamiento



- ▶ Una vez hecho el diagnóstico, el inicio del tratamiento debe ser inmediato con benznidazol o **nifurtimox** (en Chile sólo existe disponibilidad de nifurtimox).
 - ▶ La dosis recomendada de nifurtimox en RN y niños es de **10-15 mg/kg/día**. La duración del tratamiento recomendada es de 60 días y no menos de 30 días.
- ▶ Para aquellas mujeres embarazadas e infectadas por *T. cruzi* no existen medidas específicas que prevengan la infección congénita, dado que no se recomienda el tratamiento antiparasitario durante el embarazo por su **efecto teratogénico**.
- ▶ La **suspensión de la lactancia en madres infectadas no está recomendada**.

Rubeola: Cuadro clínico

- ▶ Del 50 a 70% de los niños con infección congénita por rubéola pueden ser RN asintomáticos.
- ▶ Los defectos más frecuentes son las anomalías cardíacas, la mayoría de ellas, **ductus arterioso persistente (70%)**.
- ▶ Los otros son: RCIU, microcefalia, hipoacusia sensorio neural, bajo peso de nacimiento, cataratas congénita, hipoplasia del iris, microftalmos .



Cataratas congénitas

Rubeola: Diagnóstico

- ▶ Se realiza por serología IgM al RN y a la madre.
- ▶ En caso de resultar positiva para IgM rubéola, se solicitará una muestra de suero en la madre (posterior al parto) para estudio de IgG.
- ▶ O mediante demostración de IgG sérica persistente en el RN entre los 6 y 12 meses de vida.
- ▶ Adicionalmente, puede hacerse un PCR hasta el año de vida.



Rubeola: Tratamiento



No existe tratamiento específico, por lo que la clave está en la profilaxis, la vacuna.

Virus Herpes Simplex (VHS): Cuadro clínico

- ▶ Tiene 3 vías de infección:
 - ▶ Intrauterina, un 5%
 - ▶ **Intraparto, un 85%**
 - ▶ Postnatal, un 10%

Se puede presentar clínicamente como enfermedad diseminada, con o sin:

- **Compromiso del SNC**
- **Encefalitis herpética**
- **Enfermedad de piel-ojo-boca.**

Aproximadamente el 50% de las infecciones por VHS neonatal cursan con compromiso del SNC. 70% tienen lesiones vesiculares características en la piel.



Virus Herpes Simplex (VHS): Cuadro clínico

- ▶ **Primoinfección** se refiere a la adquisición de la infección por VHS-1 o VHS-2 sin exposición previa y sin formación previa de anticuerpos.
- ▶ **Infección no primaria** se refiere a la adquisición de infección por VHS-2 en un individuo con anticuerpos previos para VHS-1 o viceversa.
- ▶ **Reactivación** se refiere al aislamiento del mismo tipo viral en las lesiones genitales con anticuerpos formados previamente.



Virus Herpes Simplex (VHS): Cuadro clínico

Tabla 14. Presentaciones clínicas de la infección neonatal por virus herpes simplex

	Enfermedad diseminada	Enfermedad del SNC	Enfermedad piel-ojo-boca
Modo de infección	Periparto/postparto	Periparto/postparto	Periparto/postparto
Frecuencia	25%	30%	45%
Órganos comprometidos	SNC, pulmón, hígado, glándula suprarrenal, piel, ojo, membranas mucosas	SNC, con o sin compromiso de piel	Piel, ojos, membranas mucosas
Presentación clínica	Encefalitis, falla respiratoria, falla hepática, CID, con o sin <i>rash</i> vesicular	Convulsiones, letargia, irritabilidad, rechazo alimentario, inestabilidad térmica con o sin <i>rash</i> vesicular	Con o sin <i>rash</i> vesicular
Mortalidad	29%	4%	----
Desarrollo neurológico normal al año	83%	31%	100%

SNC: sistema nervioso central. CID: coagulopatía intravascular diseminada. Ref: 92.

Virus Herpes Simplex (VHS): Diagnóstico

- ▶ El **aislamiento o cultivo viral** es el método definitivo.
- ▶ La detección por **PCR** es también recomendada.
- ▶ Si el neonato cursa con sintomatología neurológica, es necesario realizar **PCR a LCR** obtenido mediante punción lumbar (PL).



Virus Herpes Simplex (VHS): Tratamiento

- ▶ **Aciclovir intravenoso** a dosis alta, 60 mg/kg/día, fraccionado cada 8 hr, por:
 - ▶ 14 días -> Infección de piel, ojo y boca
 - ▶ 21 días-> Infección del sistema nervioso central
- ▶ Continuar con **Aciclovir oral** en dosis de 300 mg/m²/dosis por tres veces al día en caso de **Infección del SNC**.
- ▶ La infección neonatal por VHS tiene una elevada morbimortalidad. Es por ello que es necesario mejorar el pronóstico, iniciando el tratamiento de forma precoz para disminuir el riesgo de secuelas.

Todo niño con afectación del SNC debe tener una PL repetida al final de la terapia para documentar la cura virológica en el LCR.

Virus Herpes Simplex (VHS): Prevención

- ▶ Actualmente el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (AAP) recomiendan la **cesárea electiva como vía de parto en mujeres con lesiones genitales** sugerentes de una infección herpética activa



Conclusiones

- ▶ **Infecciones de transmisión madre-hijo:** Hay varias infecciones que pueden ser transmitidas de la madre al bebé durante el embarazo o el parto.
- ▶ **Acrónimo TORCH:** TORCH es un conjunto de infecciones que suelen afectar a los recién nacidos y se utilizan para describir a aquellos bebés que presentan un cuadro de infección congénita. Usar este término ayuda a guiar tanto el diagnóstico como el tratamiento.
- ▶ **No hacer un "test de TORCH":** El concepto tradicional de realizar un "test de TORCH" sin consideraciones específicas a cada paciente, hoy en día se considera no adecuado y ha sido reemplazado por exámenes específicos para ciertos patógenos, bajo circunstancias bien definidas.
- ▶ **Importancia del contexto y las herramientas disponibles:** Para abordar correctamente un posible síndrome TORCH, es crucial considerar las características del paciente, como su historia clínica y contexto epidemiológico. Además, hay que contar con las pruebas diagnósticas y tratamientos adecuados para hacer frente a estas infecciones de manera eficaz.

Referencias

Cofre, Fernanda, Delpiano, Luis, Labraña, Yenis, Reyes, Alejandra, Sandoval, Alejandra, & Izquierdo, Giannina. (2016). Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016. Revista chilena de infectología, 33(2), 191-216. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000200010>

Miranda Barrios, J., Sánchez García, L., & Pellicer Martínez, A. (s/f). Infecciones congénitas (TORCH). Pediatra Integral 2023; XXVII (7): 364–373

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Norma técnica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA y sífilis en Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/NORMA-DE-PTV-VIH-SIFILIS.pdf

AnnaRH&T.** (s. f.). *TORCH: ¿Qué significa? ¿Qué enfermedades incluye?*. Recuperado el 23 de enero de 2025, de <https://colombia.annarht.com/torch-que-significa-que-enfermedades-incluye/>