



O citomegalovírus (CMV) tem replicação lenta e capacidade de latência, sendo a infecção congênita viral mais frequente. As taxas de infecção congênita variam de 0,5% em países de alta renda a 1,4-2%, em países em desenvolvimento (Brasil, em torno de 2%).

- **Vertical:** A taxa de transmissão é em torno de 30-40% na primo-infecção e 1-3% na reativação e/ou reinfecção materna.
- **Sangue:** Bancos de sangue (a taxa de transmissão diminui com o uso de filtros leucocitários e na deleucotização dos hemoderivados).
- **Leite materno:** Há isolamento por PCR em mais 70%, o pico da excreção ocorre entre 4 a 8 semanas pós-natais, desaparecendo após 12 semanas. E a taxa de transmissão pode ser de até 59% (dependendo da carga viral materna). Para prevenção da transmissão em especial aos pré-termos (idade gestacional < 32 semanas), os bancos de leite recomendam pesquisar a imunidade materna, e quando a mãe é imune, recomenda-se pasteurização do leite.
- **Nosocomial:** Apenas 5 a 10% dos recém-nascidos eliminam CMV na urina. E neste caso é recomendado apenas medidas de contato padrão.

Para o CMV congênito o diagnóstico deve ser feito nas primeiras 2 semanas de vida, após esse período não é possível distinguir da forma adquirida. O anatomopatológico da placenta auxilia no diagnóstico (inclusões citoplasmáticas ou nucleares).

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Iniciar investigação quando houver:

- Infecção materna na gestação (soroconversão, IgM positivo com o teste de avidéz baixo ou desconhecido);
- Alterações ecográficas antenatais sugestivas: hidropsia fetal, RCIU, hepatoesplenomegalia, calcificações hepáticas, microcefalia, ventriculomegalia, atrofia cortical ou calcificações intracranianas;
- Infecção fetal (PCR CMV positivo no líquido amniótico a partir da 17ª semana de gestação e após 8 semanas da infecção materna);
- Suspeita de infecção congênita sintomática (qualquer um destes): plaquetopenia, exantema petequial, hepatoesplenomegalia, colestase, alteração de SNC e alteração BERA/ PEATE;
- **PIG proporcionado (p menor que 3?)**

2. QUADRO CLÍNICO

- Quase 90% dos RN são assintomáticos ao nascimento, mas destes 13% evoluem com perda auditiva progressiva até os 5 anos de idade;
- Dos sintomáticos, 50% têm algum comprometimento de sistema nervoso central (SNC) e 4% evoluem a óbito;

Sinais/ sintomas:

- Prematuridade;
- RCIU;
- Icterícia;
- Hepatoesplenomegalia;
- Perda auditiva neurosensorial (30-50%);
- Coriorretinite (10 a 15% - raramente progressiva);
- Microcefalia, ventriculomegalia, alterações de migração neuronal, calcificações periventriculares;
- Convulsões
- A forma adquirida ocorre em pré-termos (em geral < 32 semanas) após exposição pós-natal ao CMV, seja por transfusão sanguínea, leite materno (mães imunes) ou nosocomial. O quadro clínico é uma “sepsis like”, e pode cursar com plaquetopenia, pneumonite, hepatite, enterite, linfadenopatia e meningite asséptica;

3. EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO

Assintomáticos	Infecção congênita	Infecção Adquirida em Pré-Termos
AP placenta	AP placenta	
Exame físico e neurológico	Exame físico e neurológico	Exame físico
Avaliação oftalmológica	Avaliação oftalmológica	PCR CMV na urina
Hemograma completo, TGO/TGP, BTF	Hemograma completo, TGO/TGP, BTF, U/Cr, coagulograma	Hemograma completo, TGO/TGP, BTF, U/Cr, coagulograma
PCR CMV na urina	PCR CMV na urina	LCR (quimiocitológico e PCR)
Potencial evocado auditivo (PEATE) e BERA	Potencial evocado auditivo (PEATE) e BERA	Rx tórax (se sintomático)
US cérebro	US cérebro	US cérebro/ EEG (se LCR alterado)
	RNM crânio (se alteração de SNC)	US abdome (se sintomático)
	Eletroencefalograma (se alteração de SNC)	Potencial evocado auditivo (PEATE) e BERA

* LCR não é mais rotina nos casos de infecção congênita.

4. DEFINIÇÃO DE CASOS INFECTADOS POR CMV e TRATAMENTO

Assintomáticos

- PCR positivo, sem alteração dos demais exames.

Não recomendado.
Seguimento com especialista.
Seguimento a longo prazo: auditivo.

Sintomas leves

- 1 ou 2 sintomas isolados leves e/ou transitórios: hepatomegalia leve
ou 1 medida isolada de plaquetopenia
ou níveis elevados de transaminases;

Discutir caso a caso (equipe e família).
Seguimento com especialista.
Por 6 semanas (ganciclovir/valganciclovir) ou 6 meses (valganciclovir)

Assintomáticos com perda auditiva neurossensorial isolada

- Perda auditiva ≥ 21 dB de base;

Seguimento com especialista.
Por 6 semanas (ganciclovir/valganciclovir) e **início <13 sem de vida**

Sintomas moderados a severos

- Alterações sistêmicas: plaquetopenia, petéquias, hepatoesplenomegalia, RCIU, hepatite (alteração de transaminases ou colestase);
ou
- Envolvimento de SNC (microcefalia, ventriculomegalia, calcificações intracerebrais, etc), coriorretinite e perda auditiva neurossensorial;

Seguimento com especialista.
Por 6 semanas (ganciclovir/valganciclovir) e **início <13 sem de vida**

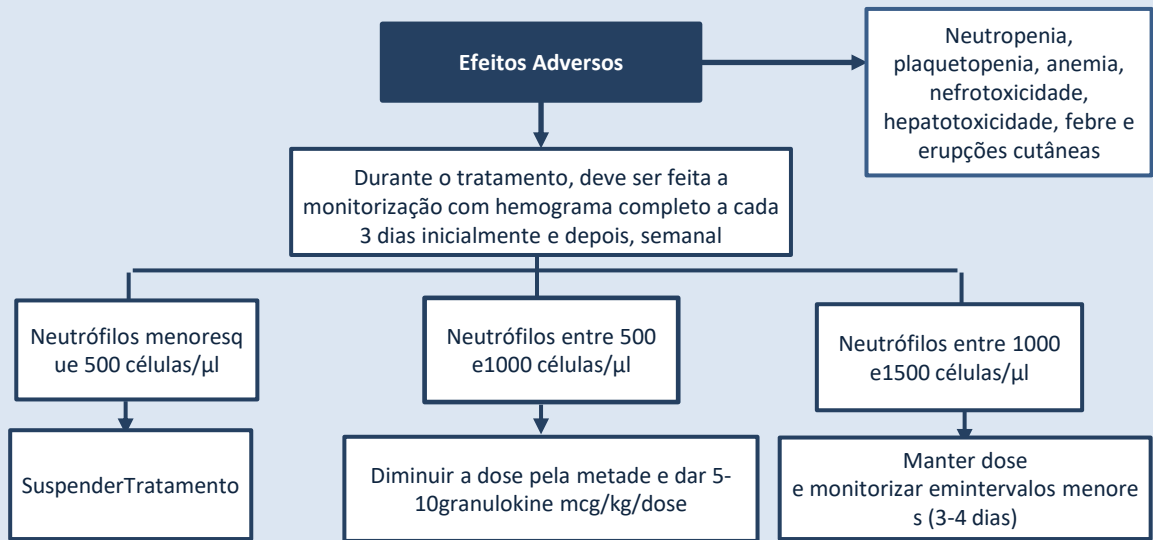
DOSES:

- Valganciclovir 16 mg/kg/dose VO 12/12h.
ou
- Ganciclovir 6 mg/kg/dose IV 12/12h (por 6 semanas).

CMV ADQUIRIDO:

- Indicado para os RN prematuros sintomáticos: Ganciclovir 6 mg/kg/dose 12/12h por pelo menos 2 semanas; e pode-se prolongar o tratamento por mais 1 a 2 semanas se alterações em exame clínico e laboratorial.

5. EFEITOS ADVERSOS



II. GLOSSÁRIO

- BTF: bilirrubina total e frações
- EEG: eletroencefalograma
- PCR: proteína C reativa
- PIG: pequeno para a idade gestacional
- RCIU: restrição de crescimento intrauterino
- RN: recém nascido
- SNC: sistema nervoso central

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template; revisão pela SCIH

Versão 4: Revisão Periódica

IV. REFERÊNCIAS

- [1] Benoist G et al. Management of pregnancies with confirmed cytomegalovirus fetal infection. Fetal Diagn Ther. 2013;33:203-14.
- [2] Bialas KM, Swamy GK, Permar SR. Perinatal Cytomegalovirus and Varicella Zoster Virus Infections. Clin Perinatol. 2015; 42:61-75.
- [3] Leruez-Ville M, Chatzakis C, Loller D et al. Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI). The Lancet Regional Health - Europe, 2024; 40.
- [4] Chung PK, et al. anganciclovir in Infants with Hearing Loss and Clinically Inapparent Congenital Cytomegalovirus Infection: A Nonrandomized Controlled Trial. J Pediatr. 2024 May; 268: 113945.
- [5] American Academy of Pediatrics (2024). Cytomegalovirus Infection. In Kimberlin DW et al. Red Book: 2024-2027 (33ed, pp 344-352).

Código Documento: CPTW86.4	Elaborador: Fernanda Marques de Deus	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de Revisão: 28/07/2026	Data de Aprovação: 05/08/2026
--------------------------------------	--	---	--	---	---