



23º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
INFECTOLOGIA
PEDIÁTRICA
13º SIMPÓSIO
BRASILEIRO DE
VACINAS
30 DE ABRIL A 3 DE MAIO DE 2024 - São Paulo - SP

30 DE ABRIL
A 3 DE MAIO

Novotel São Paulo Center Norte
Av. Zaki Narchi, 500 - Vila Guilherme, São Paulo



Trabalhos Científicos

Título: Dificuldades Para Diagnóstico Precoce Da Toxoplasmose Congênita: Um Relato De Caso

Autores: GABRIELA CRISTINA FACCO (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), BEATRIZ SILVA LOMBARDI (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), PRISCILA FLORÊNCIO DE OLIVEIRA (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), ISABELLA SANTOS PINHEIRO DE FARIA (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), JULIA DE MORAIS MARCIANO (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), RAQUEL FERNANDES DOS SANTOS QUEIROZ (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), NATÁLIA BARBOSA BRANDÃO (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), JOANA DARC ALVES (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), BIANCA REZENDE LUCAREVISKI (UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ)

Resumo: A toxoplasmose congênita, é causada pelo *Toxoplasma gondii* e transmitida verticalmente durante a gestação. Pode ter sérias repercussões no recém-nascido, levando a sequelas como microcefalia, hidrocefalia, calcificações intracranianas e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com possível comprometimento ocular. A gravidade está relacionada ao momento da infecção gestacional, bem como ao tempo entre o diagnóstico e início do tratamento materno. Este trabalho teve como objetivo relatar o diagnóstico, tratamento e evolução de um caso em paciente pediátrico. CAAE 86759525.90000.5501."IVF, feminino, mãe G2PN2A0 em acompanhamento de pré-natal suscetível a toxoplasmose em sorologias de primeiro trimestre, retornou com IgM e IgG reagentes no terceiro trimestre, com baixa avidéz de IgG. A mãe foi tratada com esquema triplice e indicado USG obstétrico que evidenciou doppler normal, ventriculomegalia bilateral e presença de calcificações intracranianas. A paciente nasceu no dia 26 de junho de 2024, de parto vaginal, sem intercorrências. Ao exame físico, fenda em lábio superior com palato íntegro, sem demais alterações, e perímetro cefálico 33 cm. Apresentava IgM para toxoplasmose não reagente, porém IgG reagente; outros exames laboratoriais não evidenciaram alterações. A TC de crânio mostrou calcificações focais difusas pelo parênquima e dilatação dos ventrículos laterais. No Ecocardiograma, forame oval patente e refluxo moderado da valva tricúspide. A análise do líquido revelou proteínas aumentadas, celularidade e glicose normais, bacterioscopia e cultura negativas, IgM para toxoplasmose não reagente e IgG reagente, comprovando neurotoxoplasmose congênita. Fundoscopia evidenciou cicatriz de coriorretinite macular em ambos os olhos. Teve alta hospitalar e, no seguimento, um mês após, foi observado aumento desproporcional do perímetro cefálico, 40 cm, sem outras alterações, sendo prescrito Prednisolona. Em agosto de 2024, foi realizada derivação ventriculoperitoneal em serviço externo. Em avaliação com geneticista, não foram identificadas anomalias. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial com neurologista, infectologista e cardiologista infantil. Mantém uso do esquema triplice em doses ajustadas. ""Deve-se salientar as adversidades no diagnóstico do recém-nascido, uma vez que o tratamento materno, mesmo que tardio, pode justificar o IgM ou PCR negativos do recém-nascido, não afastando toxoplasmose congênita. O diagnóstico pré-natal também enfrenta dificuldades, pois idealmente deve contemplar no mínimo seis consultas e as sorologias para toxoplasmose devem ser realizadas no primeiro e terceiro trimestre; para as gestantes suscetíveis, preconiza-se sua realização mensal, facilitando a identificação precoce de uma possível viragem sorológica. No entanto, como descrito no caso, essa não é uma realidade nacional, o diagnóstico e tratamento tardio da toxoplasmose congênita é um problema recorrente, resultando em consequências severas para a criança.