

## ABORDAGEM DA TOXOPLASMOSE NO RECÉM-NASCIDO

O diagnóstico e o tratamento da toxoplasmose congênita no primeiro ano de vida da criança têm por objetivo reduzir os danos da doença, principalmente visuais e neurológicos. Para atingir esse objetivo, o diagnóstico e o tratamento precisam ser precoces. O tratamento da toxoplasmose congênita está indicado para todas as crianças com a infecção diagnosticada no primeiro ano de vida, mesmo para aquelas assintomáticas.

O teste de triagem neonatal para toxoplasmose (pesquisa de IgM por método de captura em sangue capilar seco transportado em papel filtro) não é diagnóstico, e o resultado precisa ser confirmado por testes sorológicos sensíveis e específicos. O teste de triagem pode apresentar resultado falso-positivo, por ser muito sensível; e falso-negativo, principalmente nas infecções fetais adquiridas no primeiro trimestre de gestação ou no tratamento materno prolongado, situações estas em que mesmo a IgM realizada no soro pode ser negativa.

Portanto, se a criança apresentar manifestações clínicas sugestivas de infecção congênita, a toxoplasmose deve ser investigada mesmo diante de um teste de triagem neonatal negativo para toxoplasmose. Além disso, na presença de toxoplasmose materna com possibilidade de toxoplasmose congênita, o recém-nascido precisa ser totalmente investigado antes da alta da maternidade, não aguardando pelo teste de triagem neonatal.

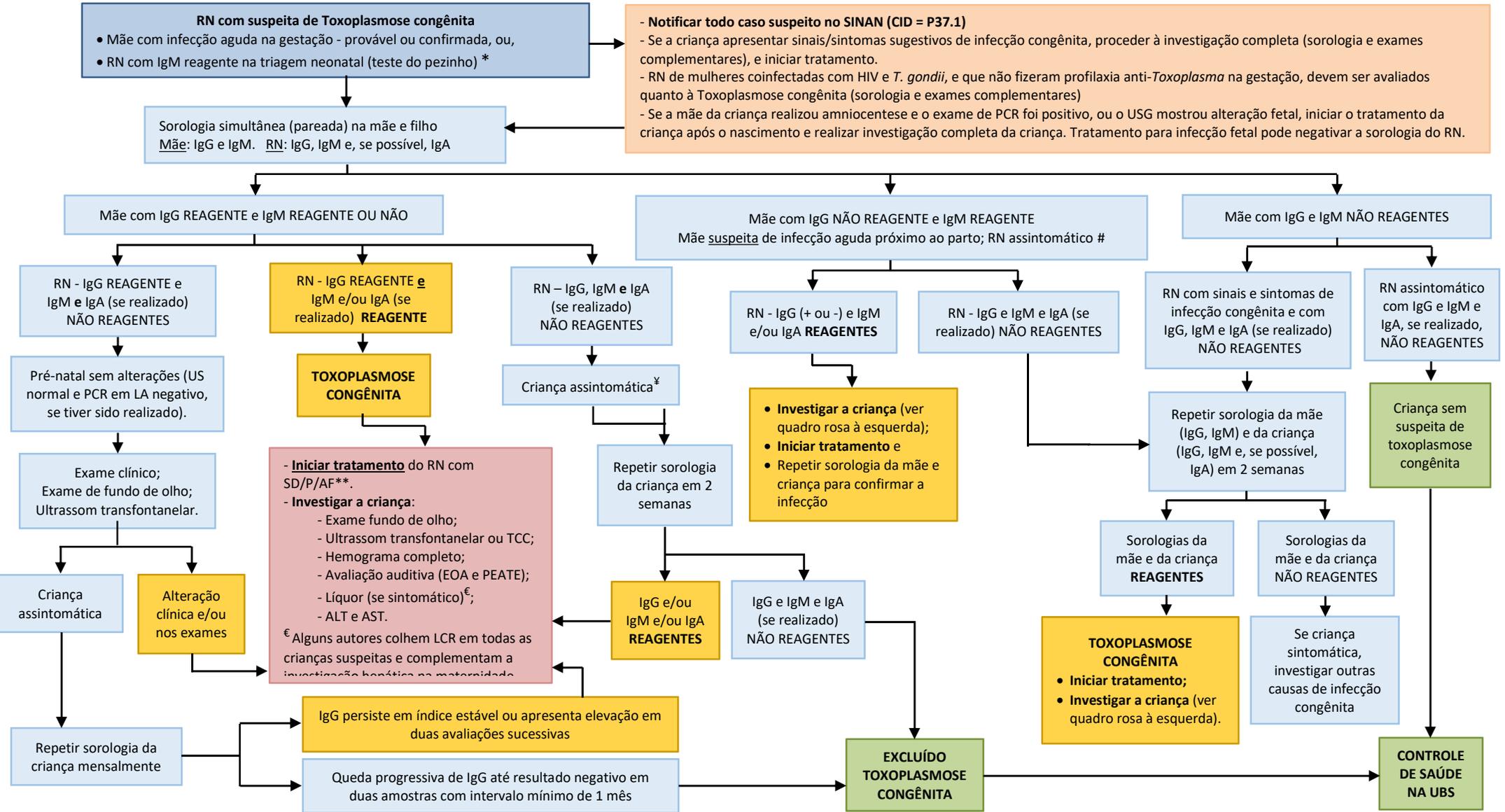
O início do tratamento para toxoplasmose no recém-nascido / lactente está indicado nas seguintes situações:

- positividade para IgM e/ou IgA anti-*Toxoplasma gondii* no soro, no primeiro semestre de vida;
- IgG anti-*T. gondii* positiva e quadro clínico sugestivo de toxoplasmose congênita;
- diagnóstico de toxoplasmose fetal (PCR positiva no líquido amniótico ou ecografia fetal compatível com toxoplasmose);
- IgG anti-*T. gondii* crescente ou estável nos primeiros meses de vida.

Além de contribuir para o diagnóstico, a investigação das alterações clínicas, visuais e neurológicas é importante para avaliar a extensão do comprometimento, devendo ser feita sempre nas crianças com suspeita de toxoplasmose congênita. No Brasil, é muito frequente a presença de lesões inflamatórias na retina, associadas ou não com lesões cicatriciais, observadas ao nascimento ou nas primeiras semanas de vida. Nesses casos, o uso de corticoide sistêmico associado ao tratamento antiparasitário específico reduz as sequelas da doença. Por isso, o exame de fundo de olho deve ser realizado o mais cedo possível nas crianças com suspeita da infecção.

O fluxograma abaixo apresenta um resumo das condutas indicadas nas diversas situações.

### FLUXOGRAMA 3 - AVALIAÇÃO E CONDUTAS PARA O RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA



\* Resultado indeterminado em papel filtro não exclui a toxoplasmose congênita. Acompanhar a criança e investigar se houver suspeita de infecção congênita. Na dúvida, discutir com especialista.

# Alguns autores sugerem que se a infecção aguda materna (**soroconversão**) ocorreu no último trimestre de gestação, pode-se **iniciar tratamento da criança**, mesmo se assintomática e, a seguir, realizar a **propedêutica**.

† Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmose, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (como prematuridade), e discutir caso a caso.

RN – recém-nascido; USG – Ultrassom gestacional; TCC – Tomografia computadorizada do crânio; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; EOA – Emissões otoacústicas; PEATE ou BERA – Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico; ALT ou TGP – Alanina Aminotransferase; AST ou TGO – Aspartato Aminotransferase; SD/P/AF – Sulfadiazina/Pirimetamina/Ácido Folínico

\*\* Conforme Tabela 10 do Guia de Atenção ao Recém-Nascido. MS, 2014, disponível abaixo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a, com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

Tabela 10 – Medicamentos utilizados para tratamento da toxoplasmose congênita durante o primeiro ano de vida<sup>2,7</sup>

Medicamento*	Posologia
Sulfadiazina <sup>§</sup> (comprimidos de 500mg)	100mg/kg/dia divididos em 2 doses diárias, durante 1 ano
Pirimetamina <sup>§</sup> (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 <sup>§</sup> (comprimidos de 15mg)	10mg administrados três vezes por semana Na ocorrência de neutropenia: se <1000 neutrófilos/mm <sup>3</sup> , aumentar a dose para 20mg diários se <500 neutrófilos/mm <sup>3</sup> , suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação Manter por mais uma semana após 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 ≥ 1000mg/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

\*Utilização por via oral.

<sup>§</sup>Medicamentos disponíveis apenas sob a forma de comprimidos. Podem ser produzidas soluções em farmácias de manipulação com as seguintes concentrações:

- Sulfadiazina 100mg/mL.
- Pirimetamina 2mg/mL.
- Ácido fólico 5mg/mL (ou fracionamento para comprimidos com 5mg cada).

Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e monitorar os níveis de bilirrubina quando a sulfadiazina for utilizada em RN.

**Referência:** Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v2.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf)