

TOXOPLASMOSE

1ª edição: setembro/2008

Próxima revisão setembro/2010

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG) e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes dessa afecção podem ser observados **restrição de crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).**

DIAGNÓSTICO:

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Independente da presença de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez se reveste de importância tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas seqüelas. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a sua realização, principalmente em lugares onde a prevalência é alta.

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes susceptíveis para seguimento posterior. O seguimento visa a prevenção da infecção aguda através de medidas higiênicas e a detecção precoce visando prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento caso haja contaminação intra-útero.

Neste caso recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM (ELISA ou imunofluorescência) para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal.

Interpretação dos exames e conduta

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos considera-se a gestante imune não havendo necessidade de rastreamento adicional, pois se trata de uma infecção antiga. Continuar seguimento pré-natal normal.

Na presença de anticorpos IgG negativos e IgM negativos, considera-se a gestante susceptível ou exposta à contaminação. Neste caso a mesma deve ser orientada a:

- Lavar as mãos ao manipular alimentos
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar
- Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo

Além do mais, a mesma deverá ter rastreamento adicional, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG, a cada dois ou três meses, para se detectar uma possível infecção aguda durante a gravidez. Na vigência de viragem sorológica, ou seja, aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notadamente IgM), deve-se repetir o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou kit de referência padronizado. Caso o exame tenha de ser repetido em outro laboratório, o sangue deve ser congelado para transporte¹. Confirmada a infecção aguda, deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1 g (3.000.000 UI) de oito em oito horas, via oral, por três semanas, com uma semana de descanso, até o final da gravidez.

Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, inicia-se o tratamento com espiramicina e solicita-se teste de avidéz de IgG. Na presença de baixa avidéz pode-se estar diante de uma infecção aguda e o tratamento com espiramicina deve ser mantido. Na presença de alta avidéz, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga, interromper o uso da

¹ Os laboratórios que realizam sorologia para toxoplasmose devem estar orientados sobre os procedimentos a serem realizados diante da detecção de anticorpos IgM.

espiramicina e continuar o seguimento pré-natal normal. Atenção para a idade gestacional de coleta da avidéz e para a especificação do kit que pode ser de 3 ou 4 meses.

Diagnóstico de infecção fetal

Na presença de infecção aguda materna deverá ser realizado o diagnóstico de infecção fetal através da pesquisa do microorganismo ou de anticorpos contra ele no líquido amniótico e/ou no sangue do cordão umbilical. O melhor exame isolado para esse diagnóstico é a reação da polimerase em cadeia (PCR) no líquido amniótico, que pode ser obtido a partir da 16^a semana de gestação. A pesquisa da infecção utilizando o sangue fetal obtido por cordocentese, após 16^a semana, também aumenta a probabilidade diagnóstica, mas deve ser avaliado o risco do procedimento. No sangue fetal, o exame que fornece os melhores resultados é a PCR, podendo ser complementado com a pesquisa de IgM e hemograma fetal para a detecção de trombocitopenia.

O exame ecográfico só diagnostica as complicações tardias dessa afecção, lideradas por hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

Conduta após os Procedimentos para Diagnóstico da Infecção Fetal pelo TG:

Nos casos em que a pesquisa para identificar a infecção fetal pelo TG é negativa, questiona-se a validade de repeti-la após 4 semanas não sendo recomendada atualmente. Manter a espiramicina nas doses recomendadas anteriormente até que se tenha o diagnóstico definitivo.

Se o feto estiver acometido, instituir o tratamento tríplice materno, pirimetamina, 25 mg de 12/12 horas por via oral; sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididas em duas tomadas e ácido fólico, 10 mg/dia, este imprescindível para prevenção de pancitopenia e aplasia medular causada pela sulfadiazina.

O tratamento tríplice alterna com espiramicina por um período de 3 semanas, até o termo. Interromper o uso de sulfadiazina 2 semanas antes do parto ou por volta de 34 semanas.

Fluxograma de conduta para toxoplasmose

