

Trabalhos Científicos

Título: Diagnóstico Tardio De Citomegalovirose Congênita: Devemos Rever Nossas Práticas No Pré-Natal?

Autores: JESSICA DOS SANTOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS -PE/ EBSERH), LUCIANA ROMAGUERA, KELLY ACIOLI, SANDRA RIOS, CARMEM AYMAR, EDUARDO JUST, MARIANA BARROS, ISABEL CARVALHO, LORENA COELHO, TATIANA VIDAL

Resumo: **INTRODUÇÃO:** a citomegalovirose (CMV) é adquirida por contato com fluidos corporais contaminados, podendo ser transmitida verticalmente durante uma primo-infecção, reativação ou reinfeção materna. **DESCRIÇÃO:** Genitora com pré-natal completo, sem triagem para CMV e com ultrassonografia do terceiro trimestre evidenciando microcefalia. Recém-nascido a termo, masculino, necessitando de reanimação em sala de parto (apgar 5/8). Apresentava restrição de crescimento intrauterino (2065 gramas, 42 cm e perímetro cefálico de 27 cm), hepatoesplenomegalia, petéquias, plaquetopenia, anemia, colestase, coriorretinite e ultrassonografia transfontanela com importante dilatação ventricular por redução volumétrica encefálica, calcificações grosseiras periventriculares, áreas hipocogênicas parenquimatosas na substância branca, material amorfo móvel nos ventrículos (sangue?) e redução volumétrica cerebelar. Mãe e RN apresentavam IgM e IgG plasmáticas CMV positivas. Colhido virúria do recém-nascido e iniciado ganciclovir. **DISCUSSÃO:** a incidência de infecção aguda gestacional é 2,1%, com risco de contaminação fetal na primoinfecção de 30-40% e na reativação de 1-2,2%. Os sintomas são mais graves e precoces na primoinfecção que na reativação materna. 90% dos neonatos infectados são assintomáticos e 10% destes desenvolverão distúrbios neurossensoriais posteriormente. 10% dos infectados apresentarão sintomas ao nascimento, como restrição de crescimento, icterícia, hepatoesplenomegalia, petéquias, trombocitopenia, coriorretinite e anomalias neurológicas (incluindo meningite e surdez neurossensorial). Suspeita-se de CMV congênito se sorologia materna positiva (IgM e IgG), ultrassonografia obstétrica ou sintomas neonatais sugestivos, confirmando-se com virúria nas primeiras três semanas de vida. O tratamento com ganciclovir é altamente tóxico, restringindo-se a perda auditiva, imunodeficiência ou sintomatologia moderada a grave (múltiplas manifestações ou síndrome sepsis-like ou pneumonite ou alterações neurológicas). A profilaxia durante a gestação é com medidas de higiene para fluidos corporais, principalmente se soronegatividade. Não há consenso sobre rastreamento universal para CMV na gravidez, não sendo recomendado no Brasil devido a ausência de imunidade permanente e de terapia eficaz e segura na gestação, assim como possibilidade de gerar ansiedade desnecessária nos pais. **CONCLUSÃO:** Estudos controlados no Brasil são necessários para refutar ou suportar a adesão da triagem universal para CMV na gestação. A identificação de gestantes soronegativas pode estimulá-las nos cuidados de higiene e a identificação de soroconversão gestacional permite a identificação de neonatos assintomáticos e adequado acompanhamento destes.