



TOXOPLASMOSE

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A toxoplasmose congênita (TC) resulta da infecção aguda, usualmente assintomática, da gestante, que se infecta com *Toxoplasma gondii* pela ingestão de oocistos encontrados em água, verduras, frutas; ou cistos em carne crua ou mal cozida. A infecção fetal ocorre pela passagem transplacentária dos taquizoítos. Gestantes imunodeficientes cronicamente infectadas podem transmitir o *T. gondii* para seus fetos.

Há maior risco de infecção congênita aparente, se a infecção materna ocorreu no 1º e 2º trimestres da gestação, porém, a infecção fetal é mais freqüente se ocorrer no 3º trimestre. O uso de drogas anti-toxoplasma na gestante pode diminuir as lesões no feto.

QUADRO CLÍNICO

A maioria das crianças é assintomática ao nascer. Hidrocefalia, retinocoroidite e calcificações intracranianas compõem a tríade clássica da TC. Podem ocorrer adenomegalia, hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia, eosinofilia, pneumonia, microftalmia, amaurose, microcefalia, retardo mental e anormalidades no LCR.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL - Figura 1

- *Hemograma com plaquetas*: anemia, plaquetopenia, eosinofilia, neutropenia.
- *RX de crânio*: pode-se visualizar calcificações intracranianas.
- *Ultrassonografia transfontanela (USGTF) e tomografia computadorizada do crânio (TCC)*: calcificações intracranianas, dilatação ventricular, atrofia cortical.
- *Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR)*: pleocitose e/ou aumento de proteínas e/ou detecção do parasita.
- *Exame oftalmológico*: retinocoroidite, cicatrizes na retina, uveíte, vitriíte, catarata, microftalmia, nistagmo, estrabismo, etc.
- *Exame audiológico*: perda auditiva.
- *Sorologias*: os métodos sorológicos mais utilizados são ELISA e ELISA captura de IgM, que têm alta sensibilidade para diagnóstico de TC. São critérios diagnósticos: IgM (ou IgA, ou IgE) específica positiva após o 5º dia de vida, IgG específica persistentemente positiva após o 12º mês de vida, e alterações sugestivas de infecção congênita associadas à presença de IgM e/ou IgG específica em títulos ascendentes.
 - o Valores de IgG no RN são freqüentemente superiores aos valores maternos e progressivamente decrescem, com queda pela metade a cada 30 dias. Assim, observam-se valores mínimos por volta do 4º mês. **Se após este período, ainda permanecem níveis aumentados de IgG, cuidado, pois pode ser indicativo de infecção congênita.**
 - o A síntese de IgG pela criança pode ser inibida por IgG materna ou tratamento específico iniciado precocemente, e a demonstração da produção pode se dar tardiamente. Crianças nascidas de mães que adquiriram a infecção muito perto do parto, podem apresentar títulos baixos de IgG, especialmente durante as primeiras semanas de vida; nestes casos, o diagnóstico poderá não ser suspeitado. IgM positivo é diagnóstico de infecção congênita (exceto nos primeiros 5 dias – escape placentário). A IgM negativa não exclui o diagnóstico de infecção congênita.

- o Considerar criança não infectada, se apresentar duas sorologias negativas com intervalo de, pelo menos, quatro semanas.

TRATAMENTO – Figura 1

Iniciar precocemente e estender até um ano de idade (mesmo nos casos de infecção subclínica). O tempo ideal para terapia nas crianças não é conhecido. A terapia não tem mostrado efetividade em erradicar a forma cística, especialmente no SNC e olhos.

Doses / Esquemas de tratamento:

- Sulfadiazina – 100 mg/kg/dia em duas doses diárias, VO (1 comp=500mg);
- Pirimetamina – 1mg/kg/dia em dose única diária (por 2 a 6 meses), e posteriormente esta dose 3 vezes por semana (às segundas, quartas e sextas-feiras), VO. A pirimetamina é utilizada diariamente nas formas graves (1comp=25mg);
- Ácido folínico – 5 a 10 mg uma vez ao dia, três vezes por semana (1 comp=15mg);
- Prednisona - 1 a 2 mg/kg/dia, VO, a cada 12 horas, se retinocoroidite em atividade, ou proteína no LCR acima de 1g/dl.
- Controle: hemograma e plaquetas a cada 15 dias (durante o uso de sulfadiazina e pirimetamina).

Indicações de punção de LCR:

- Crianças com sintomas de infecção congênita;
- Filhos de mães com infecção aguda ou recente durante a gestação, independente do tratamento materno;
- Reativação de toxoplasmose durante a gestação em mulher imunocomprometida;
- Presença de IgM (mesmo quando assintomáticos);
- 4º mês de vida com títulos de IgG ainda altos, sem queda (mesmo quando assintomáticos).

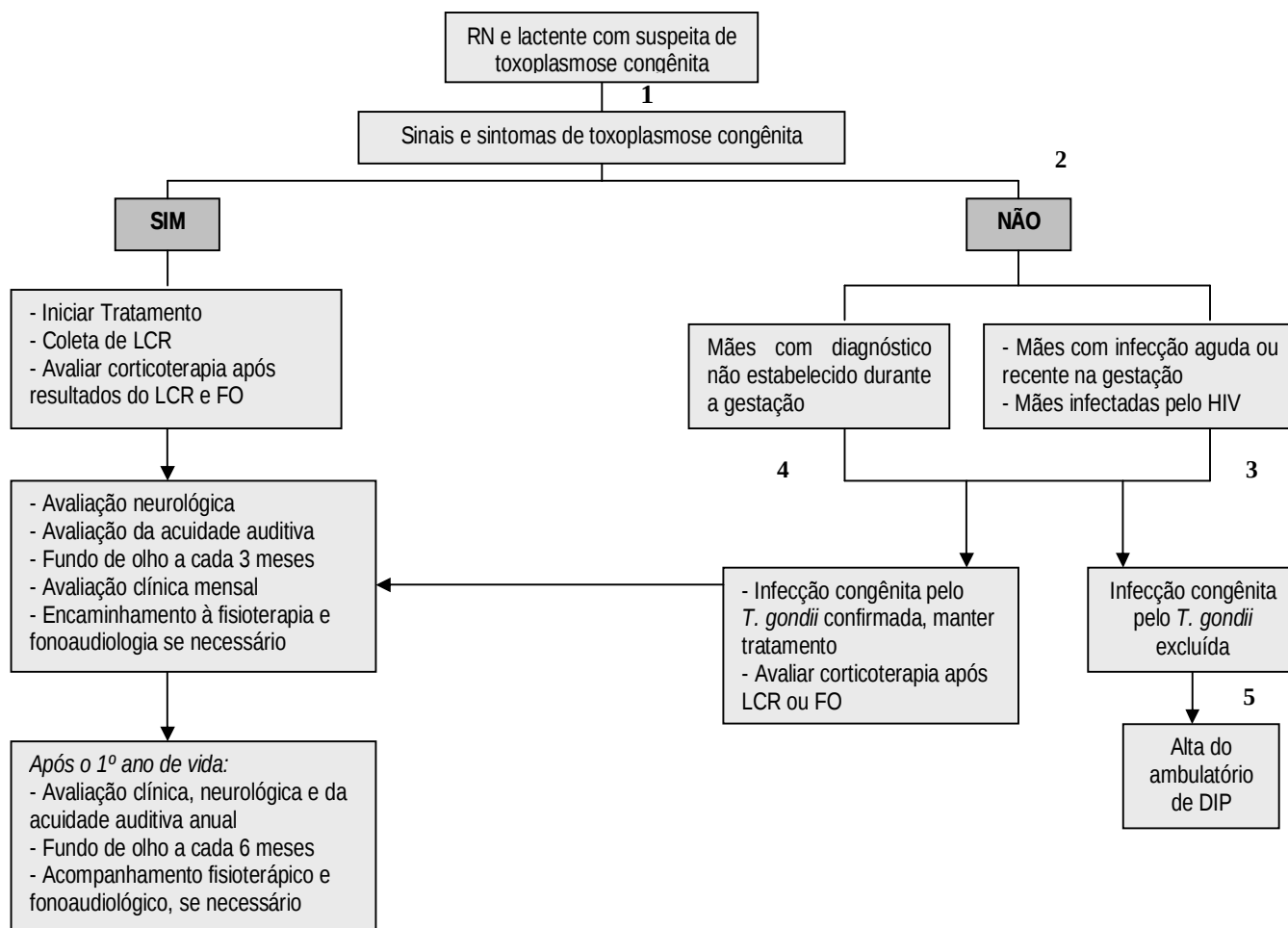


Figura 1 - Abordagem diagnóstica e terapêutica na suspeita de toxoplasmose congênita

- 1 Avaliação clínica cuidadosa (inclui PC) / hemograma, plaquetas, TGO / Fundoscopia / IgM e IgG para *T. gondii* da mãe e bebê / Rx de crânio, USTF, TCC, se manifestações clínicas presentes ou se exames anteriores alterados
- 2 Encaminhamento do bebê para avaliação devido a mãe ter apresentado IgM positivo para *T. gondii* durante a gestação
- 3 Realizar coleta de LCR / Iniciar tratamento e seguir passo 4
- 4 Avaliação clínica mensal (observar curva de PC e DNPM) / Fundo de olho a cada 3 meses / IgM e IgG para *T. gondii* aos 3, 4, 6, 9 e 12 meses de vida (observar quedas de títulos de IgG). Se títulos ainda altos de IgG por volta do 4º mês (ou queda lenta), realizar coleta de LCR e TCC e iniciar TT (mães com infecção não definida) ou manter tratamento (mães com infecção aguda ou recente). Manter medicamentos até a exclusão TC.
- 5 Ausência de sinais e sintomas (SS) de infecção congênita pelo *T. gondii* durante o acompanhamento clínico e laboratorial / IgM e IgG negativas (se a criança recebeu TT específico anti-toxoplasma, confirmar com um 2º exame, 3 meses mais tarde, sem TT durante este intervalo)

FO = fundo de olho PC= perímetro cefálico DNPM= desenvolvimento neuropsicomotor TT= tratamento
SS= coriorretinite, anormalidade do SNC, esplenomegalia, hepatomegalia, icterícia associada a outro SS de TC

LEITURA SUGERIDA

- REMINGTON, J. S., et al. Toxoplasmosis. In: REMINGTON, J. S. et al.(Ed.). **Infectious diseases of the fetus and newborn infant**. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006. p.947-1091.