

Ocular toxoplasmosis reactivation during pregnancy Reativação ocular da toxoplasmose durante a gravidez

Vanessa Olival*, André Correia*, Ana Bello*, Alice Cabugueira**, Maria João Nunes***
Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

Abstract

Toxoplasma gondii infection reactivation is more likely to occur during pregnancy on account of the characteristic physiologic immunotolerance. Visual impairment and retinal scars in a previously infected individual allows the diagnosis. In an immunocompetent woman, transplacental infection is unlikely to occur, but that possibility carries a well known great risk for the fetus. Fetal infection should be carefully excluded in the amniotic fluid and prophylaxis should be promptly instituted if fetal infection is not proven to have already happened.

We report a case of a 30 year-old Brazilian woman diagnosed an ocular reactivation of toxoplasmosis with no evidence of fetal transmission during the initial workup. A careful ultrasound follow-up was performed during pregnancy and a spiramycin-based prophylactic regimen was initiated. After delivery, either the newborn serum analysis nor the histopathological study of the placenta were suggestive of *T. gondii* infection.

Keywords: Ocular Toxoplasmosis; Blindness; Complications; Pregnancy; Spiramycin.

INTRODUÇÃO

A reativação da infeção por *Toxoplasma gondii* é mais frequente a nível ocular devido ao ambiente imunológico favorável¹ e é facilitado pela gravidez², atendendo à imunotolerância que confere ao hospedeiro. Poder-se-á suspeitar de reativação ocular da toxoplasmose em grávidas imunes à toxoplasmose que se apresentam com alterações visuais, achados fundoscópicos patognomónicos e eventual detecção serológica do parasita, nomeadamente IgM específicas que podem reaparecer aquando da reativação³.

Grávidas imunocompetentes infectadas por *Toxoplasma gondii* previamente à gestação geralmente não transmitem o protozoário ao feto, mesmo quando há reativação; contudo esta situação pode ocorrer devido à *down-regulation* da resposta imunitária mediada por células T⁵. Assim, perante a possibilidade de transmissão transplacentária, a toxoplasmose congénita deve ser obrigatoriamente excluída através dos exames comple-

mentares de diagnóstico indicados⁴.

Descrevemos um relato de caso raro, de uma gestação numa mulher com antecedentes de infeção por *T. Gondii* e reativação ocular, em que a transmissão transplacentar foi inicialmente pesquisada e excluída, tendo sido realizada *a posteriori* quimioprofilaxia medicamentosa, sem evidência de desenvolvimento de infeção fetal.

CASO CLÍNICO

Grávida com 10 semanas + 4 dias, 30 anos, IO 2002 (2 cesarianas anteriores), natural do Brasil, residente em Portugal há cerca de 2 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e cônjuge saudável, referenciada para vigilância na nossa instituição por suspeita de reativação de toxoplasmose ocular. A suspeita diagnóstica havia surgido na sequência de internamento prévio na sequência de amaurose súbita à esquerda e da detecção de cicatrizes antigas na retina em provável relação com infeção por *Toxoplasma gondii*; havia sido previamente medicada com lepicortinolo 40mg/dia e espiramicina 3g/dia pela Oftalmologia.

Durante a avaliação obstétrica, a ecografia do 1º trimestre não revelou alterações e comprovou-se a imuni-

*Internato Complementar de Ginecologia/Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

**Assistente Graduada Sénior de Ginecologia/Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

***Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

dade anterior à toxoplasmose; a reavaliação analítica realizada revelou valores muito elevados de IgG (1227UI) com IgM negativo e avidéz de IgG elevada; estes resultados eram favoráveis à reativação de uma infecção previamente adquirida. Utilizaram-se outros métodos mais específicos para pesquisa de imunoglobulinas e tanto IgG como IgM foram positivos para *Toxoplasma gondii*, este último através do método I.S.Ag.A.

Atendendo ao diagnóstico de reativação ocular de toxoplasmose, foi efetuada pesquisa de infecção fetal através da realização de amniocentese. Esta foi negativa tanto por PCR no líquido amniótico como na inoculação em ratinhos. Iniciou-se profilaxia da infecção fetal com espiramicina 2 comprimidos 500mg 8/8h; foi elaborado o plano de actuação para detecção precoce de malformações com ecografias seriadas com periodicidade mensal e ecocardiograma fetal às 22 semanas de gestação. A única alteração relevante foi a presença de hidrâmnios às 26 semanas + 5 dias que se manteve estável durante toda a gestação, adoptando-se a partir deste achado ecográfico, uma vigilância ecográfica mais apertada (quinzenal).

Às 38 semanas + 2 dias foi realizada cesariana electiva por 2 cesarianas anteriores, tendo nascido um recém-nascido do sexo feminino, com 3310gr e índice de Apgar 8/10. O exame Anatomo-Patológico da placenta não revelou sinais de infecção e os testes serológicos para pesquisa de *Toxoplasma gondii* no recém-nascido foram negativos.

Durante o *follow-up* em consulta, o recém-nascido não apresentou sinais nem sintomas de infecção, mas manteve-se em vigilância nas consultas de Pediatria, tendo 2 anos de idade presentemente.

DISCUSSÃO

No caso clínico descrito, a semiologia sugestiva a nível oftalmológico, nomeadamente cicatrizes específicas na retina, associadas a amaurose e tendo em conta os fatores de risco presentes (gravidez, evidência serológica de infecção prévia por *T. gondii* e naturalidade do Brasil) colocam a reativação ocular de infecção por toxoplasmose como uma hipótese de diagnóstico muito provável. A exclusão de transmissão transplacentar por amniocentese é essencial, permitindo decidir sobre a instituição de profilaxia da infecção fetal com espiramicina, como no caso descrito, ou tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico⁴ caso essa pesquisa seja positiva.

A vigilância obstétrica deve ser cuidada e incluir avaliação ecográfica mensal ou de periodicidade inferior, se indicado por achados desfavoráveis, atendendo às consequências graves que potencialmente podem recair sobre o feto, principalmente se a reativação da infecção materna for precoce em relação ao tempo de gestação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones LA, Alexander J, Roberts CW. Ocular toxoplasmosis: in the storm of the eye. *Parasite Immunol.* 2006 Dec; 28(12):635-42.
2. Biedermann K, Flepp M, Fierz W, Joller-Jemelka H, Kleihues P. Pregnancy, immunosuppression and reactivation of latent toxoplasmosis. *J Perinat Med.* 1995;23(3):191-203.
3. Sibali D, Djurkovi -Djakovi O, Bobi B. Onset of ocular complications in congenital toxoplasmosis associated with immunoglobulin M antibodies to *Toxoplasma gondii*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1990 Sep; 9(9):671-4.
4. Gagne SS. Toxoplasmosis. *Prim Care Update Ob Gyns.* 2001 May; 8(3):122-126.
5. Garweg JG, Scherrer J, Wallon M, Kodjikian L, Peyron F. Reactivation of ocular toxoplasmosis during pregnancy. *BJOG* 2005; 112(2): 241-242.