

Diagnóstico

Regina Mitsuka-Breganó
Fabiana Maria Ruiz Lopes-Mori
Italmar Teodorico Navarro
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MITSUKA-BREGANÓ, R., LOPES-MORI, FMR., and NAVARRO, IT., orgs. *Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas* [online]. Londrina: EDUEL, 2010. Diagnóstico. pp. 24-26. ISBN 978-85-7216-676-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Tratamento

Tratamento materno

As drogas mais utilizadas no tratamento da toxoplasmose são:

Espiramicina: é indicada no primeiro trimestre da gestação para o tratamento de gestantes com infecção aguda, devido ao fato de não atravessar a barreira placentária e, portanto, não oferecer risco iatrogênico para o feto.

Esquema tríplice: a combinação de sulfadiazina e pirimetamina, associada ao ácido fólico, é indicada para gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas. Esta associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina. (FRENKEL, 2002).

A espiramicina é um antibiótico macrolídeo, não atravessa a placenta e seu uso, no início da gestação, foi associado a uma diminuição da frequência de transmissão vertical. É indicado para mulheres com toxoplasmose aguda ou suspeita adquirida no começo da gestação. Porém, a eficácia do uso de espiramicina para prevenir a toxoplasmose congênita tem sido questionada por grupos de pesquisadores Europeus. (GILBERT; GRAS, 2003; SYROCOT *et al.*, 2007). Estes estudos não são conclusivos e são questionados por outros pesquisadores (MONTROYA; ROSSO, 2005) e, até que sejam observados resultados definitivos sobre a eficácia deste tratamento, muitos especialistas continuam com a recomendação da espiramicina para gestantes que tenham toxoplasmose aguda, suspeita ou confirmada, adquirida durante o primeiro trimestre e início do segundo trimestre de gestação. (MONTROYA; ROSSO, 2005; REMINGTON *et al.*, 2006; GALANAKIS *et al.*, 2007). Esta medicação deve ser substituída pela associação de sulfadiazina e pirimetamina após a 18ª semana de gestação. (REMINGTON *et al.*, 2006).

A combinação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico é indicada para gestantes com diagnóstico de toxoplasmose aguda, suspeito ou confirmado, no segundo ou terceiro trimestre de gestação. A pirimetamina é teratogênica e o seu uso é contraindicado no primeiro trimestre de gestação. Outro efeito tóxico da pirimetamina é que, por ser um antagonista do ácido fólico, pode produzir depressão reversível e gradual da medula óssea. A depressão de plaquetas é a consequência mais séria, assim as gestantes e crianças que fazem uso prolongado deste medicamento devem ser periodicamente monitoradas com exames hematológicos (hemograma e plaquetas) e o tratamento suspenso, temporariamente, caso se verifique alguma alteração nesses exames. O uso concomitante de ácido fólico é indicado para prevenir esses efeitos tóxicos. A associação de sulfadiazina e pirimetamina é capaz de diminuir a incidência de sequelas tardias da toxoplasmose congênita. (FOULON *et al.*, 1999).

Existem diversos protocolos de tratamento da toxoplasmose adquirida na gestação, porém, a efetividade em prevenir a transmissão para o feto e a eficácia no tratamento intraútero devem ser melhor avaliadas. (GILBERT; GRAS, 2003; THIÉBAUT *et al.*, 2006; SYROCOT *et al.*, 2007). Parece haver um consenso de que só um grande estudo de caso/controle,

multicêntrico e randomizado seriam capazes de comprovar a eficácia do tratamento materno. (GILBERT *et al.*, 2001; GILBERT; GRAS, 2003; SYROCOT *et al.*, 2007).

Os protocolos terapêuticos encontram-se nos Quadros 6 e 7 nas páginas 35 e 36.

Tratamento da criança

O tratamento da criança com toxoplasmose congênita, suspeita ou confirmada, deve ser realizado desde o nascimento, utilizando-se o esquema tríplice. Nos casos confirmados de toxoplasmose congênita o tratamento deve se estender até um ano de idade. (REMINGTON *et al.*, 2006).

Phan *et al.* (2008a), em um estudo de Coorte, demonstraram que crianças com toxoplasmose que não foram tratadas durante o primeiro ano de vida, 72% desenvolveram novas lesões coriorretinianas, principalmente a partir do meio da adolescência em diante. Resultados semelhantes foram encontrados por Koppe; Loewer-Sieger; De Roever-Bonnet (1986) e por Wilson *et al.* (1980) em crianças com toxoplasmose congênita, sem lesões oculares ao nascimento e que foram tratadas apenas por um mês ou menos no primeiro ano de vida; destas crianças, 82,0% e 92,0% tinham lesões oculares na adolescência, respectivamente.

Em outro estudo longitudinal, com crianças tratadas durante todo o primeiro ano de vida, Phan *et al.* (2008b) verificaram que apenas 31,0% desenvolveram novas lesões oculares, mesmo tendo inicialmente uma doença ocular, neurológica e sistêmica mais severa e significativa do que as crianças do estudo anterior. (PHAN *et al.*, 2008a). Apesar de estes dois estudos de Coorte não poderem ser diretamente comparáveis, os resultados sugerem que o tratamento no primeiro ano de vida reduz, significativamente, o aparecimento de novas lesões oculares.

Como não existe suspensão pediátrica da sulfadiazina e da pirimetamina, estas devem ser preparadas em suspensão de açúcar a 2%. Estas suspensões têm validade por uma semana e devem ser mantidas refrigeradas (REMINGTON *et al.*, 2006), tornando o tratamento da criança ainda mais difícil para a família.

Os protocolos terapêuticos encontram-se nos Quadros 8, 9, 10 e 11 nas páginas 41, 42 e 43.