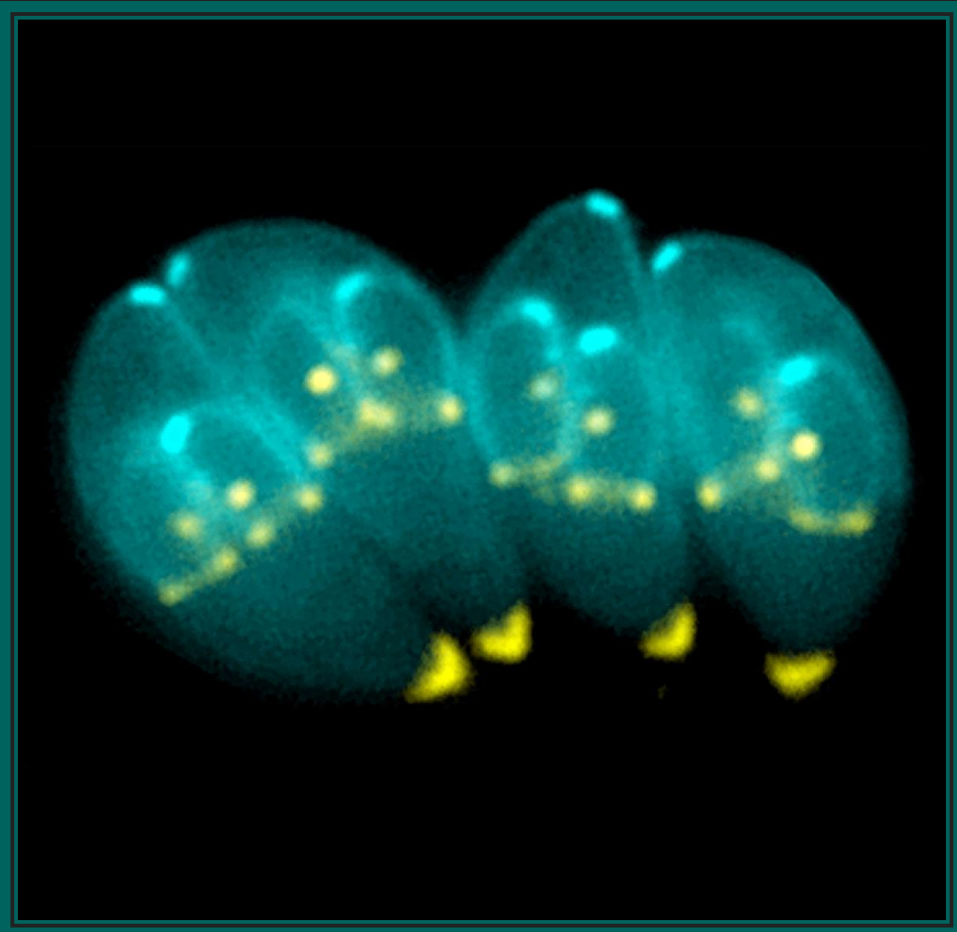


TOXOPLASMOSE AGUDA MANEJO NA GESTAÇÃO

DRA. MYLENE MARTINS LAVADO

TOXOPLASMA



- *Toxoplasma gondii* é um PROTOZOÁRIO microscópico do filo APICOMPLEXA, de ciclo de vida facultativamente heterogêneo, tendo os FELÍDEOS como hospedeiros definitivos, enquanto que as outras espécies de MAMÍFEROS e as AVES funcionam como hospedeiros intermediários.
- *Toxoplasma gondii* é a única espécie conhecida do gênero Toxoplasma.

EPIDEMIOLOGIA

○ EUA:

- 15 a 50% das mulheres na fase reprodutiva são imunes
- Incidência de toxoplasmose congênita é de 10 por 10.000 nascidos vivos,

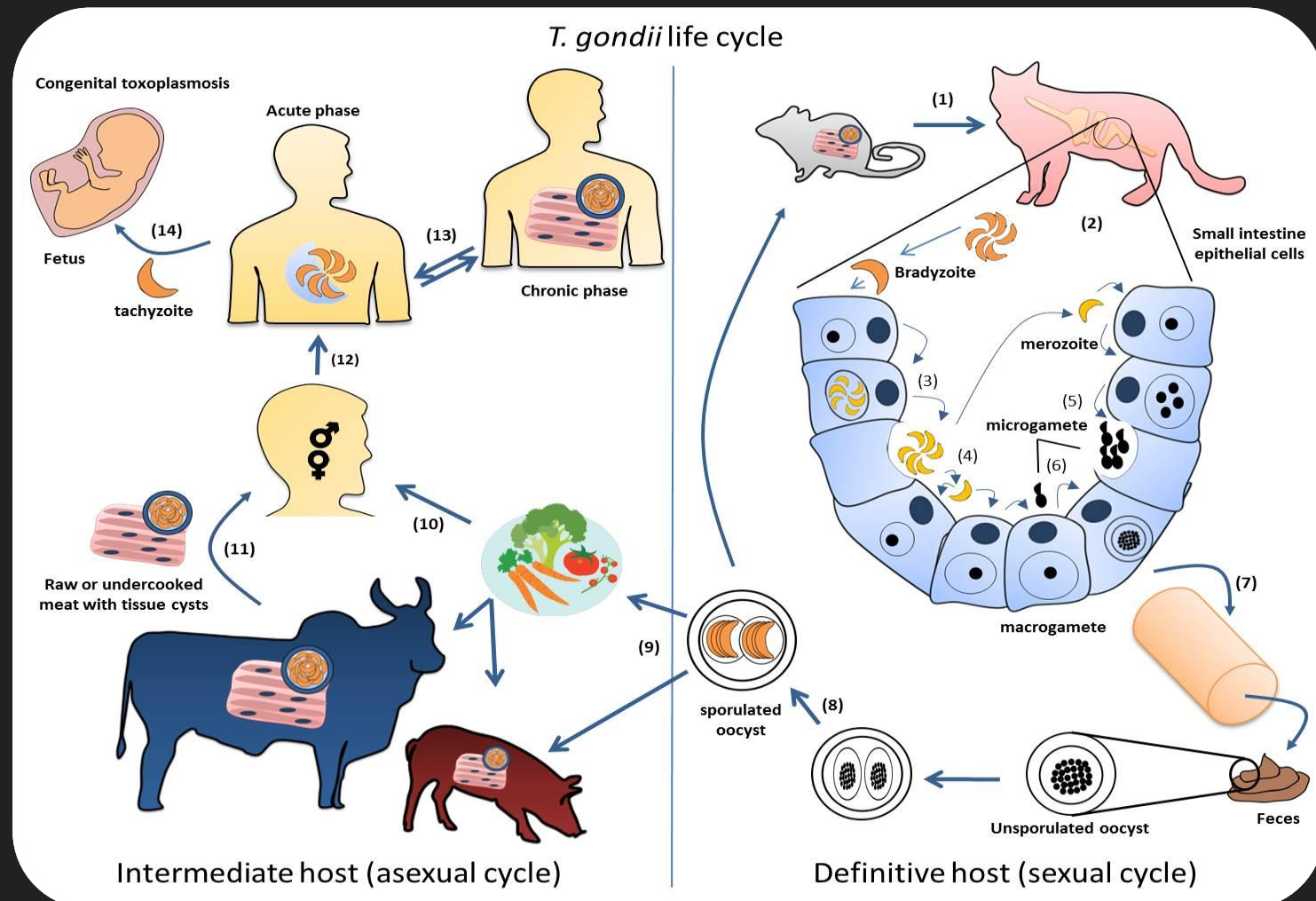
○ BRASIL:

- de 60 a 75% estão infectadas em idade fértil
- Gestação: 14 por 1.000 gestantes, com 60 mil novos casos de TOXO por ano.
- Infecção congênita ocorre em 0,2 a 2 recém-nascidos vivos / 100 Nascimentos por ano.

○ PORTO ALEGRE – 1.994

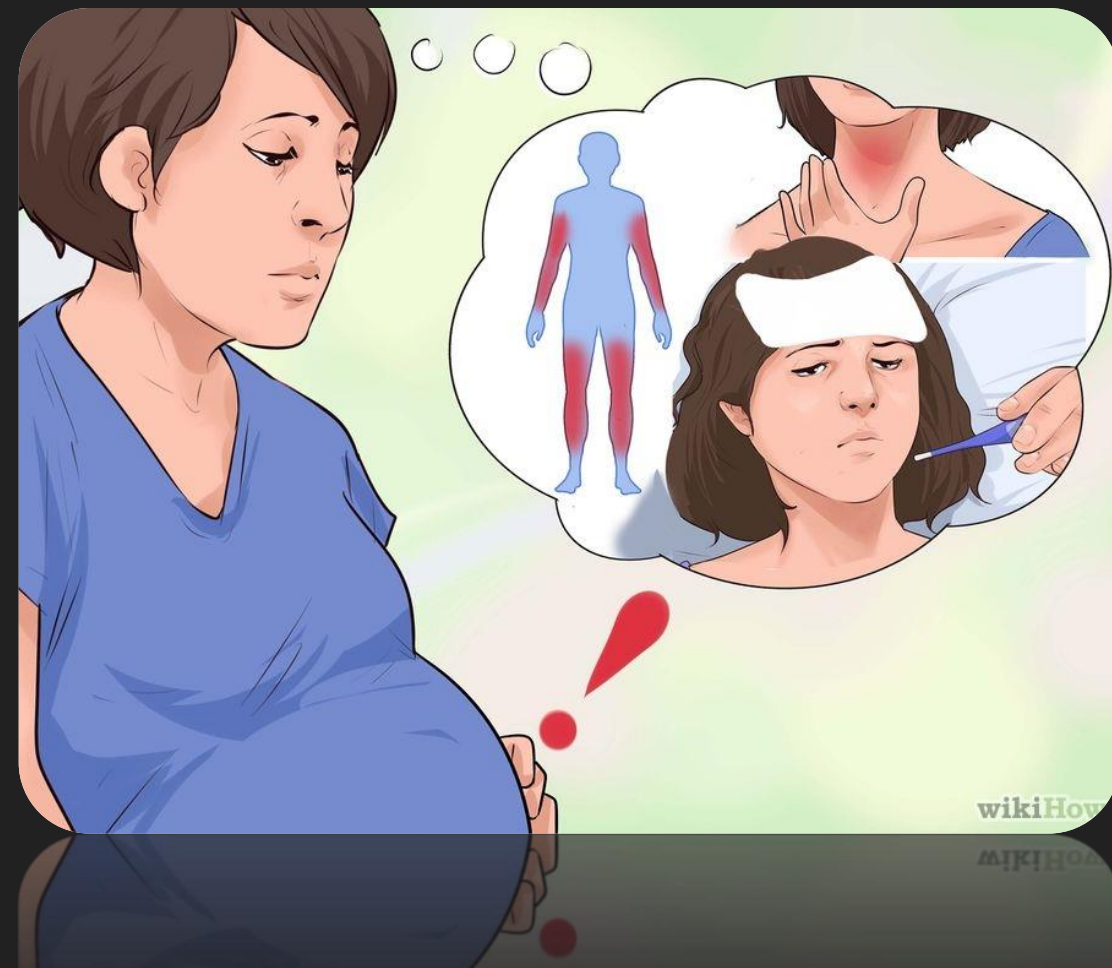
- Prevalência de soropositividade para IgG foi de 54,3% nas gestantes analisadas.

CICLO DO TOXOPLASMA

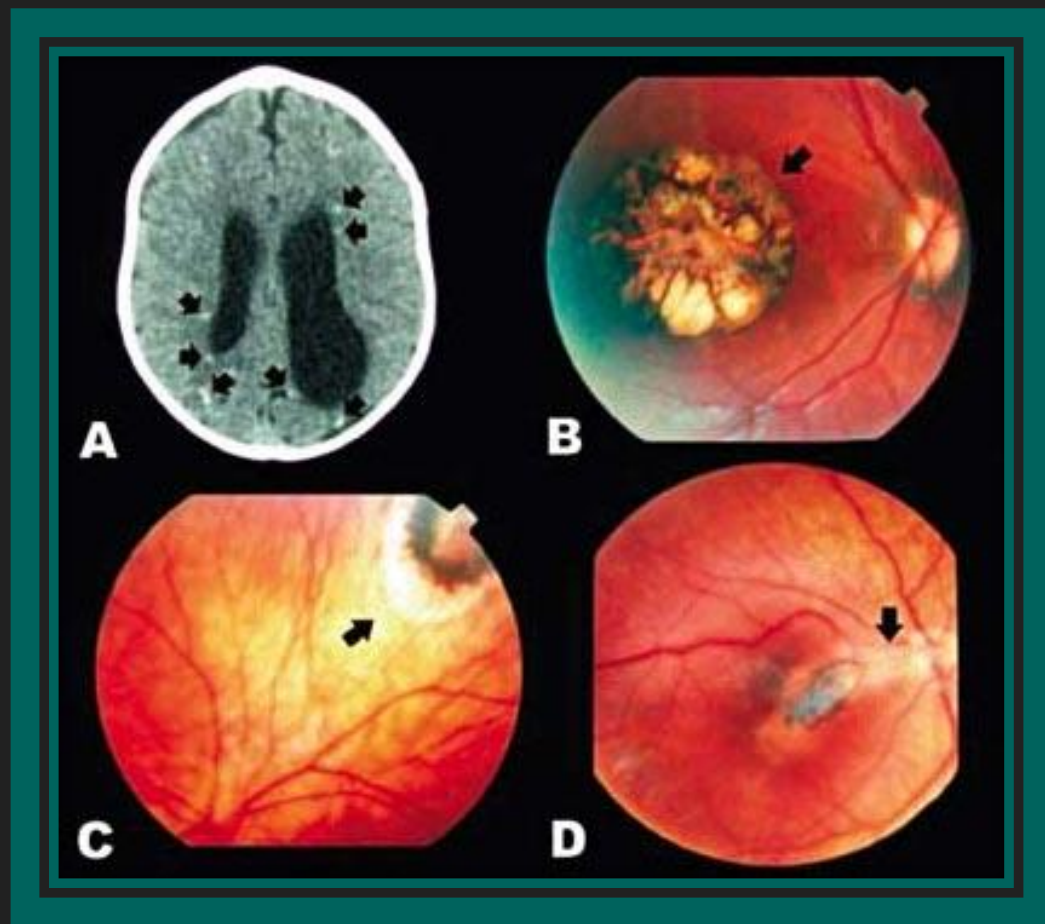


DIAGNÓSTICO

- SINTOMAS INESPECÍFICOS
- GRANDE MAIORIA ASSINTOMÁTICO
- SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE
 - IgM E IgG
 - PCR

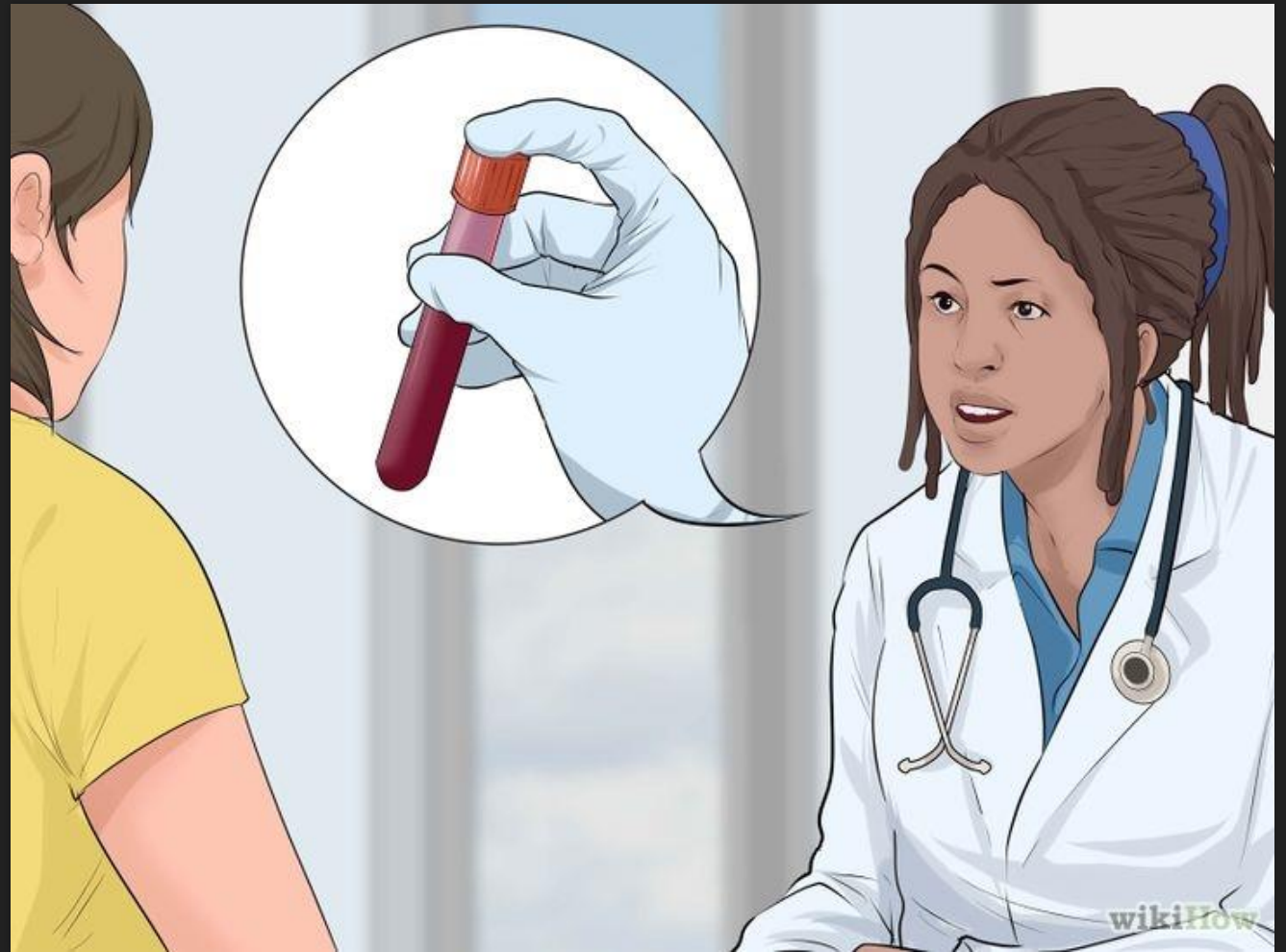


POR QUE É TÃO IMPORTANTE?



TESTAGEM NA GRAVIDEZ

- POR QUE?
- PARA QUE SERVE?



POSSIBILIDADES DE RESULTADO



- IgG NEGATIVO / IgM NEGATIVO
 - MEDIDAS PREVENTIVAS
- IgG POSITIVO / IgM NEGATIVO
 - IMUNE
- IgG POSITIVO / IgM POSITIVO
 - AVIDEZ E INICIAR ESPIRAMICINA
- IgG NEGATIVO / IgM POSITIVO
 - PCR E AVIDEZ E INICIAR ESPIRAMICINA
- IgG OU IgM INCONCLUSIVOS
 - REPETIR SOROLOGIA OU FAZER PCR E/OU AVIDEZ

CONDUTA NA GESTAÇÃO NO CASO DE INFECÇÃO AGUDA



- ESPIRAMICINA 1G 8/8 HORAS
 - ANTES DA 30ª SEMANA
 - PESQUISA FETAL
- SE MAIOR 30 SEMANAS OU FETO +
 - Pirimetamina, 25mg de 12 / 12 horas por via oral;
 - sulfadiazina, 1.500mg de 12 / 12 horas por via oral; e ácido fólico, 10mg/dia, este imprescindível para prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

	Gestante com suspeita de toxoplasmose	Criança com toxoplasmose congênita
Classificação	Definição	Definição
Comprovada	Soroconversão ou detecção de DNA do <i>T. gondii</i> em líquido amniótico ou infecção congênita confirmada na criança	IgM anti- <i>T. gondii</i> reagente antes dos 6 meses de vida
Provável	IgM (e/ou IgA) reagente e baixo índice de avidéz de IgG ou aumento dos títulos de IgG e IgM ou IgM reagente e história clínica de toxoplasmose aguda ou altos títulos de IgG na segunda metade da gestação com IgM reagente (e/ou IgA)	Persistência de positividade de IgG anti- <i>T. gondii</i> após 12 meses de vida
Possível	IgM reagente e índice de avidéz alto (após 12 semanas de idade gestacional) ou índice de avidéz indeterminado ou uma única amostra de IgM reagente sem realização do teste de avidéz ou altos títulos de IgG na primeira metade da gestação com IgM reagente	Elevação dos títulos de IgG anti- <i>T. gondii</i> em amostras seriadas, durante os primeiros meses de vida
Improvável	IgM reagente ou não reagente com teste de avidéz forte coletado antes de 12 semanas de idade gestacional ou títulos de IgG estáveis e baixos	Sinais e/ou sintomas sugestivos de toxoplasmose congênita, filhas de mães com IgG anti- <i>T. gondii</i> reagente, após exclusão de outras possíveis etiologias (sífilis, citomegalovirose, rubéola)
Infecção ausente	IgG e IgM não reagente, IgM reagente sem aparecimento de IgG e IgG reagente prévio à gestação	Mães que apresentaram reação em cadeia de polimerase (PCR) positiva para toxoplasmose no líquido amniótico
		PCR positiva para toxoplasmose em sangue periférico coletado nos primeiros 6 meses de vida

Fonte: Remington e cols.,⁹ Brasil,¹⁷ Lebech e cols.¹⁸

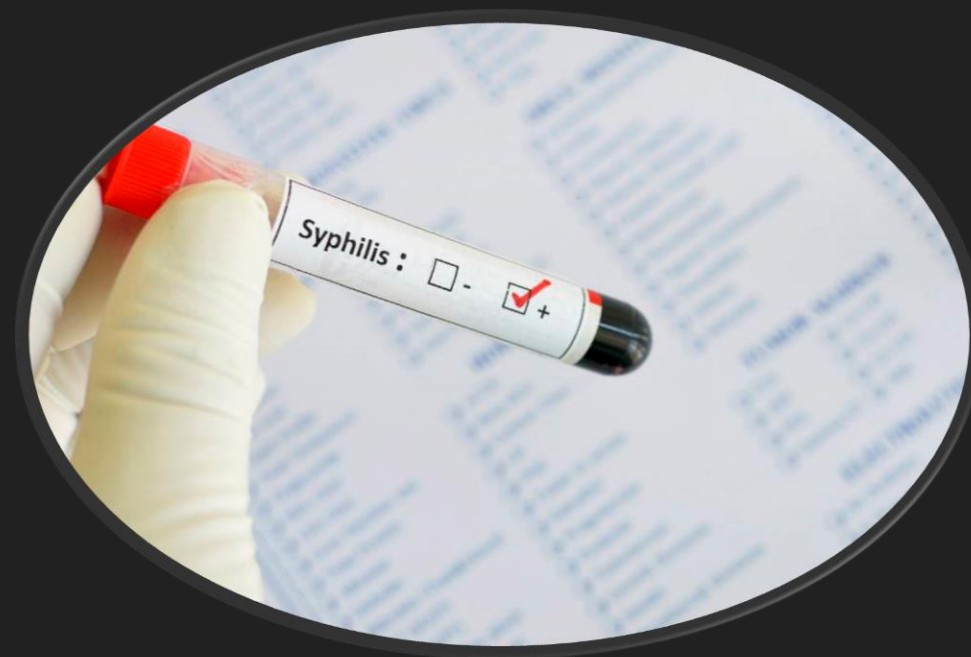
Figura 1 – Definição dos critérios diagnósticos para toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita no município de Londrina, Paraná, agosto de 2013 a agosto de 2014

SÍFILIS

A VELHA DST VIROU EPIDEMIA

POR QUE FALAR DE SÍFILIS HOJE?

- DST DISCRETA E TRAIÇOEIRA
- EPIDEMIA NACIONAL
 - OUTUBRO DE 2016 – SITUAÇÃO FUGINDO DO CONTROLE (MSB)



NÚMEROS ALARMANTES!

2010 e 2016
foram notificados
quase
230 mil casos
novos da doença

DE CADA 100.000
NASCIDOS VIVOS
TEMOS 6,5 CASOS
DE SÍFILIS
CONGÊNITA
227 MIL

32%
AUMENTO DE CASOS
EM ADULTOS
2014 A 2015

E QUEM SOU EU?

MEU NOME É

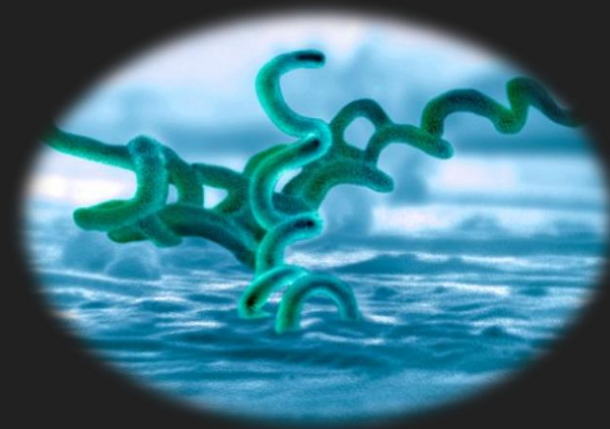
Treponema pallidum

SOU um microrganismo espiralado, fino, que gira em torno do seu maior eixo e que faz movimentos característicos para frente e para trás, os quais facilitam a minha penetração nos tecidos do organismo hospedeiro.

Minha motilidade e habilidade de aderir às células e a quimiotaxia contribuem para minha virulência resultando em capacidade de invasão, rápida fixação em superfícies celulares e penetração nas junções endoteliais e nos tecidos.

Não tenho resistência ao meio ambiente e resseco-me rapidamente. Mas posso sobreviver por até 10 horas em superfícies úmidas; no entanto, sou muito sensível à ação do sabão e de outros desinfetantes.

Possuo dimensões de largura e comprimento abaixo da resolução de microscopia de campo claro. (JENKIN, 1982; HORVÁTH, 2011).



MAS, DAONDE É MESMO QUE EU VENHO?



A NOSSA HISTÓRIA

- COMEÇA COM UM MACHUCADO
 - (MAIS VISÍVEL NOS HOMENS)
- E DE REPENTE... BAM! DESAPARECE!
 - PARABÉNS! MEU SISTEMA IMUNOLÓGICO É MESMO INCRÍVEL, NÉ?

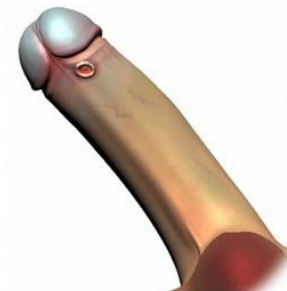
EU E MEU HOSPEDEIRO
COMO CONVIVEMOS?



Primary syphilis -ulcer



PENIS

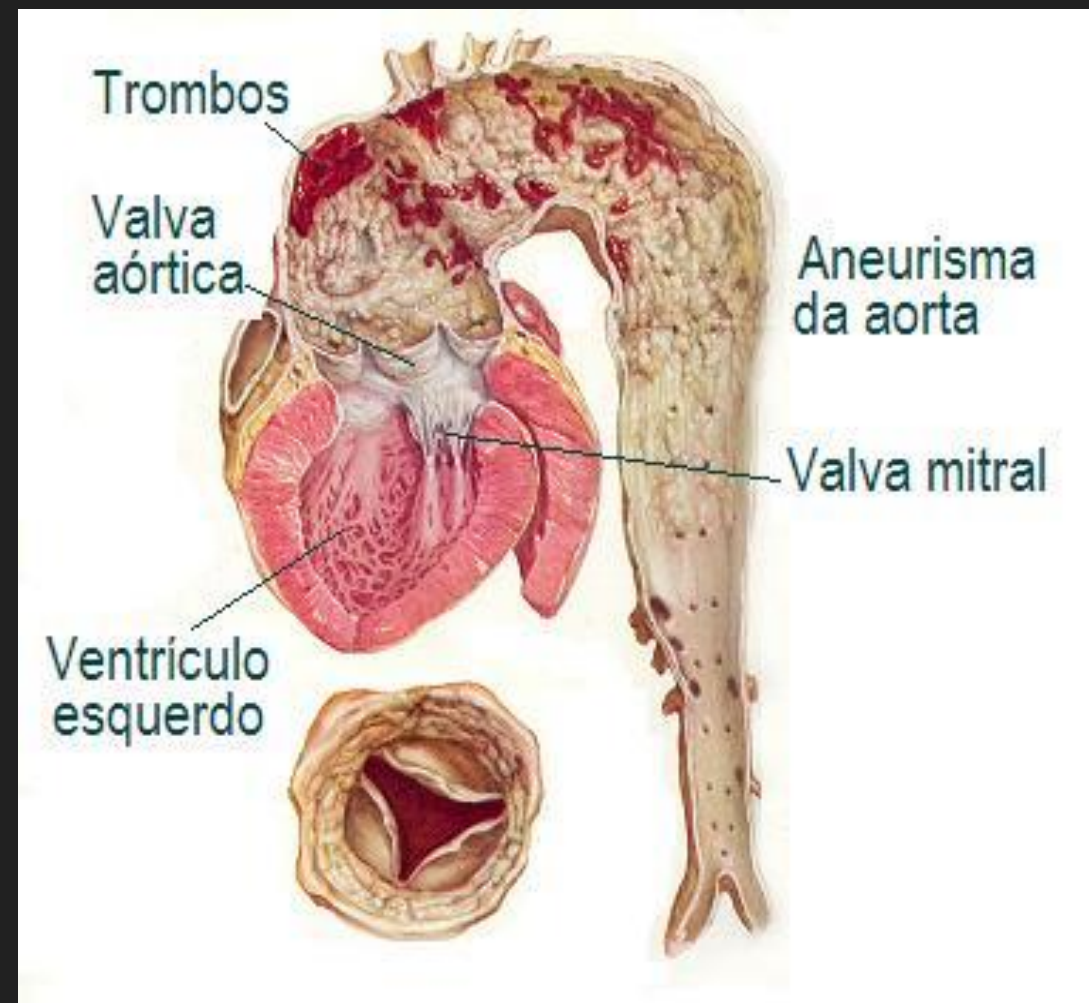


VAGINA



E A HISTÓRIA CONTINUA...

- NOSSA! ESTOU COM LESÕES ESQUISITAS NO CORPO
 - SECUNDÁRIA
- MAS MAIS UMA VEZ O MEU SISTEMA IMUNE CUIDOU DE TUDO!
 - LATENTE
- DEFORMIDADES...
 - TERCIÁRIA



É TÃO DIFÍCIL ASSIM ME MATAR?



ENTÃO, POR QUE A EPIDEMIA?

- DIAGNÓSTICO
 - DIFICULDADE EM OBTER DIAGNÓSTICO
 - DOENÇA ASSINTOMÁTICA POR MUITOS ANOS
 - PRÉ CONCEITO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO
 - REMETE A INFIDELIDADE DO PORTADOR DO DIAGNÓSTICO
 - DIFICULDADE NO CONTROLE ASSÍDUO DO TRATAMENTO



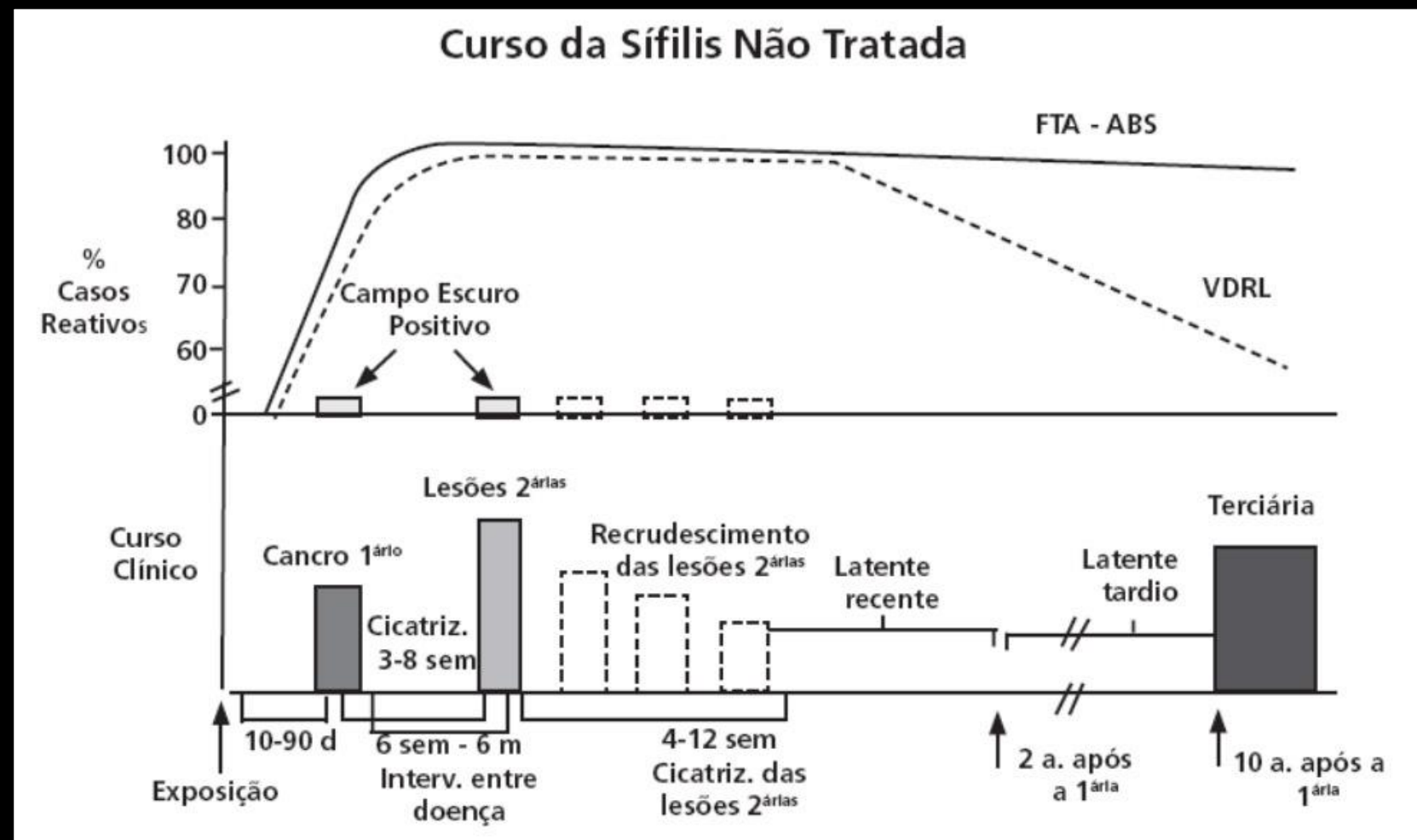
DIAGNÓSTICO

DAR IMPORTÂNCIA AO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Lesão ulcerada (cancro) não dolorosa (ou pouco dolorosa), em geral única, com a base endurecida, lisa, brilhante, com presença de secreção serosa (líquida, transparente) escassa. É frequente também a adenopatia inguinal que, em geral passa despercebida.



Desempenho dos Testes Laboratoriais associados a cada fase da Sífilis não tratada



DIAGNÓSTICO

- EXAMES DIRETOS
 - EXAME EM CAMPO ESCURO
 - PESQUISA DIRETA COM MATERIAL CORADO
- TESTES IMUNOLÓGICOS
 - TREPONÊMICOS
 - NÃO TREPONÊMICOS



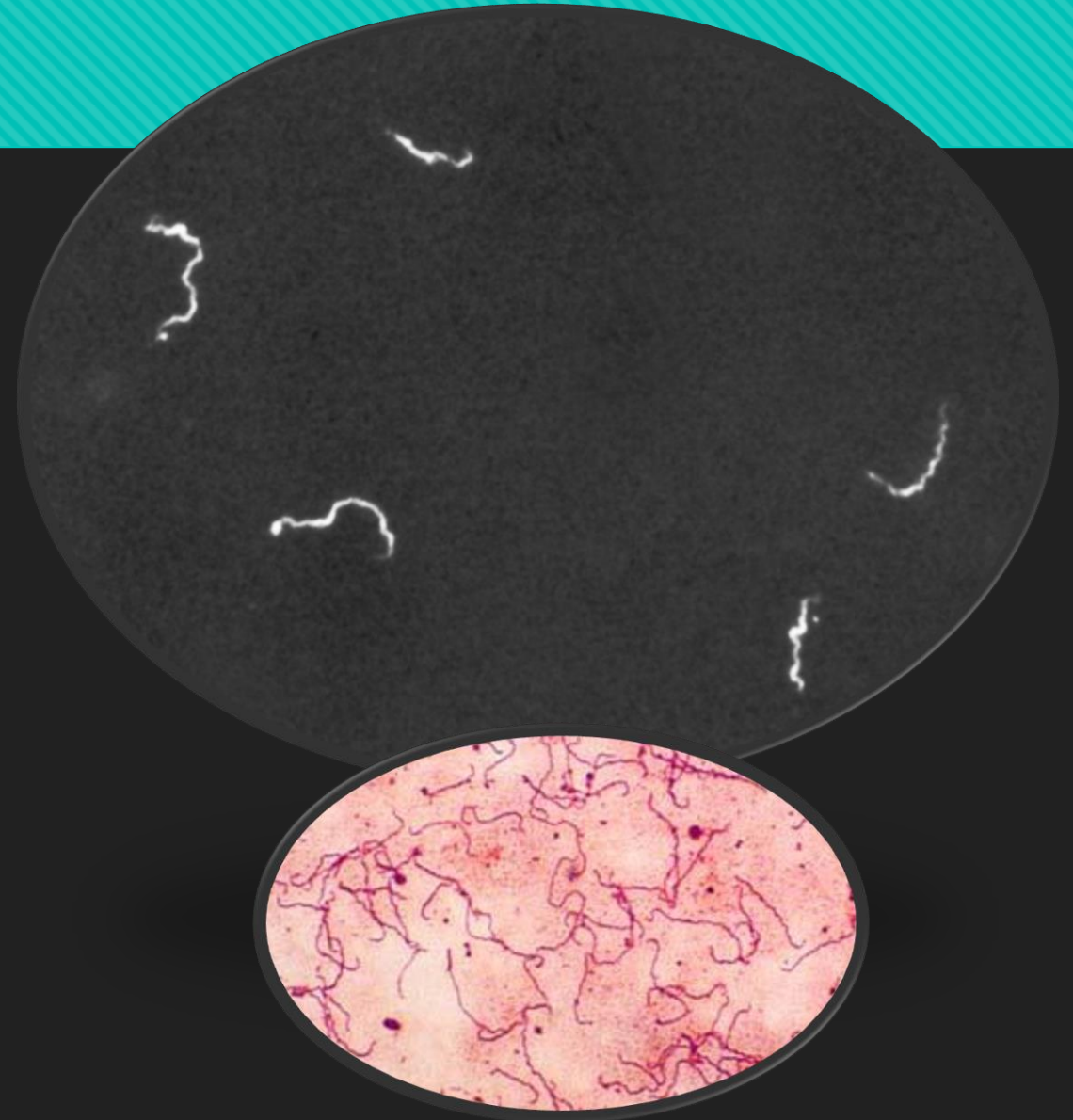
EXAMES DIRETOS

EXAME DE CAMPO ESCURO

- SENSIBILIDADE DE 74% A 86%
- ESPECIFICIDADE DE 97%

PESQUISA DIRETA DO MATERIAL CORADO

- SENSIBILIDADE INFERIOR
 - Nitrato de Prata, Nanquim, Giemsa



EXAMES IMUNOLÓGICOS

TESTES TREPONÊMICOS

- 10 DIAS PARA SEU SURGIMENTO
- UTILIZAM ANTÍGENO TREPONÊMICO RECOMBINANTE COM IgM E IgG
- FALSO POSITIVO DE 1%

○ FTA-Abs

- Boa especificidade
- Microscopia de Fluorescência
- Primeiro teste sorológico a positivar

○ ELISA

- Antígenos totais
- Mais possibilidade de falso positivo.

EXAMES IMUNOLÓGICOS

TESTES TREPONÊMICOS

- FTA-Abs
- ELISA
- TPHA- Ensaio de hemaglutinação
- MHA-TP – Ensaio de microhemaglutinação
- TPPA – Ensaio de aglutinação passiva de partículas
 - Anticorpos presentes no soro ligam-se aos anticorpos da superfície das hemácias, aglutinando-se

EXAMES IMUNOLÓGICOS

TESTES RÁPIDOS TREPONÊMICOS

○ IMUNOCROMATOLOGRAFIA DE FLUXO LATERAL

- CONTROLE
- SENSIBILIDADE 94,5%
- ESPECIFICIDADE 93%



SVS
Secretaria de
Vigilância em
Saúde



INTERPRETAÇÃO	VISUALIZAÇÃO
RESULTADO NÃO REAGENTE/ NEGATIVO	
RESULTADO REAGENTE/ POSITIVO	
RESULTADO INVÁLIDO	
RESULTADO INVÁLIDO	

EXAMES IMUNOLÓGICOS

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
 - Único utilizado para líquido
- RPR (Rapid Test Reagin)
- TRUST – (Toluidine Red Unheated Serum Test)
 - Visam aumentar a estabilidade da suspensão antigênica, possibilitar a utilização de plasma e a leitura a olho nu.
- USR- (Unheated Serum Reagin)

EXAMES IMUNOLÓGICOS

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

- Ligam-se a cardiolipinas
 - Falso positivos
- Risco de Falso Negativo
 - Sífilis secundária – FENÔMENO PROZONA
 - Necessidade de Teste em amostras diluídas 1:8
- Todos os testes tem Especificidade e Sensibilidade semelhantes

PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA	LATENTE	TERCIÁRIA	ESPECIFICIDADE
78-86%	100%	95%	71-73%	97-99%

Desempenho dos Testes Laboratoriais associados a cada fase da Sífilis não tratada

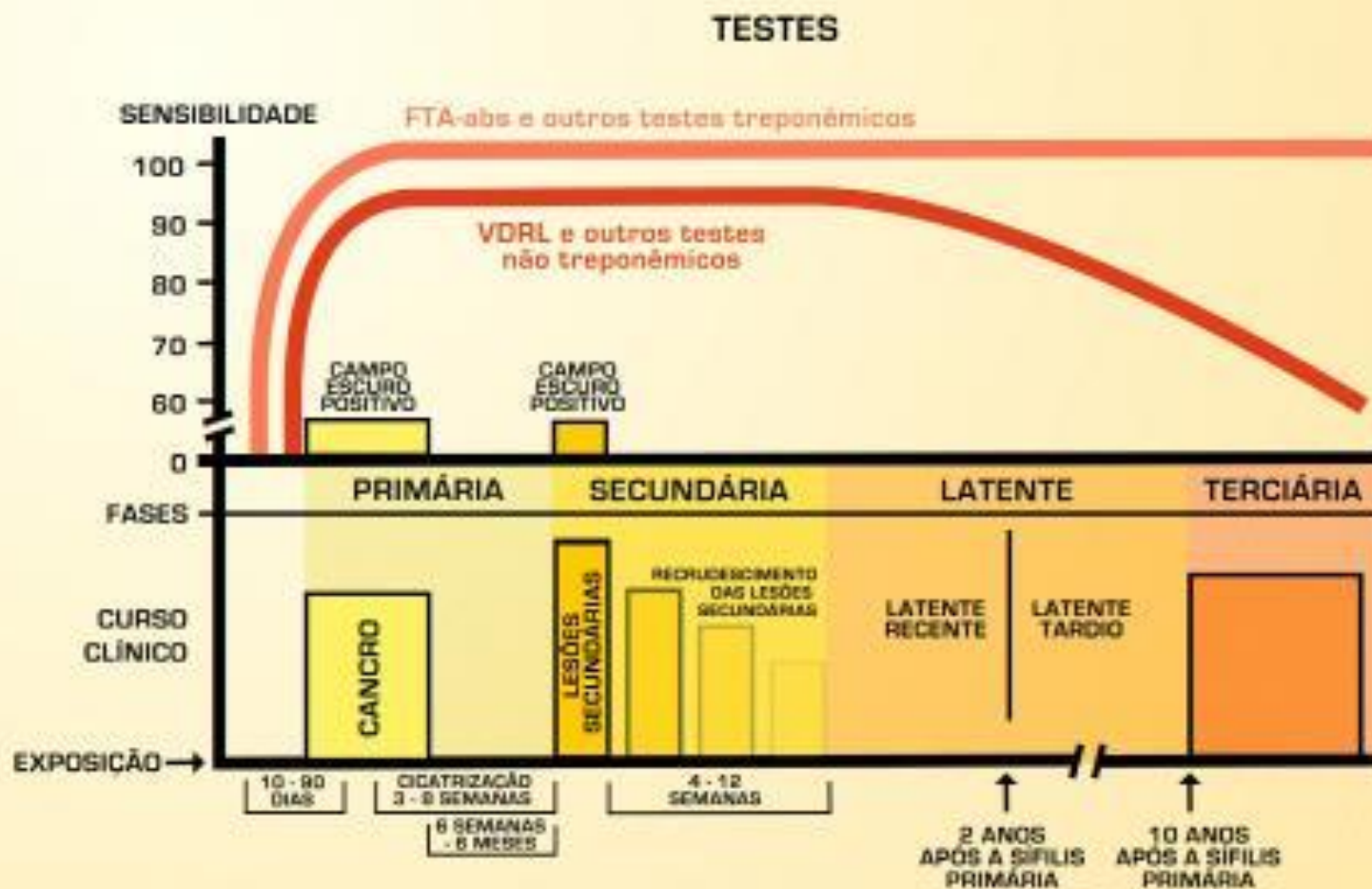
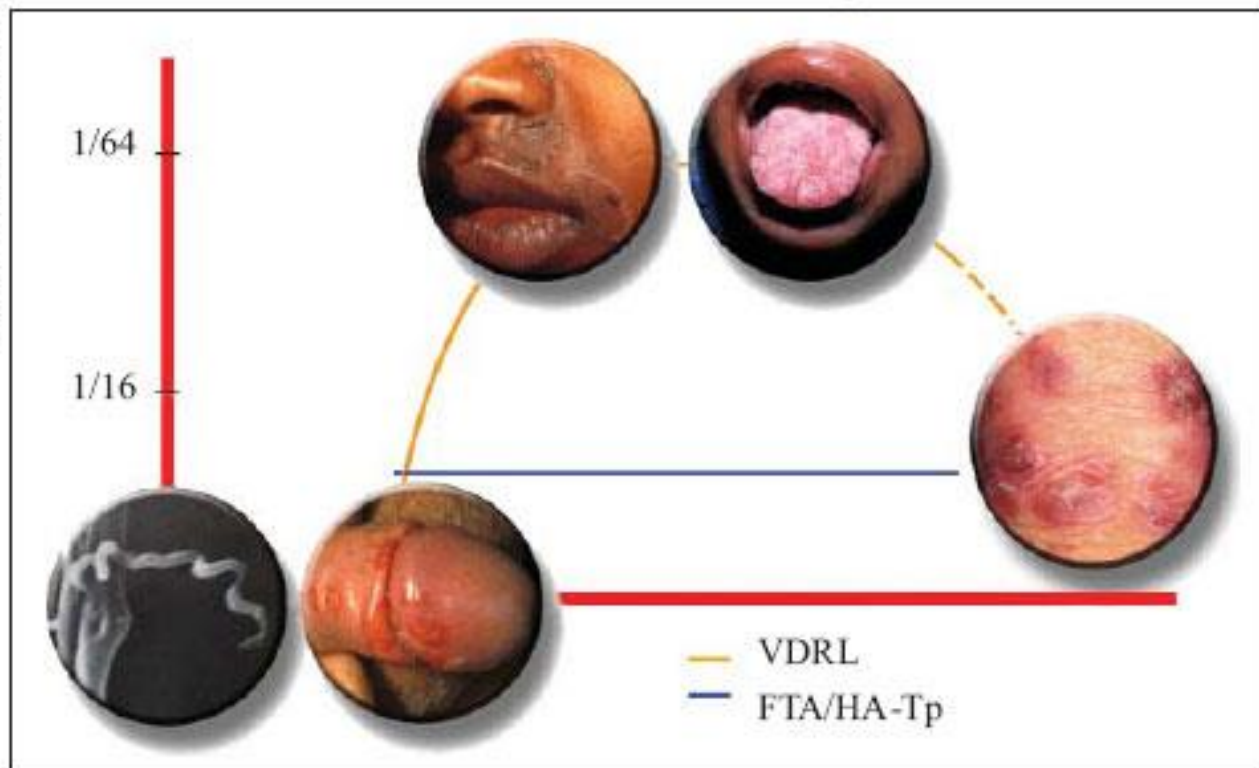


GRÁFICO 1: História natural da sorologia da sífilis



QUADRO 2: Recursos diagnósticos nas diferentes fases da sífilis

PRIMÁRIA SORONEGATIVA

- pesquisa de Tp em campo escuro
- PCR do esfregaço do cancro duro

PRIMÁRIA SOROPOSITIVA/SECUNDÁRIA

- VDRL mais HA-Tp ou FTA-abs

LATENTE

- VDRL mais HA-Tp ou FTA-abs
- LCR (líquor)

TARDIA

- VDRL mais HA-Tp ou FTA-abs
- + histopatologia
- + PCR tecido
- + LCR

DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM GESTANTE E DA SÍFILIS CONGÊNITA

- PRÉ-NATAL

- 2 TESTES OBRIGATÓRIOS

- PARTO E ABORTO

- TESTAGEM OBRIGATÓRIO NO HOSPITAL

- SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE OU TARDIA

- MENOS DE 18 MESES = COMPARAR COM TÍTULOS MATERNOS
 - REPETIR TÍTULO SE MENOR OU IGUAL DA MÃE
 - MAIOR DE 18 MESES = CONFIRMA A INFECÇÃO

TRATAMENTO



Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Série* Dose Total: 2.400.000 UI IM	Dose única
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 Séries Dose Total: 4.800.000	1 semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Séries Dose Total: 7.200.000 UI IM	1 semana
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia	4/4h diariamente por 10 dias

OBRIGADA

