



Reativação de Toxoplasmose ocular em gestante: relato de caso

Bruno Rocha Silva Setta¹; Mayra Rozália Loureiro Novaes¹; Rider Santiago Alcoba Júnior¹; José Diniz Pinto Bravo Filho¹

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

brunosetta@hotmail.com

[0000-0001-8932-9395](tel:0000-0001-8932-9395)

[0000-0003-3054-3009](tel:0000-0003-3054-3009)

[0000-0001-5902-7353](tel:0000-0001-5902-7353)

[0000-0003-1114-2656](tel:0000-0003-1114-2656)

Resumo: A toxoplasmose ocular é considerada a principal causa de uveíte posterior. Em mulheres grávidas, devido à imunotolerância fisiológica característica, a reativação da infecção por *Toxoplasma gondii* pode ocorrer. A deficiência visual e cicatrizes retinianas em um indivíduo previamente infectado permitem o diagnóstico. Nesses casos, recomenda-se excluir infecção fetal no líquido amniótico e instituir profilaxia se não for comprovada a ocorrência de infecção fetal. O objetivo desse trabalho foi descrever um relato de caso raro, de uma gestação numa mulher com antecedentes de infecção por *T. Gondii* e reativação ocular. Trata-se de uma gestante brasileira de 27 anos, casada e residente do Município de Volta Redonda-RJ, com o diagnóstico de reativação ocular de toxoplasmose, sem a evidência de transmissão fetal durante a investigação inicial. Durante a gravidez, a paciente foi encaminhada para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), monitorizada com ecografias periódicas e acompanhada em serviço de oftalmologia, tendo sido iniciado esquema profilático à base de espiramicina. Após o parto, a análise do soro do recém-nascido não foi sugestiva de infecção pelo protozoário e o mesmo segue em acompanhamento clínico em um centro especializado em doenças infecciosas do município.

Palavras-chave: Toxoplasmose ocular. Complicação. Pré-Natal de Alto Risco.



INTRODUÇÃO

O *Toxoplasma gondii* é uma espécie de protozoário responsável pela infecção por Toxoplasmose. Geralmente, a infecção leva a um quadro clínico assintomático e autolimitado em 80-90% dos casos, porém pode causar sequelas graves no feto como retardo mental e/ou coriorretinite (YADAV et al., 2014).

A toxoplasmose congênita decorrente da reativação da infecção crônica em gestantes imunocompetentes, apesar de ser considerada rara, alguns casos relatados têm sido relacionados a uma possível redução da resposta imune celular que ocorre fisiologicamente durante a gravidez (DESMONTS et al., 1990). Dessa forma, o parasita pode se espalhar facilmente pelo organismo materno e aumenta o risco de infecção por transmissão vertical. No primeiro trimestre da gravidez, o risco de transmissão é menor, mas a gravidade da doença é maior.

Há relatos na literatura de mulheres infectadas cronicamente pelo *T. gondii* que tiveram reativação da infecção durante a gravidez e transmitiram o protozoário para seus filhos (ANDRADE et al., 2010). De acordo com Bachmeyer et al. (2006), a reativação durante a gravidez depende do grau de exposição do feto ao toxoplasma, da virulência da cepa, do período gestacional em que ocorreu a reativação, da capacidade imunológica da gestante, da placenta, do feto e da intensidade da resposta inflamatória fetal.

A reativação da infecção pelo parasita é mais frequente a nível ocular devido ao ambiente imunológico favorável (YADAV et al., 2014). Gestantes imunocompetentes infectadas pelo *Toxoplasma gondii* antes da gravidez geralmente não transmitem o protozoário ao feto, mesmo diante da reativação, mas essa situação pode ocorrer devido à regulação negativa da resposta imune mediada pelas células T (BACHMEYER et al., 2006).

O objetivo deste trabalho foi descrever um relato de caso raro de uma mulher gestante com infecção prévia por *T. gondii* e que apresentou reativação ocular da doença durante a gravidez, onde a transmissão transplacentária não foi investigada, mas realizada quimioprofilaxia medicamentosa, sem evidência de acometimento fetal.



METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso clínico raro e vivenciado em um atendimento ambulatorial de gestantes acompanhadas no Pré-Natal de Alto Risco, da Policlínica da Mulher, localizada no município de Volta Redonda-RJ. O período do acompanhamento obstétrico teve início em abril de 2022 e término em novembro de 2022. Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica buscando artigos publicados nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo, utilizando os seguintes algoritmos: Toxoplasmose ocular, complicação, Pré-Natal de Alto Risco, no período de janeiro de 2018 a novembro de 2022.

Os procedimentos seguidos neste trabalho seguiram as normas estabelecidas pelos responsáveis pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha, registrado no CAAE sob o número 66313122.9.0000.5237. Além disso, a paciente foi abordada em um diálogo simples, no qual foi exposto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o consentimento foi assinado.

DESCRIÇÃO DO CASO

C.S.G, sexo feminino, 27 anos, divorciada, branca, natural do bairro Retiro de Volta Redonda – RJ, foi encaminhada para acompanhamento em Pré-Natal de Alto Risco na Policlínica da Mulher, localizada no município de Volta Redonda – RJ, por obesidade (IMC 32 kg/cm²) e infecção prévia por toxoplasmose. Estava em seu primeiro pré-natal em acompanhamento, sem história prévia de partos anteriores ou abortos (G1P0A0).

Relata que havia feito um tratamento prévio de toxoplasmose ocular em 2019 com Bactrim F, prednisolona 20 mg e corticoide tópico (dexametasona) por 3 meses com oftalmologista da rede pública. Após o período do tratamento, refere não ter realizado exames de fundo de olho de rotina ou comparecer em consultas periódicas com qualquer oftalmologista.

A paciente relata não ter feito viagens para fora do Estado do Rio de Janeiro nos últimos meses e que durante a gestação não teve contato direto com gatos, contudo no bairro havia vários desses animais de vida livre. Além disso, bebia água filtrada e nega ter comido carne crua ou mal cozida.



Em março de 2022, descobriu a gravidez com a idade gestacional de 4 semanas e 3 dias. No primeiro exame de pré-natal de rotina, com 6 semanas e 3 dias de gestação, foi identificada sorologia IgM negativa ($< 0,18$) e IgG positiva (>100 UI/dl), constatando resultado reagente conforme a norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). No mesmo mês, devido a queixas de diminuição da acuidade visual no olho esquerdo, foi submetida a exame de fundo de olho com oftalmologista no serviço privado e foi identificada reativação de toxoplasmose naquele olho, com detecção de cicatrizes na retina. O mesmo tratamento realizado em 2019 foi prescrito pelo médico oftalmologista que a atendeu.

Entretanto, já com 8 semanas e 4 dias de gestação, em uma consulta de rotina do seu pré-natal na UBS por uma enfermeira, essa profissional sugeriu a interrupção do tratamento devido aos riscos de malformação fetal que a medicação poderia trazer. Logo, a gestante foi encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), localizado na Policlínica da Mulher, em abril de 2022.

A gestante foi mantida em acompanhamento no PNAR de abril a novembro de 2022. Durante esse período, realizou ecografias obstétricas do 1º, 2º e 3º trimestres, as quais não evidenciaram alterações morfológicas no feto (como a restrição de crescimento intrauterino). Os exames de imagem identificaram apenas baixo peso ($< 2,5$ kg) e apresentação pélvica, nos exames do 1º e 2º trimestres.

Devido à indisponibilidade do exame PCR (Reação em cadeia da Polimerase), não foi realizada amniocentese para pesquisa de infecção fetal. Além disso, foi iniciada a profilaxia de infecção fetal com espiramicina 2 comprimidos de 500 mg 8/8h por 3 meses (agosto, setembro e outubro), apenas quando a gestante teve consulta no serviço público de oftalmologia em agosto de 2022, já com 24 semanas de gestação.

A gestante manteve o acompanhamento obstétrico no PNAR sem intercorrências, até que em novembro de 2022, com idade gestacional de 37 semanas + 2 dias, entrou em trabalho de parto e foi realizada a cirurgia cesariana no Hospital São João Batista, dando à luz uma recém-nascida, pesando 3.450 gramas e Apgar 8/10. Após o parto, as sorologias para *Toxoplasma gondii* no recém-nascido foram negativas, mas não foi realizada a pesquisa do DNA do parasita em tecido placentário ou cultivos.



Durante a internação hospitalar, o recém-nascido não apresentou sinais ou sintomas de infecção. Após a alta hospitalar, a paciente foi encaminhada para seguir sob vigilância nas consultas de Pediatria do Centro de Moléstias Infeciosas (CDI) Doutor Luiz Gonzaga de Souza, localizado no Município de Volta Redonda - RJ.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O exame de sorologia para Toxoplasmose no pré-natal deverá ser solicitado no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG), se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes), a sorologia deverá ser repetida no início dos 2º e 3º trimestres gestacionais. As gestantes que apresentem resultado IgM e IgG positivos deverá ser solicitado o teste de avides para IgG, entre 12º e 16º semanas de gestação (BRASIL, 2018). Esse teste é um bom marcador da infecção em grávidas e possibilita dizer se é uma infecção antiga ou se é um caso ocorrido no primeiro trimestre gestacional (SES, 2023). Se IgM não reagente e IgG reagente, indica doença antiga não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em pacientes com imunodeficiência) (BRASIL, 2018).

Já aquelas gestantes que apresentam resultado IgM positivo e IgG negativo, indica infecção aguda pelo parasita e deverá ser iniciado o tratamento na Atenção Primária e simultaneamente ser encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco (BRASIL, 2018). Quando o resultado for IgM e IgG negativos, indica suscetibilidade e a gestante deverá ser orientada com medidas profiláticas (evitar ingestão de carnes cruas ou mal cozidas, higiene cuidadosa de alimentos, entre outras) (SES, 2023).

No estudo de Vaz et al. (2011), as gestantes com acesso ao pré-natal tiveram menos complicações fetais. Neste estudo, a paciente realizou todo o pré-natal na rede pública de saúde, porém não recebeu orientações adequadas da equipe de saúde, sobretudo na Atenção Primária com o tratamento e após quando foi encaminhada ao PNAR, havendo demora no início do tratamento.

Ressalta-se que no Manual de Gestação de Alto Risco atual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) não consta qualquer conduta terapêutica ou profilática frente ao caso de uma gestante com toxoplasmose ocular. No entanto, a Sociedade Brasileira de Uveítes (SBU) (SBU, 2023) detalha o tratamento dessa infecção de acordo com o trimestre gestacional, conforme o quadro 1.



Quadro 1 – Conduta recomendada frente a toxoplasmose ocular em gestante.

1° trimestre	Sulfadiazina 500mg: 2cps de 6/6 horas 30 dias ou mais. Se alérgicos: Clindamicina 300mg: 1cp de 6/6 horas 30 dias <u>ou</u> Azitromicina 500mg: 1cp/dia 30 dias ou mais;
2° trimestre	- Sulfadiazina 500mg: 2cps de 6/6 horas 30 dias ou mais; - Pirimetamina 25mg: dose inicial de 4cps/dia 1 dia, seguido de 25-50mg nos dias subsequentes, por 30 dias ou mais; - Ácido folínico: manipulado de 15mg em dias alternados durante o uso da pirimetamina
3° trimestre	- Pirimetamina 25mg: dose inicial de 4cps/dia 1 dia, seguido de 25-50mg nos dias subsequentes, por 30 dias ou mais; - Ácido folínico: 15mg em dias alternados durante uso da pirimetamina;
Corticoides	Discutir com o obstetra, mas a princípio é a mesma dose utilizada em paciente não grávida: Prednisona 20mg ou 5mg: 0,5mg/kg/dia.

Fonte: SBU, 2023.

O quadro clínico da paciente em nível oftalmológico, como cicatrizes específicas na retina, associadas à diminuição da acuidade visual no olho esquerdo e também a presença de fatores de risco (gravidez, relato de infecção prévia por *T. gondii* e naturalidade no Brasil), sugerem a reativação da infecção ocular por toxoplasmose como hipótese diagnóstica bastante aceitável. Essa situação clínica também foi semelhante ao trabalho de Olival e colaboradores (2014).

Percebe-se que nesse relato houve demora no atendimento no serviço público de oftalmologia para o acompanhamento adequado. No entanto, independentemente disso, o tratamento com espiramicina 500 mg com 2 comprimidos 8/8h deveria ter sido iniciado na Atenção Primária e continuar no PNAR até completar 16 semanas e dar o seguimento conforme o Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022).

O procedimento de amniocentese (PCR) é fundamental para excluir infecção no feto, pois permite instituir a profilaxia da infecção fetal com espiramicina ou com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico, se o resultado for positivo (BRASIL, 2018). Esse procedimento está indicado quando a idade gestacional atingir 18 semanas (BRASIL, 2022). No entanto, devido à indisponibilidade desse procedimento no serviço público municipal, optou-se pelo uso empírico de espiramicina para o tratamento, o que parece ter impedido a transmissão vertical até o momento.



Recém-nascidos mesmo que sejam assintomáticos ao nascimento, como foi nesse trabalho, sequelas tardias são frequentes. Estima-se que 85% apresentarão cicatrizes de retinocoroidite nas primeiras décadas de vida, e 50% evoluirão com anormalidades neurológicas (BRASIL, 2018). Tal fato demonstra a necessidade de um *follow-up* adequado ao recém-nascido, preferencialmente em centros especializados em infectologia, o que ocorreu nesse trabalho.

O principal fator de risco para infecção em gestantes é o consumo de carne crua ou mal cozida, responsável por 30% a 63% dos casos (OLIVAL et al., 2011). No entanto, a paciente não refere ter consumido esse alimento de forma inadequada.

CONCLUSÕES

Esse trabalho demonstrou a importância de haver capacitação técnica dos profissionais de saúde, bem como o cumprimento das normas técnicas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O atraso na instituição do tratamento adequado nessa gestante poderia ter trazido sequelas sérias à recém nascida, as quais não foram identificadas até o seu acompanhamento em novembro em 2022.

Recomenda-se que gestantes susceptíveis à infecção por toxoplasmose, ou seja, aquelas que apresentam sorologia IgM e IgG negativas ou infecção prévia por toxoplasmose ocular, sejam acompanhadas por obstetras e oftalmologistas em conjunto, para melhor acompanhamento e definição da conduta. Além disso, devem realizar exames oftalmológicos rotineiros (mensalmente), para que a avaliação seja potencialmente eficaz e preventiva na progressão da doença.

Para os casos de reativação da infecção materna, sugere-se a realização de avaliações ultrassonográficas mensais ou em períodos menores para melhor acompanhamento fetal. Além disso, como limitação desse trabalho, ressalta-se a não realização da exclusão de transmissão transplacentar por amniocentese, que é essencial para decidir sobre a instituição de profilaxia ou do tratamento fetal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. M.; SANTOS, D.V.; CARELLOS, E.V.; ROMANELLI, R.M.; VITOR, R.W.; CARNEIRO, A.C.; et al. Congenital toxoplasmosis from a chronically infected woman with reactivation of retinochorioiditis during pregnancy. Rio de Janeiro. **Revista Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2010; 86 (1):85-88.



BACHMEYER, C.; MOUCHNINO, G.; THULLIEZ, P.; BLUM, L. Congenital toxoplasmosis from an HIV-infected woman as a result of reactivation. **Journal of Infection**. (2006) 52, e55–e57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 31 p.: il.

DESMONTS, G.; COUVREUR, J.; THULLIEZ, P. Congenital toxoplasmosis. 5 cases of mother-to-child transmission of pre-pregnancy infection. **Presse Med**. 1990;19: 1445-9

OLIVAL, V.; CORREIA, A.; BELLO, A.; CABUGUEIRA, A.; NUNES, M.J. Reativação ocular da toxoplasmose durante a gravidez. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. 2014;8(1):82-83.

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Atenção ao Pré-Natal: Toxoplasmose**. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/ANEXO-VII-toxoplasmose-cong%C3%AAAnita.pdf>. Acesso em: 22/04/2023.

SBU – Sociedade Brasileira de Uveítes. **Diretrizes de diagnóstico e tratamento das uveítes infecciosas – Toxoplasmose ocular**. Disponível em: <https://www.uveitesbrasil.com.br/assets/files/01-BookTOXOPLASMOSEOCULAR.pdf>. Acesso em: 18/04/2023.

VAZ, R. S.; RAULI, P.; MELLO, R.G.; CARDOSO, M.A. Toxoplasmose Congênita: Uma doença negligenciada? Atual política de saúde pública brasileira. **Field Actions Science Reports**. 2011; 3 (3):p.8.

YADAV, R.K.; MAITY, S.; SAHA, S. A review on TORCH: groups of congenital infection during pregnancy. **Journal of Scientific Research**; 2014. 3 (2):258–264