

A TOXOPLASMOSE CONXÉNITA EN GALICIA: 2012 a 2018

O *Toxoplasma gondii* é un parásito de distribución universal, que se transmite aos humanos polo consumo de carne crúa infectada, pola inxesta de vexetais e froitas mal lavados contaminados con quistes presentes en feces de felinos (incluídos os gatos domésticos), e por vía transplacentaria. Estimase que un terzo da poboación mundial está infectada.

A toxoplasmose conxénita (TC) é a infección do embrión ou do feto polo parásito, trala primoinfección materna. A infección na embarazada inmunocompetente adoita ser asintomática, polo que na meirande parte dos casos diagnósticase a partir dun estudo serolóxico.

O risco de transmisión fetal é menor canto máis precoz sexa a infección no embarazo (10-20% no primeiro trimestre, 25-30% no segundo e 60-80% no terceiro), pero as consecuencias para o feto serán máis graves. Do total de casos de TC, só o 10-20% son sintomáticos. Se a infección fetal ocorre durante o primeiro trimestre pode producir a tétrada típica: hidrocefalia, coriorretinite, convulsións e calcificacións cerebrais bilaterais. As infeccións fetais no último trimestre do embarazo preséntanse, a miúdo, como coriorretinite e poden non manifestarse ata a segunda década da vida.

A infección materna diagnósticase mediante seroconversión ou polo aumento significativo dos anticorpos IgG durante o embarazo; ou ante a presenza de IgM positiva con IgG de baixa avidez. Ante a sospeita ou evidencia dunha infección materna, débese descartar a infección fetal.

O **diagnóstico neonatal** é complicado xa que os anticorpos IgM e IgA en soro, e a PCR en sangue e líquido cefalorraquídeo (LCR) poden ser falsamente negativos. Nestes casos, o diagnóstico pode realizarse mediante a constatación dun ascenso significativo dos anticorpos IgG ou da persistencia dos mesmos despois do ano de vida.

A **prevención primaria** consiste en fomentar hábitos hixiénicos saudables na embarazada, de forma imprescindible nas que son seronegativas para toxoplasma. A **prevención secundaria** basease no diagnóstico precoz da primoinfección materna para adoptar medidas que eviten ou diminúan a transmisión ao feto. No caso de infección materna, a xestante deberá seguir tratamento e realizaranse ecografías seriadas en busca de afectación do sistema nervioso central do feto.

A efectos de vixilancia e notificación defínese como caso de TC confirmada aquel que comeza nun neno que non cumpriu o ano de idade e que cumpre polo menos un dos criterios de laboratorio [Apéndice].

No período do 2012 o 2018 declaráronse en Galicia 83 casos de TC, dos que só 4 se confirmaron, nos anos 2014, 2016 e 2017. Destes, todos foron casos autóctonos detectados por seroconversión materna, tres no terceiro trimestre e un no segundo trimestre. Só nun caso realizouse o diagnóstico prenatal mediante PCR no líquido amniótico na 33ª semana da xestación, trala seroconversión da nai no segundo trimestre.

EVOLUCIÓN DA MORTALIDADE POR CANCRO GÁSTRICO EN GALICIA: 1980-2017

De 1980 a 2017 a mortalidade por cancro gástrico descendeu notablemente en Galicia, xa que pasou dunha taxa, axustada por idade á poboación de Galicia de 2001, de 45 mortes por cen mil habitantes ($m/10^5h$) e ano a 14 $m/10^5h$, o que supón unha redución do 68% [Apéndice].

O descenso foi continuo, a un ritmo do 3'1% anual (intervalo de confianza do 95%, $IC_{95\%}$: 2'9-3'2%) e semellante en homes e mulleres, aínda que nestas a redución foi lixeiramente maior (72 *versus* 67%). Dito doutro xeito, o risco relativo de morrer dos homes a respecto das mulleres foi medrando de xeito continuo de 1'81, que foi o valor medio da década de 1980, a 2'16 que é o do período 2011-2017.

O descenso observouse en todos os territorios de Galicia e mais en todas as idades. Deste xeito, ao longo do período considerado a distribución etárea de mortalidade mantívose estable, cun aumento exponencial a medida que aumenta a idade [Apéndice].

En resumo, entre os residentes en Galicia, a probabilidade de morrer por un cancro de estómago baixou do 2'9% ao 1'5% de 1980-82 a 2015-17.

Con estes datos de mortalidade non se pode inferir que o descenso se deba á redución da incidencia, mais os datos de outros países cunha evolución semellante da mortalidade indican que é deste xeito [1]. Ademais, a supervivencia (relativa) aos cinco anos mellorou, pero non o fixo abondo: nos EEUU pasou do 17% nas persoas diagnosticadas en 1981-1983 ao 32% nas diagnosticadas en 2009-15 [ligazón]; en Inglaterra e Gales, no mesmo tempo, do 10 ao 20% [ligazón].

O descenso da incidencia observouse só nos cancros que non son do cardias, xa que os do cardias non descendieron. Isto indica que a redución da incidencia débese principalmente á redución da prevalencia de infección con *H. pylori*, debido, por unha banda, á xeneralización do tratamento erradicador e, por outra, a un descenso da infección na infancia debido ás melloras xerais de saneamento e hixiene [Apéndice].

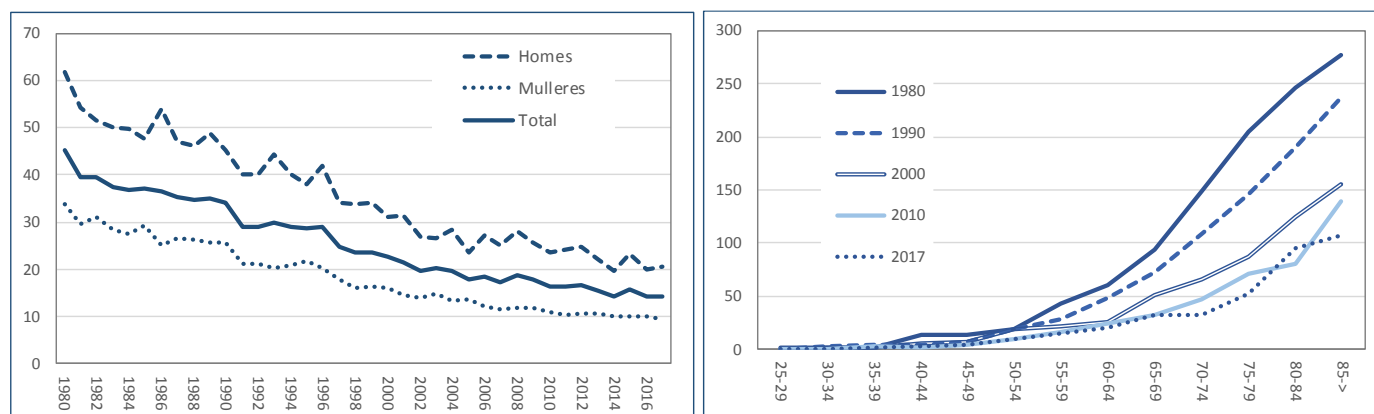
Neste senso, o aumento coa idade da prevalencia de anticorpos fronte *H. pylori* achado na enquisa de seroprevalencia de Galicia, realizada en 2007, indica que nas novas cohortes de nados a prevalencia de infección, e polo tanto o risco de cancro gástrico, é moito menor [Apéndice].

A TOXOPLASMOSE CONXÉNITA EN GALICIA: 2012 a 2018

Criterio de laboratorio. Cara a vixilancia, para que un caso de de toxoplasmose conxénita se considere confirmado tense que dar un dos seguintes: (a) Confirmación de *Toxoplasma gondii* en tecidos o líquidos corporais; (b) detección do ácido nucleico de *Toxoplasma gondii* nunha mostra clínica; (c) resposta específica de anticorpos (IgM, IgG, IgA) de *Toxoplasma gondii* nun recen nado; ou (d) valores persistentemente estables de IgG de *Toxoplasma gondii* nun neno menor de 12 meses.

EVOLUCIÓN DA MORTALIDADE POR CANCRO GÁSTRICO EN GALICIA: 1980-2017

Taxas. Na figura da esquerda amósase a evolución das taxas (axustadas á poboación de Galicia de 2001) de mortalidade por cancro de estómago en Galicia dende 1980 a 2017, por ano. Na figura da dereita amósanse as taxas específicas de mortalidade por cancro de estómago en Galicia, por grupo de idade nos cinco anos que nela se indican. Nos dous casos as taxas exprésanse en mortes por cen mil habitantes. Os datos proceden do Rexistro de mortalidade de Galicia, e como morte por cancro de estómago consideráronse só aquelas nas que o cancro constaba como causa fundamental da morte.



Localización do cancro. A observación de que o descenso da incidencia e da mortalidade por cancro de estómago está asociada exclusivamente aos cancros non-cardias procede doutros países [1]. A implicación da redución da prevalencia de infección con *H. pylori* na redución da incidencia do cancro gástrico non se limita ao feito de que fosen os cancros que non son do cardias os que descendesen, xa que hai datos de base individual que a apoian [2].

Polo demais, aínda que o Rexistro de mortalidade de Galicia contén datos da localización dos cancros de estómago que permitiría distinguir entre os que son ou non son do cardias, na práctica, en todos os anos de 1980 a 2017, en máis do 95% dos casos o certificado de defunción non especificaba onde se localizaba o cancro de estómago.

[1] Karimi P et al. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014; 23: 700–13.

[2] Lee Y et al. Association Between Helicobacter pylori Eradication and Gastric Cancer Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2016; 150: 1113-24.

Seroprevalencia. Na enquisa de seroprevalencia de Galicia realizada en 2007 [ligazón], estudouse a presenza de anticorpos IgG fronte *H. pylori* (Enzygnost® (alfa-mét.); cut-off=10 U/ml). A enquisa achou unhas diferenzas moi importantes nas prevalencias de infección entre os distintos grupos de idade, cunha clara tendencia a medrar canto maior a idade (Táboa), mentres que non achou diferenzas entre homes e mulleres.

Idade (en anos)	18-24	25-29	30-39	40-67
Ano de nacemento	1983-89	1978-82	1968-77	1943-77
Prevalencia de infección (%)	27	38	49	69
Intervalo de confianza do 95%	24-31	33-41	46-52	65-71