



TORCH

Dra. Leslie Araya Roos

Neonatología HBLT

- Serie de agentes infecciosos: bacterias, virus, parásitos
- Manifestaciones clínicas similares
- Madre puede tener enfermedad clínica o subclínica
- Durante embarazo
 - Primoinfección
 - Reactivación
 - Reinfección
 - Infección crónica latente
- Transmisión
 - Transplacentaria
 - Parto
 - Lactancia materna

Clínica

Varía según:

- Agente causal
- Edad gestacional
- Inmunidad materna
- Modo de transmisión

- Aborto
- Mortinato
- Mortineonato
- Malformaciones congénitas
- Infección clínica
- Infección subclínica
- Aparentemente sano
 - Secuelas, principalmente SNC

Sospecha prenatal

- Madre que cursa infección viral
- Hallazgos en ecografía

Tabla 1. Hallazgos ecográficos sugerentes del síndrome TORCH

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

Fuente: Ref. 3.

Sospecha postnatal

Clínica

- RCIU - PEG
- Hidrops no inmune.
- Prematurez.
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Neumonía.
- Púrpura
- Ictericia.
- Microcefalia
- Sepsis



Prueba complementarias

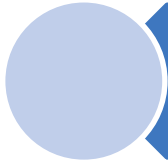
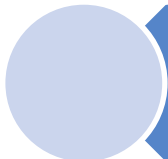
- Fondo de ojo: Coriorretinitis
- Rx. de cráneo y huesos largos: Alteraciones músculo esqueléticas
- Ecografía cerebral: Hidrocefalia, Calcificaciones cerebrales
- Pruebas hepáticas, hemograma: hepatitis, anemia, trombocitopenia.

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	-	+	-	-	-	-	-

RCIU: retraso en el crecimiento intrauterino. Ref. 5.

Laboratorio específico dirigido según epidemiología, antecedentes maternos y hallazgos

-  Toxoplasma gondii
-  Otros
-  Rubeola
-  Citomegalovirus
-  Herpes Simplex

Otros

- Enterovirus
- Listeria Momocytogenes
- Mycobacteretium tuberculosis
- Parvovirus B19
- Treponema Pallidum
- Tripanozona Cruzi
- Hepatitis B
- VIH
- VVZ

Toxoplasma

- Protozoo *Toxoplasma gondii*
- Hasta 80-90% de la población
- En Chile 40% de los > 21 años son seropositivos
- Huésped definitivo: gato
- Mecanismo de transmisión
 - Ingestión de quistes en carne mal cocida
 - Ingestión de ooquistes por contaminación con heces de gato
 - Transmisión transplacentaria

- Infección primaria en el embarazo hasta 1% → sólo 10% es sintomático (Sd Mononucleósico)
- Sólo se transmite al feto en infección primaria
- 1/1000 NV
- Transmisión materna fetal 40%
 - 60% en tercer trimestre

Infección en el 1er trimestre, la transmisión es baja (10%), pero con graves consecuencias

Infección al final del embarazo, la transmisión es alta (80%), pero la mayoría con una forma leve o subclínica

- Clínica
 - Primeras etapas del embarazo: aborto, mortinato
 - 70% aparentemente sano
 - 20% sintomático
 - 10% sólo ocular
- Manifestaciones tardías
 - 80% coriorretinitis a largo plazo
 - RM, pérdida audición, alteraciones neurológicas

Tríada de Sabin:

- Hidrocefalia
- Coriorretinitis
- Calcificaciones cerebrales

Clínica:

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%)		

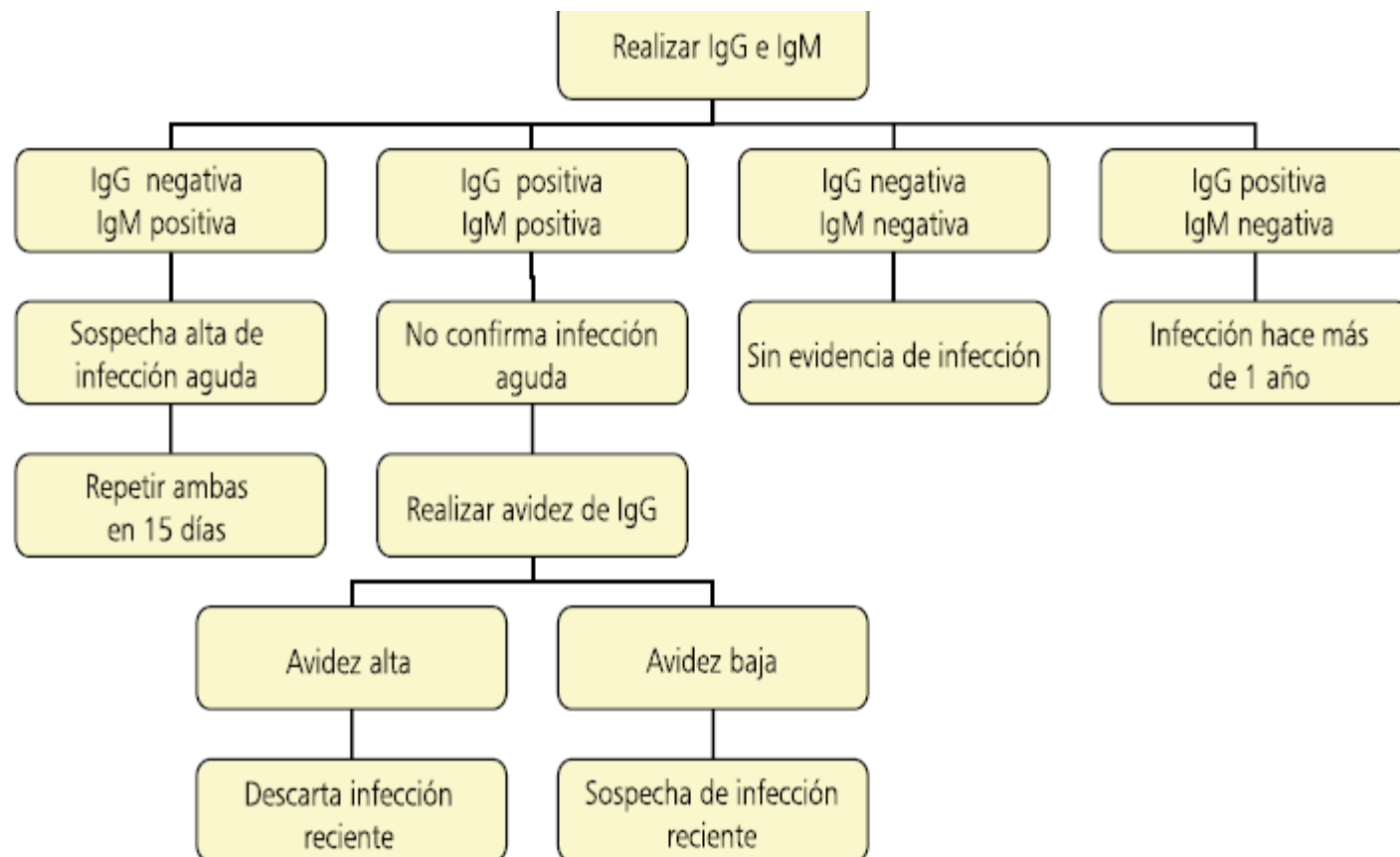
Formas clínicas

- Enfermedad neonatal
- Enfermedad que se manifiesta en los primeros meses
- Enfermedad que se manifiesta tarde en la vida
- Infección asintomática

Todas pueden tener secuelas, por lo tanto requieren tratamiento

Diagnóstico

- Métodos directos
 - PCR (líquido amniótico, sangre, LCR):
S hasta 80% en LA, en RN S variable
- Métodos indirectos
 - IgM materno puede durar >1 año.
Baja S en RN
 - Curva serológica
 - IgG aumento 4 veces los títulos
 - En la madre, test de avidéz
 - Si IgA o IgM es (+) en RN hace el dg



Tratamiento

- A la madre:
 - Disminuye transmisión vertical
 - Espiramicina 1g cada 8 h todo el embarazo
- Al recién nacido
 - Pirimetamina y sulfadiazina un año
 - Agregar ácido fólico
 - Corticoides en coriorretinitis
 - Seguimiento oftalmológico y neurológico

Prevención

- Conocer estado inmunológico
- Lavado de manos: antes de comer, después de manipular carne y verduras
- No consumir carnes mal cocidas ni verduras crudas mal lavadas
- Limpieza superficies en contacto con carne cruda
- Guantes en jardín
- No adquirir gato nuevo
- Remover excretas de gato a diario

Otros

- Sífilis
- VIH
- Chagas
- Varicela
- Parvovirus

Otros - Sífilis

- Enfermedad sistémica por treponema pallidum
- Espiroqueta de reservorio humano
- Precoz y tardía con límite 1 año

Riesgo de transmisión de la Sífilis durante la gestación

- **Sífilis primaria, secundaria y latente precoz**

(menos de un año de evolución): **75% a 95%**

- **Sífilis latente tardía y terciaria**

(más de un año de evolución): **10 % a 35 %**

- **Aborto o Mortinato:** > 50% de los fetos infectados muere.
- **Multisistémica:**
 - Niño que nace gravemente enfermo
 - PEG, anemia, hepato-esplenomegalia, lesiones cutáneas, compromiso del SNC
 - Forma menos frecuente, indistinguible de otros cuadros sépticos
- **Oligosintomática:**
 - Primeros 6 meses de vida.
 - Rinorrea serohemática, lesiones cutáneas descamativas y alteraciones óseas.
 - La escasa signología hace que se haga un diagnóstico tardío.
- **Asintomática:**
 - Forma de presentación más frecuente.
 - El 60% de los RN infectados son asintomáticos al nacimiento
 - Síntomas a las 3 a 8 semanas si no reciben tratamiento.

I. Sífilis congénita precoz: <2 años de vida:

- 1.- Cuadro multisistémico
- 2.- Lesiones cutáneas y mucosas a partir de las 2 a 10 semanas de vida :
 - Mucosas: rinitis mucosa o sanguinolenta, rágades y condilomas planos.
 - Cutáneas: exantema maculopapular, lesiones ampollares palmoplantares (pénfigo sifilítico asociado a una alta mortalidad). (↓Frec, ↑ E)
- 3.- Lesiones óseas: osteocondritis, epifisitis y dactilitis
- 4.- Linfadenopatía generalizada.
- 5.- Bajo peso al nacer.
- 6.- Anemia, trombocitopenia e ictericia.
- 7.- Hepato-esplenomegalia.
- 8.- Alteración de LCR con o sin manifestaciones neurológicas.
- 9.- Oculares: uveítis, glaucoma y coriorretinitis en "sal y pimienta"
- 10.- Compromiso Renal: glomerulonefritis o síndrome nefrótico.

II. Sífilis congénita tardía: después de los 2 años, más frecuente en pubertad

- Queratitis intersticial.
- Formación de granulomas necrotizantes (gomas).
- Sífilis cardiovascular (poco frecuente).

Algunos casos pueden presentar secuelas (estigmas):

- Dientes de Hutchinson, molares de mora.
- Nariz en silla de montar.
- Tibias en “sable”.
- Opacidades corneales, atrofia óptica.
- Sordera por compromiso del octavo par.
- Hidrartrosis (articulación de Clutton).

III. Neurosífilis: se puede presentar tanto en etapa precoz como tardía con o sin manifestaciones neurológicas.

- Prevención

- El tamizaje de Sífilis en gestantes se realiza con exámenes no treponémicos en tres momentos de la gestación: al ingreso, a las 24 y entre las 32 y 34 semanas de embarazo.
- Todo tamizaje que presente un resultado reactivo, debe ser cuantificado. Los laboratorios deben informar siempre al clínico la técnica utilizada.
- Toda mujer atendida por causa de parto o pérdida reproductiva (aborto o mortinato) debe ser testeada para sífilis con VDRL/RPR.

Ningún Recién Nacido debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico para Sífilis de la madre.

- El tratamiento materno evita la enfermedad en 100%
 - PNC benzatina 2.400.000
 - 2 dosis, salvo en latente tardía (3 dosis)
 - Control serológico: disminución dos diluciones al mes

**DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO ADECUADO DE LA GESTANTE
para evaluar riesgo del recién nacido/a**

- 1.- Penicilina benzatina 2.400.000 UI última dosis al menos 1 mes antes del parto.
- 2.- Al parto, reducción de más de 2 diluciones del VDRL.

**La gestante que recibió Eritromicina u otro antibiótico
se considera como inadecuadamente tratada**

- Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos hijos de madres con Sífilis no tratada, inadecuadamente tratada y/o sin tratamiento de contacto sexuales.
- Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos que presenten evidencias clínicas sospechosas de Sífilis congénita.

- Tratamiento

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0 - 7 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 12 horas	Por 10 días consecutivos
8 - 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 8 horas	Por 10 días consecutivos
Más de 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 4 ó 6 horas	Por 10 días consecutivos

- Seguimiento

Otros - VIH

- Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (2005)
 - Ofrecimiento universal del test a las embarazadas
 - Protocolo farmacológico a las gestantes VIH (+) y sus hijos/as (garantizado en GES)
 - Sucedáneos de leche materna durante 6m.
- La tasa de la transmisión vertical muestra un descenso a través del tiempo
 - 30% previo a 1996
 - 1,5% 2010 con el protocolo actual
- Tratamiento en la gestante
 - TAR a las 20 sem
 - >100,000 CV → 14 sem inicia TAR
 - TAR si la madre lo requiere
 - Seroconversión durante el embarazo
 - Durante el trabajo de parto o previo a cx programada

- Prevención

- Realizar un test de tamizaje VIH a toda gestante al ingreso del control prenatal.
- Si el resultado del examen es negativo, **se debe repetir entre la semana 32-34 de gestación** en aquellas mujeres que tengan mayor riesgo de adquirir el VIH: por antecedentes de abuso de alcohol o drogas, parejas nuevas durante la gestación o multiparejas (mujeres en situación de calle, trabajadoras sexuales, etc.), antecedentes de ella o de su pareja de Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis, Sífilis u otra ITS y en casos conocidos de serodiscordancia y su pareja sea VIH (+).
- Todo resultado reactivo a nivel local, debe ser enviado a confirmación al ISP.
- En las mujeres que llegan al parto sin serología para VIH conocida, revisar en laboratorio si éste ha sido tomado. Si no se dispone del resultado, se debe realizar un tamizaje para VIH urgente (instrumental o visual). Si éste resultara reactivo, aplicar de inmediato el protocolo de prevención de transmisión vertical, incluyendo suspensión de la lactancia.

- Manejo del RN
 - Suspendir LM
 - Diferir BCG hasta recuento CD4
 - AZT 6 semanas
 - Dosis : 4 mg/k cada 12 h
 - Algunos nevirapina
 - Estudio

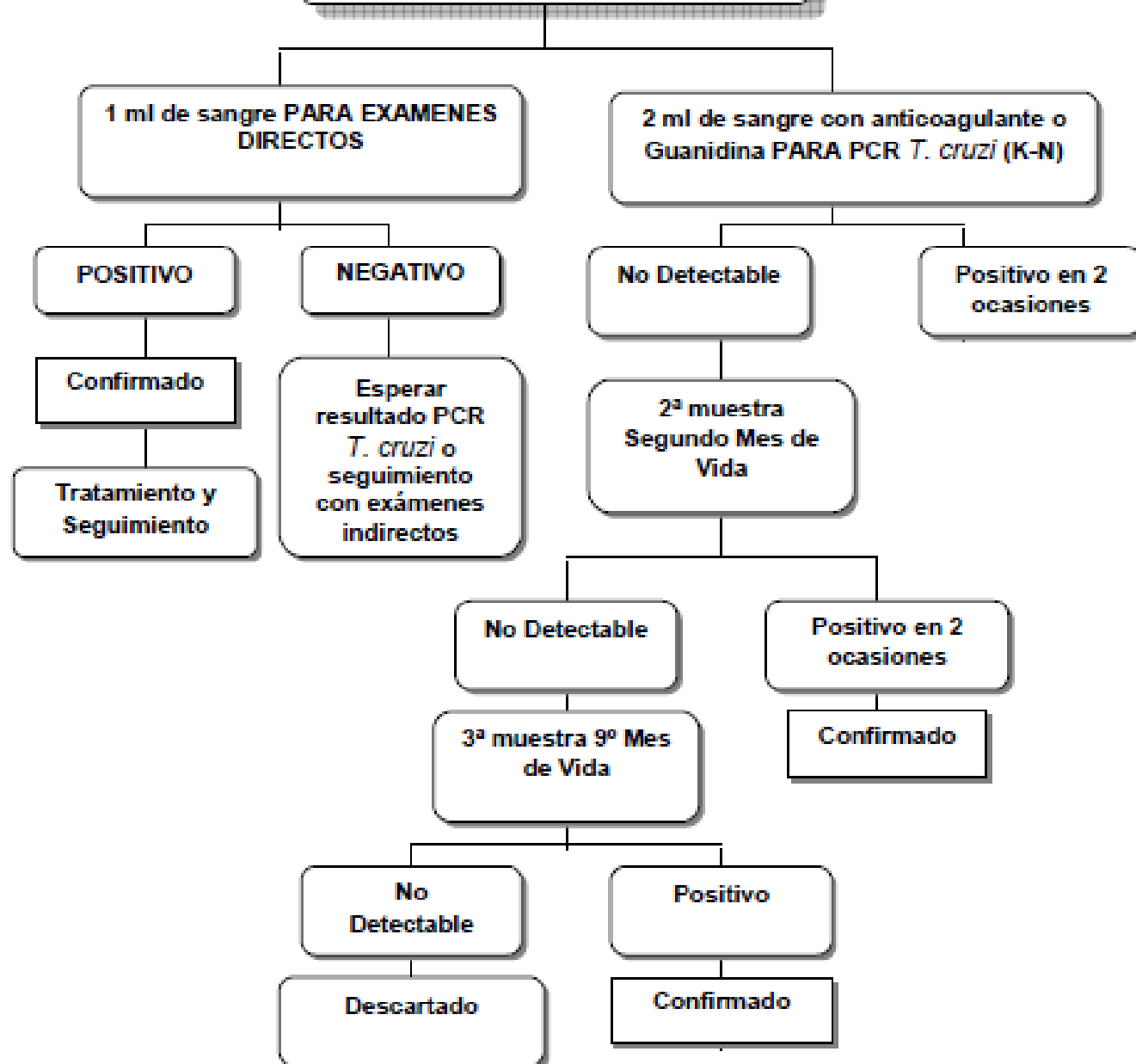
- Para el diagnóstico de VIH en niños menores de 2 años, hijos de madre VIH (+) se debe tomar la primera muestra de sangre dentro de las primeras 48 horas de vida.
- Si primer PCR es **positivo**, tomar de inmediato segunda muestra. Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos al menos 2 PCR.
- Si primer PCR, es **negativo**, tomar segunda muestra entre los 15 y los 30 días de vida y una tercera a los 3 meses de edad. Para descartar la infección, se debe tener 2 resultados negativos de PCR, posterior a los 15 días de nacido.
- Todos los hijos de madre VIH (+) deberán continuar sus controles en forma ambulatoria con un médico pediatra capacitado en VIH/SIDA.

Otros - Chagas

- Tripanozoma Cruzi
- Mecanismos de transmisión
 - Vectorial: deposiciones de triatoma infectado
 - Transfusional
 - Alimentaria
 - Transplacentaria mecanismo mas importante en áreas no endémicas
- Riesgo de transmisión tranplacentaria:
 - Etapas crónicas: parasitemias oscilantes
 - Etapa aguda
 - En cada embarazo
 - Transgeneracional
- Transmisión del *T. cruzi* de madre a hijo en Chile 2,1% a 9,8%
- Principalmente en el tercer trimestre

- El 70% a 80% nace asintomático
- RN sintomático → TORCH
 - RNPT, RPM
 - Pequeño para la edad gestacional
 - Hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia
 - Neumonía intersticial
 - Compromiso variable del SNC (alteraciones citoquímicas en el LCR, meningoencefalitis)
 - Miocarditis, compromiso del fondo de ojo y de piel.
- Mortalidad 5%
- La ausencia de síntomas al nacer, no implica ausencia de infección y de enfermedad a futuro → manifestaciones de la etapa crónica de la enfermedad meses o años después

**Recién Nacido o Lactante Hijo
de Madre con Enfermedad de Chagas**



Tratamiento

- Los niños que nacen infectados tienen una curación cercana al 100%, si el tratamiento se establece dentro del primer año de vida.
- Nifurtimox 8-10 mg/kg/día cada 8 h por 60 días
- NOTIFICAR AL CONFIRMAR
- Tto previo al embarazo disminuye transmisión
- No se recomienda durante el embarazo
- No se recomienda suspender la LM

Otros - Varicela

- Seroprevalencia 90% edad adulta

EG	Clínica
0-14	RCIU, hipoplasia extremidades, 0,8% Síndrome de varicela congénita
15-20	2% Síndrome de varicela congénita Microcefalia, atrofia cortical, calcificaciones cerebrales, coriorretinitis y atrofia nervio óptico
21-37	Cicatrices en piel
>5 d antes del parto	Zoster en infancia
3 sem antes del parto	Infección neonatal 25-40% erupción leve
<5 d antes del parto y <3 días dsp del parto	Infección neonatal hemorrágico, neumonía, encefalitis. 40% letalidad

Tratamiento

- IG hiperinmune contra VZ
 - RN cuya madre presentó exantema <5 días preparto, o < 2 días postparto
 - RNPT < 28 sem expuestos a VZ
 - RNPT > 28 sem expuestos a VZ cuyas madres no han tenido varicela
- Aciclovir
 - Sin beneficios en Varicela congénita
 - RN cuya madre presentó exantema <5 días preparto, o > 2 días postparto
- Aislamiento contacto y respiratorio (21 días de incubación)

Otros – Hepatitis B

- Problema de salud pública a nivel mundial
- Chile endemia baja
- Se inicia vacunación el 2005 (recomendación OMS)
- Transmisión vertical hasta 90% en ausencia de profilaxis
 - Durante el embarazo, parto o postparto
- Se recomienda el tamizaje de HBsAg a todas las mujeres embarazadas

- Hepatitis aguda por VHB durante el embarazo:
 - Tratamiento es de soporte
 - Antiviral generalmente no es necesario
 - Transmisión vertical aumenta hasta un 60% cuando se presenta durante el tercer trimestre
- Hepatitis crónica por VHB en la paciente embarazada:
 - Embarazo generalmente bien tolerado en las pacientes con hepatitis B crónica que no tienen cirrosis descompensada.
 - Embarazo genera un estado de tolerancia inmune → puede producirse un leve aumento de la carga viral → riesgo de reactivación al final del embarazo
 - Antiviral de elección es tenofovir : categoría B

Prevención transmisión vertical

- Alta eficiencia de la vacuna → la mayoría de los casos de infección ocurren en el parto
- Pilares de la prevención :
 - Tamizaje universal en el embarazo***
 - Inmunoglobulina de hepatitis B (IgHB)

Antes de las 12 horas de edad, 0,5 mL por una vez IM

- Vacunación (3 dosis) al recién nacido. Esta estrategia logra reducir de un 90% a un
<12 hrs, 1m, 6m
- Lactancia La lactancia materna no aumenta el riesgo de transmisión del VHB

- Con esta estrategia queda un 5 a 10% de riesgo de transmisión
- Se ha estudiado el uso de profilaxis durante el tercer trimestre con antivirales.
- Tenofovir como primera opción
- Opinión de expertos: uso de antivirales en pacientes con hepatitis B crónica, HBeAg positivo con carga viral elevada (mayor de 8 log₁₀ IU/mL, equivalente a 100.000.000 IU/mL) comenzando 6 a 8 semanas antes de la fecha probable de parto.
- HBsAg a los 12 meses de edad, ya que las determinaciones más precoces corren el riesgo de detectar falsos positivos

Resumen de las recomendaciones en VHB y embarazo

1. Se recomienda el tamizaje universal de hepatitis B a todas las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo.

Grado de recomendación A

2. No se recomienda cambiar la vía del parto en mujeres embarazadas para disminuir la posibilidad de transmisión vertical, pero sí evitar procedimiento invasivos como amniocentesis.

Grado de recomendación B

3. La prevención de la transmisión vertical se realiza administrando IgHB 0,5 mL im al recién nacido de toda madre con HBsAg positivo antes de las 12 h del parto, simultáneamente con la primera dosis de vacuna de hepatitis B en un sitio diferente.

Grado de recomendación A

4. Se recomienda la determinación de carga viral en mujeres embarazadas con hepatitis crónica por VHB entre las 28-30 semanas de embarazo para poder evaluar la necesidad potencial de terapia antiviral en el tercer trimestre. En pacientes con HBsAg y HBeAg que además tengan alta carga viral (mayor de 100.000.000 IU/mL) pueden beneficiarse de uso de tenofovir 300 mg/d comenzando 6 a 8 semanas antes de la fecha probable del parto.

Grado de recomendación C

5. La lactancia materna no se debe suspender en las madres con hepatitis B si el hijo recibió profilaxis con HBIG y vacuna al nacer.

Grado de recomendación C

6. El uso de tenofovir es seguro durante la lactancia materna.

Grado de recomendación C

7. A los recién nacidos de una madre HBsAg positivo se debe determinar HBsAg al año de edad, independientemente de haber recibido profilaxis.

Grado de recomendación B

Otros - Parvovirus

- En la embarazada es raro ver el clásico eritema infeccioso y se transmite el virus en 30% de los casos:
 - Aborto 15%.
 - Hidrops no inmune 15%
 - Malformaciones oculares y SNC.
- No existe tratamiento específico
- Transfusión fetal.

Rubeola

- Ha disminuido por el uso de vacuna (3 casos 2007)
- 50-70% de las madres pueden tener rubeola asintomática
- Transmisión variable según EG

Edad gestacional	% Sd rubeola congénita
< 8 sem	85-95%
9-12 sem	52%
13-20 sem	16%
>20 sem	indeterminada

- Aborto
- Mortinato
- SRC
- Asintomático (50-70%)
- Síntomas transitorios hasta los tres meses
 - Trombocitopenia
 - Hepatoesplenomegalia
 - BPN
 - Encefalitis
 - Anemia hemolítica
 - Fontanela amplia
- Puede progresar hasta los 2 años

Cardiopatía congénita	71%
Lesiones oculares	18%
Cataratas	30%
Sordera	67%
Compromiso SNC	29%

Diagnóstico

- Madre: IgM (3 ds – 8 semanas), curva IgG (dsp 2 sem)
- RN: IgM, IgG persistente a los 6 m
- PCR en ANF, orina, LCR, sangre
- NOTIFICACIÓN - Confirmación en ISP

Tratamiento

- No existe

Prevención

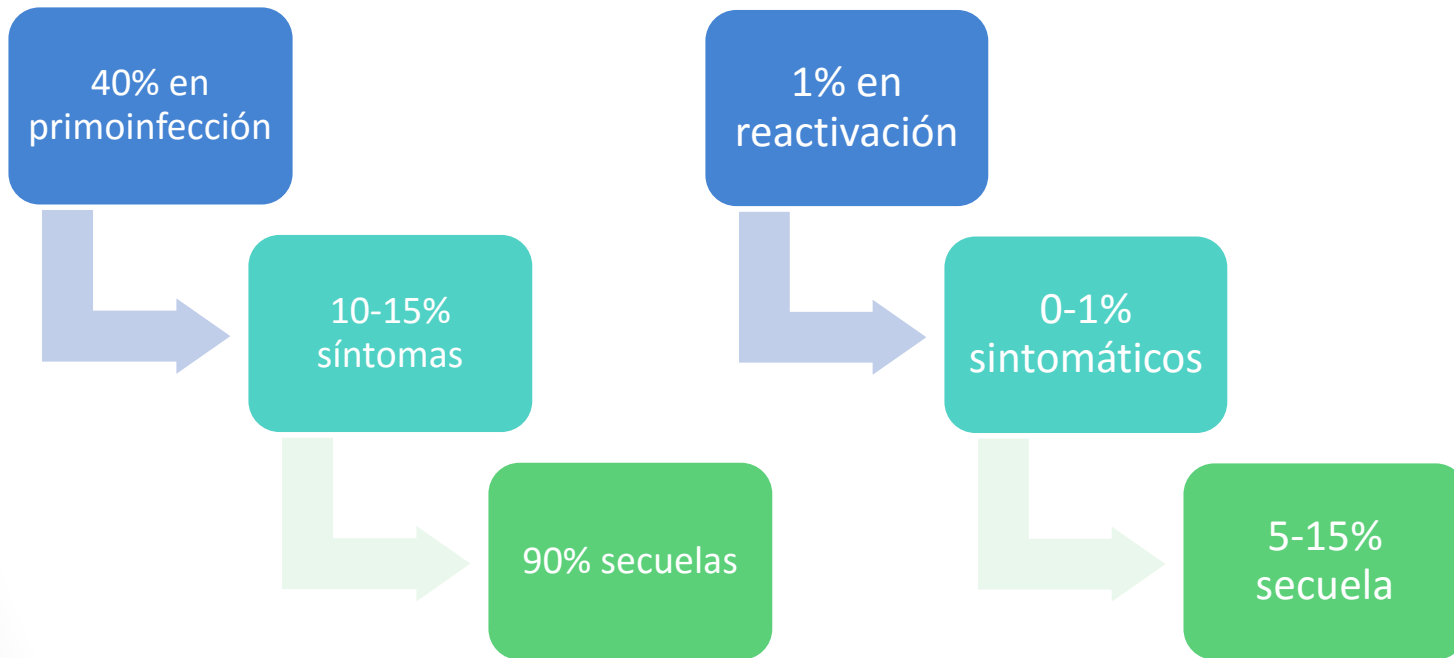
- Vacunas

Citomegalovirus

- Virus herpes 5
- Presente en todas las secreciones corporales, pero latencia en células salivales y renales
- Agente más aislado en TORCH
- Principal causa no genética de hipoacusia y de RM adquirido
- 0,5-2% RNV
- Muerte fetal 0,5%, 30% en pacientes con clínica
- Mayoría es asintomático
- Distribución mundial, endémica

- Más frecuente en
 - Primípara joven
 - Contacto con niños
 - A menos NSE
 - Mayor EG (* más grave a menor EG)
- Chile:
 - 2005 en NSE bajo 95% embarazadas (+)
 - 2009 90% NSE bajo, 50% NSE alto

- Transmisión y clínica varía según estado de la infección



- Transmisión en RN
 - Prenatal: congénita
 - Perinatal: → tb deja secuelas
 - Canal del parto: Síntomas a las 5-6 sem de vida
 - LM en 50% de los expuestos. Síntomas en los primeros 6 meses
 - Postnatal: LM, horizontal

Clínica

- Sintomático: 10 -15% → 35% hipoacusia, 2/3 déficit neurológicos, 4% muere.
- PCR en LCR

- Petequias
- Síntomas neurológicos
- Ictericia
- Hepatoesplenomegalia
- PEG
- Prematurez
- Aumento transaminasas
- Anemia
- Trombocitopenia
- Hiperbilirrubinemia conjugada
- Calcificaciones cerebrales
- Microcefalia

Secuelas

Sintomáticos

- Hipoacusia 58%
- RM 55%
- PC 12%
- Visuales 22%

Asintomáticos

- Hipoacusia 6-23%
- Microcefalia 2%
- RM 4%
- Corioretinitis 2,5%

Diagnóstico

- Prenatal:
 - IgM materna poco sensible y dura hasta 12m
 - PCR en LA (S 90%, E 98%)
 - PCR en sangre fetal: riesgo beneficio?
 - Eco prenatal
- CMV congénito
 - PCR y/o cultivo shell vial en **orina, saliva** antes de 21 días
 - PCR en sangre baja S, viremia oscilante
 - Hemograma, p hepáticas
 - Neuroimagen: eco buena sensibilidad
 - FO
 - BERA

Tratamiento

- En sintomáticos
- Iniciar ante de 28 días
- Ganciclovir ev o valganciclovir oral 6 semanas → 6 meses.
- RAM: granulocitopenia, trombocitopenia, aumento crea
- Controlar hemograma, pruebas hepáticas y función renal semanal
- En estudio tratamientos en asintomáticos.
- Prevención: lavado de manos, evitar contacto con fluidos de niños <3 años

Herpes

- Seroprevalencia en edad fértil 88-97%
- Infección asintomática: 60-80% de madres de RN con herpes neonatal no tiene lesiones
- Incidencia 1/3000 – 20000 RNV
- 70% VHS-2
- Transmisión variable
 - Primoinfección: 57%
 - Reinfeción (otro VHS) 25%
 - Recurrencias: 2%
- Mecanismos de transmisión
 - Intrauterina: 5%
 - Perinatal: 85%
 - Postnatal: 10%

Clínica:

- In utero
 - Hallazgos dermatológicos, oftalmológicos y neurológicos
- Perinatal

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.

Diagnóstico:

- Cultivo viral de las lesiones o LCR
- PCR: hisopado, bocac, lesiones, LCR, sangre.
- PCR puede hacerse (+) 3-5 días.

Tratamiento

- Aciclovir
 - 60 mg/k/día ev → mejora sobrevida
 - 14 ds en piel-ojo-boca. Mínimo 21 días en SNC y diseminada
 - Luego oral 300 mg/m²/dosis por 6m → Ha mejorado resultados neurológicos

¿Preguntas?