

# Enzilab *Reviews*

## TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

### Introdução

No Brasil, a prevalência de toxoplasmose aguda na gravidez é de aproximadamente 1-14 casos/1.000 nascidos vivos (NV). A infecção fetal ocorre predominantemente em casos de infecção primária (fase aguda) durante a gestação ou em pacientes imunodeprimidas com reativação infecciosa. O risco de infecção aguda com repercussões fetais é maior em mulheres sem exposição anterior à gestação, o que justifica o rastreio sorológico ao menos trimestral dessas pacientes. A transmissão vertical ocorre frequentemente entre um e quatro meses após a

infecção aguda, mas a placenta abriga organismos viáveis durante toda a gestação. O risco de transmissão vertical aumenta com o avançar da gestação, entretanto a gravidade da doença é inversamente proporcional à idade gestacional. O risco de transmissão vertical da aguda durante o primeiro trimestre é de 6% e no terceiro trimestre é de 60% a 81%. A taxa de infecção fetal quando não tratada durante a gestação é de 20% a 50% e a prevalência de infecção congênita é de aproximadamente 0,2 a 2,0/1.000 NV.

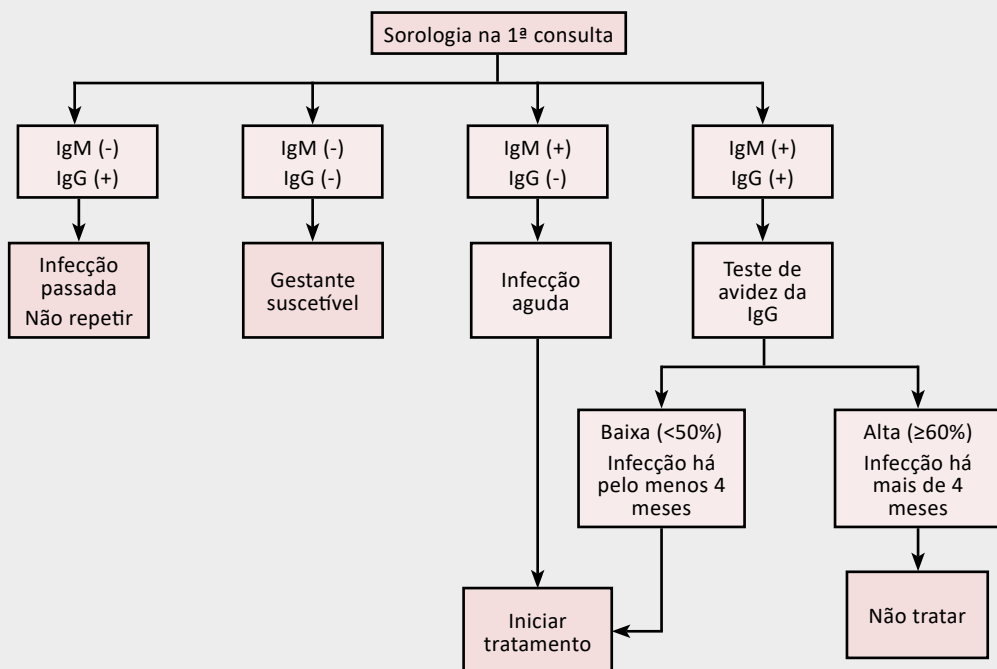
### Aspectos clínicos

A toxoplasmose aguda durante o período gestacional é assintomática em mais de 90% dos casos, e tem resolução espontânea. A manifestação clínica mais frequente é semelhante a um quadro gripal, com febre, linfadenopatia e mal-estar semelhante às não gestantes. O período de incubação é de cinco a 18 dias após a exposição.

pela tetrade descrita por Sabin em 1942: coriorretinite, hidrocefalia ou microcefalia, calcificações cerebrais e alteração neurológica. Outras complicações características da toxoplasmose congênita são: abortamento, restrição de crescimento fetal, hidropsia, parto pré-termo, morte neonatal, alterações hematológicas e déficit de desenvolvimento neurocognitivo.

A toxoplasmose congênita clássica é caracterizada

Figura 1. Diagnóstico e conduta da toxoplasmose na gestação



Enzilab

Análises Clínicas  
Confiança sempre

27 ANOS

Cachoeira do Sul  
Rua Marechal Floriano, 88  
(51) 3722 6090

Santa Cruz do Sul  
Rua Marechal Deodoro, 189  
(51)30563026

Rua Euclides Kliemann, 1030  
(51) 3715 2919



Excelência laboratorial  
Categoria Diamante  
por mais de 20 anos de  
avaliação excelente no  
Programa Nacional de  
Controle de Qualidade.

www.enzilab.com.br



enzilab.com.br

facebook.com/  
EnzilabAnalisesClinicas

### Diagnóstico

O screening para *Toxoplasma gondii* deve ser realizado com dosagem de anticorpos imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM) para toxoplasmose em todas as gestantes, idealmente durante o primeiro trimestre de gestação e, em mulheres soronegativas, pelo menos trimestralmente.

O diagnóstico de toxoplasmose aguda na gestante é realizado pela presença de: IgM para toxoplasmose positivo associado a IgG negativo (ou aumento de quatro vezes ou mais na IgG). A infecção subaguda ou recente ocorre quando IgG e IgM são positivas com teste de avididade para IgG baixo no primeiro trimestre. A Figura 1 (pág. 1) é representativa do diagnóstico sorológico e conduta da toxoplasmose na gestação.

A IgM aparece aproximadamente na primeira ou segunda semana após a infecção, com o pico ocorrendo em seis a oito semanas, quando declina a partir daí. No entanto, pode permanecer positiva até quatro a seis meses após o início da infecção ou persistir em títulos baixos por mais 12 meses (IgM residual). Devido à elevada incidência de testes falso-positivos, neste caso o exame deve ser repetido em nova amostra com intervalo de duas semanas. Somente quando identificamos a soroconversão, podemos confirmar a infecção aguda apenas com a presença de IgM.

A IgG aparece mais tardiamente, cerca de duas a quatro semanas após a infecção, apresenta pico com 12 semanas a seis meses após a infecção aguda, permanecendo positiva por toda a vida. Nos casos de IgG e IgM positivas, utiliza-se o teste de avididade da IgG para definir a necessidade do tratamento. Quando a avididade é baixa (< 30%), a infecção é recente (tendo ocorrido em menos de quatro meses) e merece tratamento. Quando a avididade é alta (> 60%), dispensa tratamento por se tratar de infecção mais antiga, sem risco de acometimento fetal. O teste é muito mais útil quando a avididade é alta, porque alguns fatores podem retardar a maturação da IgG, como o uso da espiramicina, por exemplo. A pesquisa de anticorpos IgA e IgE pode fornecer mais acurácia no diagnóstico de infecção materna.

Ocasionalmente, o diagnóstico de infecção em mulheres gestantes é primariamente considerado quando há achados ultrassonográficos que revelam a presença de anormalidades fetais.

Pacientes imunocompetentes com IgG positivo e IgM negativo para toxoplasmose são consideradas com imunidade remota, dispensando sorologias posteriores ou cuidados específicos.

### O que é avididade de anticorpo IgG?

Os anticorpos da classe IgG conferem imunidade prolongada, mas, nos primeiros quatro meses que se seguem a uma infecção aguda, costumam apresentar baixa capacidade de ligação com o antígeno, ou baixa avididade (<50%). Com o passar do tempo, há uma seleção de clones de linfócitos B que produzem anticorpos com maior capacidade de ligação ao antígeno, ou maior avididade. Dessa forma, cerca de quatro meses após uma infecção aguda, 90% dos indivíduos apresentam anticorpos IgG com alta avididade (≥60%). Algumas pessoas, no entanto, ficam muitos anos sem alcançar avididade elevada, sem que isso constitua um defeito na resposta imunológica. Quando os valores da prova permanecem em faixa intermediária (entre 50% e 60%), não há possibilidade de determinar o momento da infecção.

### Prevenção primária

Pacientes com sorologias IgG e IgM negativos são suscetíveis à infecção, devendo ser informadas sobre os mecanismos de prevenção primária da infecção, incluindo higiene adequada, manipulação e ingestão dos alimentos; evitar ingestão de carnes cruas, malcozidas, ou malpassadas; evitar contato com solo e terra de jardins sem proteção individual (botas e luvas).

### Prevenção da transmissão vertical e tratamento pré-natal

Até o momento não há estudos capazes de confirmar que o tratamento materno é capaz de reduzir o risco da transmissão vertical. Não há evidências de que o tratamento pré-natal seja capaz de reduzir as lesões intracranianas, as retinodrites ou a transmissão vertical, entretanto encontraram evidências de que

pode haver redução nas sequelas neurológicas decorrentes da infecção congênita. Apesar da falta de evidência sobre eficácia do tratamento, há consenso de que ele deve ser oferecido à paciente com o diagnóstico de infecção aguda (IgM positiva e IgG negativa) e recente (IgM e IgG positivas com baixa avididade de IgG).

Fonte:

•Bártolo, BBGR; Monteiro, DLM; Trajano, AJB; de Jesús, NR. Toxoplasmose na gestação. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V 14, n 2 (65-70), 2015.

•Toxoplasmose avididade – Anticorpos IgG. Laboratório Diagnósticos do Brasil. Disponível em: <http://diagnosticosdobrasil.com.br/guia/>. Acessado em 01/08/2018



enzilab.com.br



facebook.com/  
EnzilabAnalisesClinicas