



Toxoplasmose e Gestação



Descrição

Etiologia

Protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*.

Via de transmissão

Ingestão de oocistos (excretados nas fezes de gatos) ou de cistos teciduais (presentes em carnes contaminadas ingeridas cruas ou mal cozidas).

Transmissão vertical

Só ocorre na primoinfecção aguda materna. Há risco de ocorrer em 50% dos casos, se não tratada.

Os riscos de acometimento conceptual dependem da idade gestacional no momento da infecção:

Idade gestacional	Risco de abortamento espontâneo ou doença grave
1º trimestre	15% a 20%
2º trimestre	25% a 30%
3º trimestre	65%

Observação

A infecção materna recorrente, a reinfecção, ou a persistência de IgM+ fora da infecção aguda não oferecem riscos ao concepto.

Imunossupressão

A presença de imunossupressão (como Aids e aplasia medular) pode alterar a evolução da toxoplasmose, predispondo à infecção generalizada com acometimento sistêmico importante. Também pode proporcionar transmissão vertical mais grave, inclusive nas formas recorrentes.

Diagnóstico

Quadro clínico

Geralmente (80% a 90% dos casos), o quadro é assintomático. Pode haver manifestações gerais brandas de febre, coriza, mal-estar, adinamia, cefaléia, mialgia e linfadenomegalia (geralmente occipital).

Rastreamento pré-natal

Solicitar sorologia específica na 1ª consulta pré-natal; nas gestantes susceptíveis, repetir a cada trimestre.

Infecção materna

É necessária a sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG. O IgM torna-se + em 1 a 2 semanas após a infecção; pode ser detectado até por alguns anos. O IgG atinge pico máximo com 2 meses e títulos + persistem indefinidamente.

Pesquisas de IgA e IgE não são feitas na prática diária.

Sorologia materna

IgM- IgG-

Gestante susceptível. Se, ao longo da gestação, IgM tornar-se +, indica soroconversão (infecção aguda).

Avidez para IgG

- Baixa avides (< 30%) indica infecção há menos de 3 meses
- Alta avides (> 60%) indica infecção antiga

IgM+ IgG+ na 1ª consulta, sem sorologia anterior

Suposta gestante com infecção aguda. Realizar teste de avides para IgG.

Níveis crescentes de IgM (aumento de vezes em 15 dias a 30 dias) também sugerem infecção aguda.

IgM- IgG+

Gestante com infecção pregressa

Diagnóstico

Observações

A utilização dos testes sorológicos para toxoplasmose pode ser difícil e confusa em alguns casos, devido à possibilidade de falsos positivos e negativos decorrente da variabilidade da resposta imunológica do hospedeiro e do uso de análise laboratorial não padronizada. É importante efetuar a repetição dos exames sorológicos no mesmo laboratório, utilizando a mesma metodologia, possibilitando a comparação dos resultados.

Infecção fetal

Diante de gestante com infecção aguda, realizar amniocentese com cerca de 20 semanas para pesquisa do agente no líquido amniótico por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR).

O uso de cordocentese para pesquisa de IgM fetal específica é prática excepcional, em casos selecionados.

Acometimento do recém-nascido

Cerca de 70% dos conceptos acometidos são assintomáticos no nascimento; podem, contudo, expressar sinais tardios da doença ao longo do seguimento neonatal.

Manifestações clínicas comuns

- Oculares
 - :: Coriorretinite,
 - :: Atrofia do nervo óptico
 - :: Cegueira
 - :: Paralisia ocular
 - :: Microftalmia
- Sistema nervoso central
 - :: Microcefalia
 - :: Hidrocefalia
 - :: Ventriculomegalia
 - :: Surdez
 - :: Calcificações periventriculares

- Hepatoesplenomegalia
- Icterícia
- Ascite
- Hidropsia
- Trombocitopenia
- Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor

Diagnóstico

Achados ultra-sonográficos

Geralmente identificados após a 20ª semana de gestação. Podem estar ausentes e são inespecíficos. Os principais são:

- Ventriculomegalia
- Calcificações periventriculares
- Hepatoesplenomegalia
- Opacificação do cristalino
- Placentomegalia
- Microcefalia
- Hidropsia fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio

Tratamento

Tratamento Medicamentoso da infecção materna aguda

Indicado durante a gestação. Deve ser iniciado no momento da suspeita diagnóstica. Reduz a possibilidade de transmissão vertical em 50% a 75% dos casos. Entretanto, não cruza a barreira placentária, não servindo para tratamento do feto acometido.

Espiramicina (Rovamicina 1,5 MUI®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas, uso contínuo até o parto.

Tratamento Medicamentoso da infecção fetal

Indicado quando a pesquisa no líquido amniótico (amniocentese) resultar positiva. Intercalar o uso da Espiramicina, a cada 3 semanas, com o seguinte esquema, até o parto:

- Pirimetamina (Daraprin 25 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Sulfadiazina (Sulfadiazina 500 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas
- Ácido fólico (Leucovorin 10 mg®) – 1 comprimido por via oral ao dia

Realizar hemograma a cada 2 a 4 semanas, devido ao risco de anemia megaloblástica.

Em caso de alergia a sulfa, utilizar Clindamicina ou Azitromicina.

Profilaxia (para as gestantes susceptíveis)

- Cuidados higiênicos no trato de animais domésticos
- Uso de luvas no manuseio de areia, terra, plantas e carnes
- Lavar bem os alimentos que serão ingeridos crus
- Descascar as frutas
- Comer carne bem cozida
- Evitar ingerir ovos crus ou mal cozidos
- Lavar bem as mãos antes de se alimentar