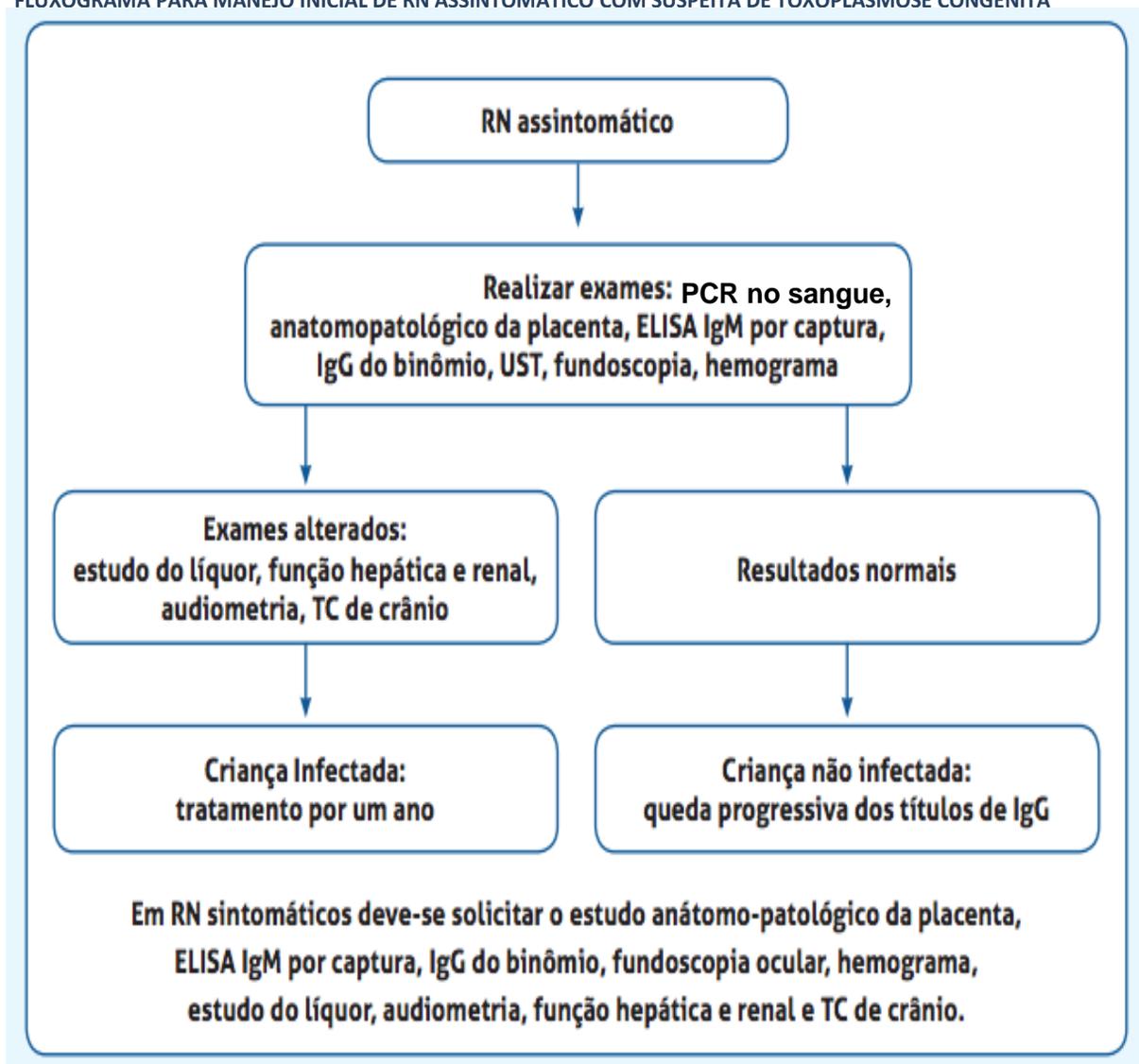




A incidência da infecção fetal é maior quando essa é adquirida no terceiro trimestre (60%) quando comparada a infecção materna adquirida no primeiro trimestre (15%) que leva geralmente a quadros mais graves de infecção fetal.

I - ASSISTENCIAL

FLUXOGRAMA PARA MANEJO INICIAL DE RN ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA



Fonte: Toxoplasmose Congênita - DC, SBP, 2020

PCR em líquido amniótico pode auxiliar no diagnóstico, com boa sensibilidade; mas o resultado negativo não afasta totalmente a toxoplasmose congênita ->sendo indicada a investigação do RN.

1. DIAGNÓSTICO NA GESTANTE

A triagem para toxoplasmose deve ser realizada no primeiro trimestre de gestação para avaliar o risco materno de infecção. Se a gestante for susceptível a toxoplasmose a sorologia deve ser repetida a cada trimestre de acordo com a tabela abaixo.

Definições de casos de infecção pelo <i>Toxoplasma gondii</i> em gestantes
Comprovada:
Soroconversão gestacional= aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notalmente IgM) Detecção do DNA do Toxoplasma em líquido amniótico pela PCR (reação em cadeia da polimerase)
Provável:
IgG+, IgM+, com baixo índice de avides (colhido em qualquer idade gestacional) Aumento progressivo nos títulos de IgG, IgM IgM+ e história clínica sugestiva de toxoplasmose aguda gestacional
Possível:
IgG+, IgM+ com índice de avides alto (colhido após 12 semanas de gestação) ou indeterminado IgG+, IgM+, em amostra única colhida em qualquer idade gestacional, sem realização de índice de avides
Improvável:
IgG+, IgM+ ou -, com índice de avides alto (colhido antes de 12 semanas de gestação)
Ausente:
IgG- e IgM- durante toda a gestação IgG+ antes da concepção IgM+ sem aparecimento de IgG

- **Detecção de anticorpos IgG e IgM:** pode ser feito por imunofluorescência indireta, ELISA ou teste imunoenzimático de micropartículas.
- **Teste de avides para IgG:** nas infecções recentes, os anticorpos de baixa afinidade (avides < 30%) predominam, enquanto os de alta afinidade (avides > 60%) indicam infecção antiga. Resultados intermediários não contribuem para a diferenciação diagnóstica.
- **Detecção de infecção fetal:** idealmente, deve-se proceder à amniocentese (após 16 semanas gestacionais e 4 semanas após infecção materna) para realização de PCR para detecção do DNA do parasita. A análise da PCR tem uma sensibilidade de 70% e especificidade de 100%. A avaliação ultra-sonográfica do feto pode ser normal ou mostrar alterações sugestivas de toxoplasmose como calcificações intracranianas, hidrocefalia, hepatoesplenomegalia e ascite.

Tratamento na gestação:

- A espiramicina parece reduzir a transmissão vertical e deve ser utilizada em casos de toxoplasmose suspeita ou comprovada.
- Deve ser introduzida nas primeiras 3 semanas após o diagnóstico de infecção e utilizada até o final da gestação.
- Se houver confirmação de infecção fetal é indicada a utilização de sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico para tratamento fetal.

2. DIAGNÓSTICO E INVESTIGAÇÃO NO RECÉM NASCIDO

Em torno de 70% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascer, porém 80% a 90% destas vão desenvolver doença ocular ou neurológica até a idade adulta se não tratadas. Apenas 10% apresentam quadro grave nos primeiros dias de vida. A necrose é a lesão universal provocada pelo *Toxoplasma gondii*. **Os principais sinais e sintomas são: RCIU; lesões oculares: coriorretinite, estrabismo, microftalmia, nistagmo, catarata e opacidade vítrea, sinéquias posteriores e descolamento de retina; calcificações intracranianas; encefalite; microcefalia ou hidrocefalia; hepatoesplenomegalia e icterícia; atraso de DNPM; convulsão; deficiência auditiva; anemia e plaquetopenia e pneumonite.**

Devem ser realizados os seguintes exames no RN com mãe com diagnóstico ou suspeita de infecção pelo toxoplasma:

- Fundo de olho;
- Avaliação neurológica;
- BERA e emissões otoacústicas;
- US cérebro;
- Hemograma;
- Sorologia para toxoplasmose da mãe e do RN;
- PCR para toxoplasmose no sangue (baixa sensibilidade; negativo não exclui diagnóstico)

Em RN sintomáticos ou alterações dos exames anteriores: função hepática, renal, líquido e descartar outras infecções congênicas (sífilis, citomegalovírus e rubéola).

O diagnóstico de toxoplasmose congênita geralmente é realizado pela sorologia, no entanto, a interpretação da sorologia no período neonatal é muitas vezes difícil e recomenda-se consultar infectologista pediátrico.

- IgG+ *Toxoplasma* IgG em RN pode refletir infecção prévia ou atual da mãe (IgG atravessa a placenta);
- IgM- A resposta dos anticorpos fetais/ neonatais ao *T. gondii* é variável e depende do período que ocorreu a infecção materna;
- IgM específico pode desaparecer antes do nascimento, nos primeiros dias de vida ou demorar meses para desaparecer;
- O tratamento materno antenatal da toxoplasmose pode alterar o perfil sorológico do RN;
- IgM raramente é positivo em RN exposto a terapia com pirimetamina e sulfadiazina no útero;
- A avaliação do RN suspeita de toxoplasmose congênita inclui sorologia, PCR e outros testes que confirmem a infecção;

3. TRATAMENTO

- O tratamento da criança infectada sintomática ou assintomática deve ser iniciado precocemente e prolongar-se até um ano de idade;
- O tratamento é realizado com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico, além de prednisona se houver coriorretinite e hiperproteinorraquia (>1g/dL);
- Monitorizar o hemograma semanalmente no primeiro mês e mensal;
- Controle de TGO/TGP no início do tratamento e coletar LCR controle, caso o primeiro esteja alterado.

Medicamento*	Posologia
Sulfadiazina (comprimidos de 500mg)	100mg/kg/dia divididos em 2 doses diárias, durante 1 ano
Pirimetamina (comprimidos de 25mg)	1mg/kg/dia em 1 dose diária, durante dois a seis meses, dependendo da intensidade do acometimento A seguir, 1mg/kg três vezes por semana, até completar 1 ano de utilização do medicamento
Ácido fólico (comprimidos de 15 mg)	10 mg administrados três vezes por semana Na ocorrência de neutropenia: Se <1.000 neutrófilos/mm ³ , aumentar a dose para 20 mg diários Se <500 neutrófilos/mm ³ , suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação Manter por mais uma semana após a interrupção do uso da pirimetamina Atenção: o ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido fólico
Prednisona ou prednisolona	1mg/kg/dia em duas doses diárias se houver retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia ≥1.000mg/dL Utilizar sempre em associação com sulfadiazina e pirimetamina Realizar retirada gradual após estabilização do processo inflamatório
Efeitos adversos	Neutropenia, anemia (frequentes), trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, reações de hipersensibilidade, intolerância gastrointestinal, cristalúria, erupção cutânea

II. GLOSSÁRIO

RN: Recém-nascido

TC: Tomografia computadorizada

DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor

IgG: Imunoglobulina G

IgM: Imunoglobulina M

BERA/ PEATE: Exame de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização do fluxograma e template

IV. Referências

[1] Atenção a Saúde do Recém-Nascido. Ministério da Saúde (2)2014.

[2] Toxoplasmose congênita. Documento científico - Departamento Científico e Neonatologia – Sociedade Brasileira de Pediatria. N° 6 Jul, 2020.

Código Documento: CPTW93.3	Elaborador: Erika Satomi Fernanda M Deus Romy Zacharias	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de atualização: 29/05/2023	Data de Aprovação: 29/05/2023
--------------------------------------	--	--	--	---	---