

40 ANOS DA
UTI NEONATAL
DO HSL

19 à 21 de
abril de 2018

Teatro do Prédio 40
PUCRS - Av. Ipiranga, 6681
Porto Alegre/RS

VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE
NEONATOLOGIA DE PORTO ALEGRE

VII JORNADA DE ENFERMAGEM
NEONATAL – HSL | PUCRS

ANAIS

P13- MENINGOENCEFALITE CONGÊNITA POR TOXOPLASMA: RELATO DE CASO

Autores: Gabriela Jacques, Ana Paula Feier, Carine Rech, Elisa Huber, Vanessa Basso, Manoel Antonio Ribeiro, Jorge Hecker Luz, Humberto Holmer Fiori.

Instituição: Serviço de neonatologia do Hospital São Lucas da PUCRS; Escola de Medicina da PUCRS.

Introdução: A toxoplasmose congênita apresenta elevada prevalência no Brasil. Ocorre por transmissão vertical após infecção primária da gestante ou reativação de infecção latente.

Descrição do caso: Neonato feminino, 35^{5/7} semanas, nascido de parto vaginal, Apgar 9/9, interna em UTI Neonatal no 7º dia de vida por cianose, hipertermia e hipoatividade. Com 9 dias apresentou sinais de insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica, evoluindo com piora neurológica e arreflexia. Permaneceu com hipoxemia persistente evoluindo para o óbito com 37 dias. A sorologia materna para toxoplasmose do 3º trimestre mostrava IgG e IgM reagentes. As infecções do grupo TORCH no neonato foram negativas, incluindo toxoplasmose IgM não reagente e IgG reagente. O líquido apresentava IgG reagente e PCR positiva para toxoplasmose. A ultrassonografia transfontanelar demonstrou a presença de calcificações cerebrais e encefalomalácia. A tomografia de crânio evidenciou calcificações cerebrais no parênquima encefálico, com redução de volume parenquimatoso, dilatação dos ventrículos laterais, formação sugestiva de cisto ou abscesso. Foi constatada presença de coriorretinite. O tratamento foi iniciado no 13º dia de vida (sulfadiazina, pirimetamina, ácido fólico e prednisona).

Discussão: A toxoplasmose congênita sintomática representa 10 a 30% dos casos. Em função das graves manifestações neurológicas e oftalmológicas, supõe-se que a infecção tenha ocorrido no início da gestação e não houve diagnóstico nem tratamento, sendo que fetos infectados a partir do 2º trimestre geralmente apresentam doença subclínica ao nascimento. Os sintomas mais comuns são: coriorretinite, calcificações intracranianas, hidrocefalia, líquido anormal, febre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, convulsões, microcefalia. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, laboratorial (sorologias específicas de *T. gondii* e PCR do líquido) e de neuroimagem por tomografia. Indica-se tratamento quando o diagnóstico é confirmado ou suspeito.

Conclusões: O caso ressalta a importância do acompanhamento pré-natal adequado e oportuno, detectando a infecção em gestantes e estabelecendo tratamento precoce, visando diminuir os riscos de doença fetal.

