

## CASO EM FOCO

EDNA M. ALBUQUERQUE DINIZ <sup>1</sup>  
MÁRIO E. CAMARGO <sup>2</sup>  
FLÁVIO A. COSTA VAZ <sup>3</sup>

J.R.S. (Pront. 6004691-A/I.Cr.) nascida em 8 de agosto de 1982, sexo feminino, cor branca. Nasceu de parto normal, domiciliar, com peso de 2.300g. Mãe não fez higiene pré-natal e refere apenas resfriado no terceiro mês de gravidez. Criança internada em berçário com 11 dias de vida, devido a diarreia, vômitos e febre nas últimas 24 horas. Exame físico — Peso = 2.150g, altura = 44,0cm, perímetro cefálico = 30,7cm, perímetro torácico = 30,0cm. Bregma com 2 x 3cm, microcefalia e microftalmia à direita. Pulmões e coração normais. Sem hepatoesplenomegalia e sem sinais de comprometimento meníngeo. Evolução — Boa evolução em relação ao quadro diarréico, porém com progressivo comprometimento neurológico evidenciado clinicamente por hiperexcitabilidade e tremores generalizados. Exames subsidiários à internação — Hemograma: Hb = 19,3g% Htc = 63%, leucócitos = 8.500/mm<sup>3</sup> (bast. = 1,0%; seg. = 25,0%; linf. = 70,0% e monoc. = 4,0%); plaquetas = 100.000/mm<sup>3</sup>. Líquor: aspecto límpido, xantocrômico; eritrócitos = 320/mm<sup>3</sup>; leucócitos = 55/mm<sup>3</sup> (linf. = 71%; reticulomonoc. = 23%; plasm. = 3% e neutrof. = 3%); prot. totais = 208mg%; glicose = 34mg%. Reações sorológicas na criança e na mãe para doença de Chagas, sífilis, citomegalia, herpes simples e rubéola = negativas. Pesquisa de vírus de inclusão citomegálica em sedimento urinário e em saliva por microscopia eletrônica = negativas. Cultura de vírus de inclusão citomegálica em urina = negativa. EEG = normal. Exame oftalmológico: placa de cório-retinite em olho esquerdo, microftalmia e uveíte em olho direito. Estudos radiológicos: apresentados nas figuras 1 e 2 (crânio). Estudos ultra-sonográficos: apresentados nas figuras 3 e 4 (crânio). Raio X de ossos longos — presença de estrias longitudinais metafisárias.

Instituto da Criança "Prof. Pedro de Alcântara" do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Unidade de Recém-nascidos Externos.

<sup>1</sup> Médica Assistente

<sup>2</sup> Professor Assistente Doutor do Instituto de Medicina Tropical — FMUSP

<sup>3</sup> Médico Chefe. Professor Livre-docente de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria — FMUSP

Aceito para publicação em 20 de setembro de 1983.



Figura 1 — Raios-X de crânio (frente) — Focos de calcificações cerebrais.

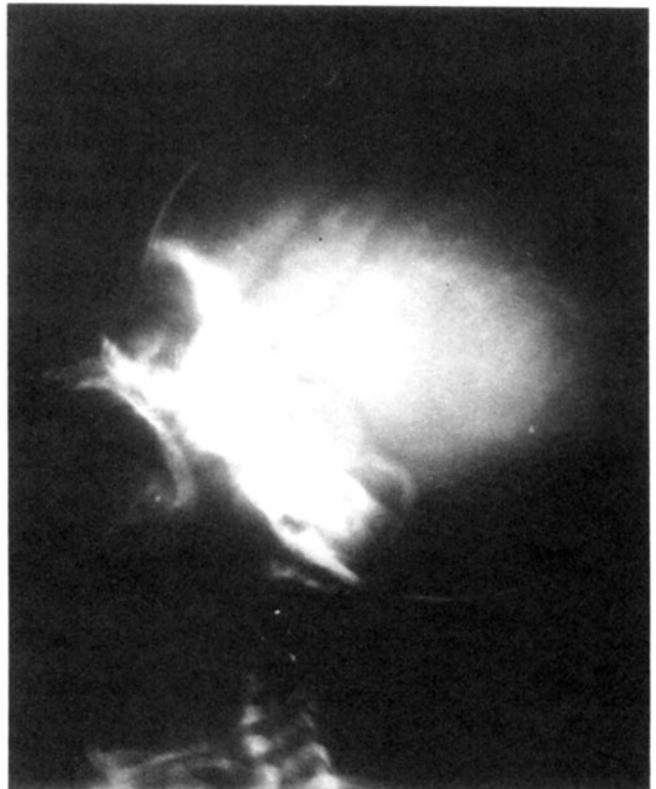


Figura 2 — Raios-X de crânio (perfil) — Calcificações cerebrais difusas.

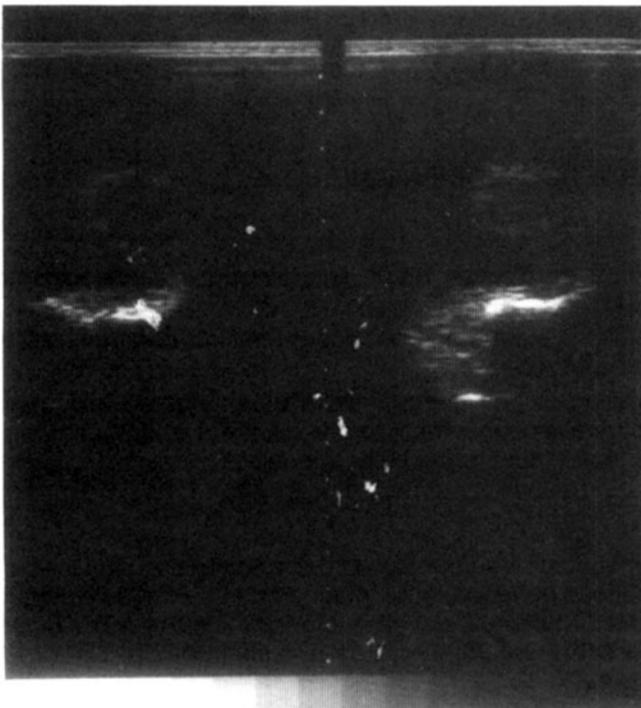


Figura 3 — Exame ultra-sonográfico de crânio evidenciando dilatação ventricular.

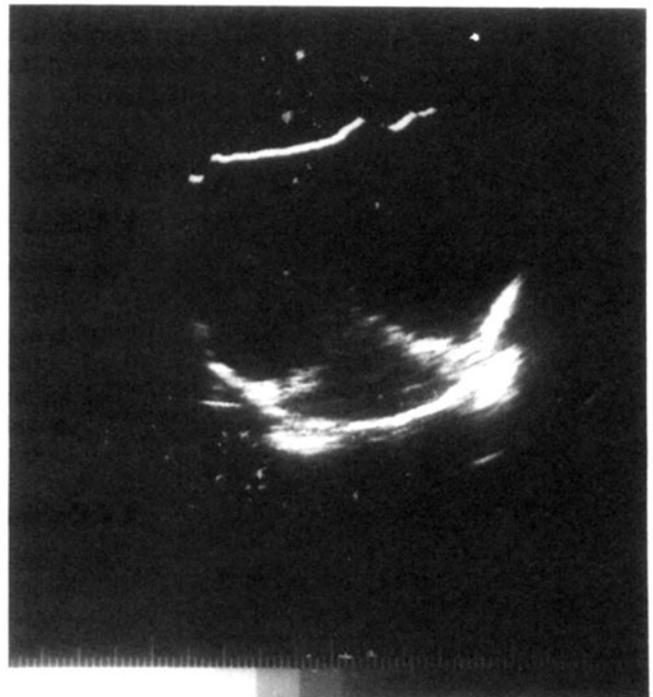


Figura 4 — Exame ultra-sonográfico de crânio mostrando grande dilatação ventricular compatível com hidrocefalia.

## TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Infecção freqüente no homem e em numerosas espécies animais causadas pelo *Toxoplasma gondii*, parasita intracelular obrigatório, com afinidade para todos os tipos de células. Disseminada mundialmente, afeta igualmente os dois sexos. No Brasil, diferentes inquéritos realizados em populações urbanas e rurais (e inclusive em índios) têm mostrado uma incidência entre 50 e 78,7% de indivíduos soro reagentes.

### ETIOPATOGENIA

O *T. gondii* é um coccídio e seu hospedeiro definitivo é o gato que elimina milhares de oocistos nas fezes por dia. A infecção congênita parece ocorrer apenas como consequência da infecção materna primária adquirida durante a gestação: uma vez ocorrida a parasitemia materna, o feto pode se infectar por disseminação hematogênica. A infecção fetal ocorre em 66,0, 30,0 e 20,0% respectivamente quando a parasitemia materna ocorre no 3.º, 2.º e 1.º trimestre da gravidez: a gravidade da doença é inversamente proporcional à idade gestacional. Os tecidos mais freqüentemente acometidos são o sistema nervoso central e as túnicas oculares.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Há quatro formas clínicas na toxoplasmose congênita: 1) doença neonatal, 2) doença grave ou leve observada nos primeiros meses de vida, 3) seqüelas verificadas na infância ou na adolescência e 4) infecção subclínica (forma de maior incidência). Na doença neonatal ou nos primeiros meses de vida, as crianças podem manifestar sinais e sintomas predominantemente *neurológicos* (hidrocefalia, microcefalia, convulsões, cório-retinite e calcificações intracranianas) ou *viscerais* (anemia, icterícia, púrpura, linfadenopatia, pneumonite intersticial e hepatoesplenomegalia). A toxoplasmose é causa também de baixo peso e prematuridade. As seqüelas verificadas na infância ou na adolescência são caracterizadas por retardo neuropsicomotor e cório-retinite. Nos recém-nascidos portadores de forma subclínica, estudos têm demonstrado alterações neurológicas caracterizadas por retardo mental.

### DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

#### 1. Clínico

- a) história materna de doença febril, linfadenopatia, exantema durante a gravidez.
- b) presença de sinais e sintomas no recém-nascido conforme apresentados anteriormente.
- c) exame oftalmológico — microftalmia freqüentemente associada a uveítes e catarata congênita. A cório-retinite é a lesão clássica ocorrendo bilateralmente em 80,0% dos casos.

#### 2. Laboratorial

- a) exames inespecíficos — hemograma (hemoglobina baixa, eosinofilia, leucocitose ou leucopenia, plaquetopenia e reticulocitose), líquor (pleocitose linfomonocítica e hiperproteinorraquia), hiperbilirrubinemia com predomínio de bilirrubina direta.
- b) exames específicos —
  - I — encontro do toxoplasma em sangue do cordão ou periférico, sedimento de líquor ou urina ou então após inoculação em cérebro ou peritônio de camundongo.

II — reações sorológicas — reação de Sabin-Feldman, imunofluorescência para IgG e IgM, reação de fixação do complemento e reação de hemaglutinação. Esses exames devem ser realizados concomitantemente na mãe para comparação dos títulos. Títulos sorológicos do recém-nascido 2 a 3 vezes maiores do que os maternos sugerem fortemente a doença, além da presença da IgM. Se os títulos do recém-nascido forem iguais ou menores do que os maternos podem indicar transferência passiva de anticorpos maternos e tendem a negatizar durante os primeiros meses de vida: caso contrário, sugerem presença da doença. IgM é encontrada em apenas 40 a 50% dos casos.

### 3. Radiológico

- a) crânio — presença de calcificações intercranianas difusas.
- b) ossos longos — faixas longitudinais de maior radiotransparência nas metáfises ósseas.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com citomegalia, doença de Chagas, sífilis, rubéola, herpes simples, septicemia e eritroblastose.

### TRATAMENTO

Associação pirimetamina (Daraprin<sup>®</sup>) na dose de 1,0mg/kg/dia uma vez ao dia com sulfadiazina na dose de 50mg/kg/dia. Duração do tratamento: 21 dias. Remington & Desmonts preconizam esquema de 21 dias intercalados com espiramicina (Rovamicina<sup>®</sup>) na dose de 50 a 100mg/kg/dia, cada 12 horas, durante 45 dias: esse esquema é repetido por três vezes durante o primeiro ano de vida. Sendo a pirimetamina um antifólico, é indispensável controlar o tratamento com hemograma completo e prescrever ácido fólico na dose de 1,0mg/kg/dia.

### PREVENÇÃO

Gestantes com sorologia negativa e pessoas imunodeprimidas são as populações de maior risco. A prevenção consta principalmente da não ingestão de carne crua ou mal cozida. Atenção para gatos.

### DISCUSSÃO DO CASO APRESENTADO

No caso ora apresentado, as reações sorológicas para toxoplasmose realizadas no soro do recém-nascido e da mãe mostraram:

Reação	Paciente (antes do tratamento)	Paciente (depois do tratamento)	Mãe
Imunofluorescência para IgG	1/16.000	1/64.000	1/8.000
Imunofluorescência para IgM	1/256	0	0
Fixação do complemento	1/640	1/320	1/160
Hemaglutinação	1/512	1/512	1/2.000

A história materna de infecção febril no primeiro trimestre da gravidez e a presença na criança de microcefalia e microftalmia sugeriram a investigação de infecções congênitas. Nos exames complementares chamou a atenção a hiperproteïnorráquia e a presença de calcificações intracranianas, além da dilatação ventricular. A presença de cório-retinite e uvelte contribuíram para a suspeita de infecção congênita. Todavia, essas mani-

festações são inespecíficas. O diagnóstico de toxoplasmose foi estabelecido pelas reações sorológicas e a presença de IgM no soro da criança. Foi iniciado o tratamento com pirimetamina e sulfadiazina durante 21 dias. Ao final do tratamento, foi realizada nova sorologia, não mais se evidenciando a presença de IgM: houve aumento do título de imunofluorescência para IgG, o que tem sido verificado nos casos de doença presente e parece que a terapêutica não interfere em tal comportamento. Os títulos sorológicos maternos inferiores aos do recém-nascido caracteriza o perfil II segundo Camargo & cols.

## RESUMO

### Caso em foco — Toxoplasmose congênita

*Os autores apresentam um caso de toxoplasmose congênita em recém-nascido, com diagnóstico clínico e sorológico. São discutidos os aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos, clínicos e terapêuticos da doença. Chama-se a atenção para a forma predominantemente neurológica desse caso.*

## SUMMARY

### Case in focus — Congenital toxoplasmosis

*The authors report a case of congenital toxoplasmosis with dominant neurologic and ocular abnormalities. The mechanism of infections, clinic manifestations, laboratory diagnosis and management are presented.*

## BIBLIOGRAFIA

1. ALFORD, C. A.; STAGNO, S. & REYNOLDS, D. W. — Congenital toxoplasmosis: clinical, laboratory and therapeutic considerations, with special reference to subclinical disease. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 50: 160, 1974.
2. CAMARGO, M. E. et al. — Definição de perfis sorológicos na toxoplasmose. Importância diagnóstica e epidemiológica. *Rev. bras. Pat. Clín.* 13: 113, 1977.
3. COUTINHO, S. G. et al. — Levantamento dos resultados das reações de imunofluorescência indireta para toxoplasmose em 6.079 pacientes de ambulatório ou gestantes no Rio de Janeiro realizada durante os anos de 1971 a 1977. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 23: 48, 1981.
4. DESMONTS, G. & COUVEURS, J. — Toxoplasmosis in pregnancy and its transmission to the fetus. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 50: 146, 1974.
5. REMINGTON, J. S. & DESMONTS, G. — Toxoplasmosis. In Remington, J. S. & Klein, J. O., eds. — *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. Philadelphia, Saunders, 1976. p. 191.

---

Endereço para correspondência:  
Instituto da Criança  
Hospital das Clínicas  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647  
São Paulo — SP — CEP = 05403  
Brasil