



Guías de Diagnósticos





TOXOPLASMOSE

Agente – *Toxoplasma gondii* (protozoário)
CID 10 – B58 (ocular) e B58.2 (Neurológica)



Contágio

Contato com fezes de gato, alimentos de comida crua (inclui peixe cru, ostras, entre outros) ou mal cozidos.

Tipos

Infecção primária

Reativação de doença latente (mais comum)



Sintomas clínicos

- Doença exclusivamente ocular tende a ser mais frequente em imunocompetentes. Segunda principal causa em HIV (perde para CMV)
- Principal doença neurológica relacionada ao HIV. Pode apresentar qualquer queixa neurológica dependendo da localização das lesões, mas há uma predileção pelos núcleos da base, levando a comprometimento motor (simulando AVC). Em sintomas mais grave pode levar a sinais de hipertensão intracraniana (alteração visual, comportamental, rebaixamento de nível de consciência, mudança de característica da cefaleia e convulsões)
- Sempre que houver algum comprometimento motor de origem central deve-se iniciar tratamento para neurotoxoplasmose até ela ser completamente descartada



Diagnóstico complementar

TAC de crânio sem contraste – geralmente é solicitado de urgência para diagnosticar se há sinais de hipertensão intracraniana (desvio de linha média). Apenas 15 a 20% das tomografias de crânio com contraste são capazes de ver as lesões com halo (sinal do anel)

RNM de crânio com contraste – Exame de imagem padrão ouro. Pode diagnosticar lesões pequenas principalmente em núcleos da base com sinal do anel e serve como melhor exame para excluir diagnóstico diferencial. Lesão única sugere Linfoma de SNC e lesão em substância branca sugere LEMP.

Alterações laboratoriais – o melhor exame para ajudar no diagnóstico é o exame de PCR em LCR para toxoplasma, com sensibilidade de 50% e especificidade de 96-100%.



Tratamento

Profilaxia primária – Realizar quando a contagem de linfócitos CD4 < 100 células/mm³

1ª. Escolha – Sulfametoxazol + Trimetoprim 800/160mg 01 comprimido VO ao dia (pode ser três vezes por semana para melhor tolerabilidade)

2ª. Escolha – Dapsona 50mg 01 comprimido VO ao dia + (Pirimetamina 25mg 02 comprimidos + ácido fólico 15mg 01 comprimido VO por semana)

Ou pode fazer uma dose semanal de Dapsona 200mg + Pirimetamina 75mg + Ácido fólico 25mg.

3ª. Escolha – Atovaquone 750mg 01 comprimido VO 12/12h (junto com as refeições)



Em atividade – tratamento por quatro a seis semanas (em nossa experiência quatro semanas têm sido suficiente)

1ª. Escolha – Dose de ataque de Pirimetamina de 200mg acompanhado do seguinte esquema:

< 60kg - Sulfadiazina 500mg 02 comprimidos 6/6h +

Pirimetamina 25mg 02 comprimidos + ácido fólico 15mg 01 comprimido VO ao dia

> 60kg – Sulfadiazina 500mg 03 comprimidos 6/6h +

Pirimetamina 25mg 03 comprimidos + ácido fólico 15mg 01 comprimido VO ao dia

2ª escolha – Clindamicina 600mg 6/6h + Pirimetamina (a dose de acordo com o peso)

3ª escolha – Sulfametoxazol + Trimetoprim 100/20mg/kg/dia 6/6h (dose máxima de 4 ampolas EV 6/6h)

4ª escolha – Atovaquone 750mg 01 comprimido VO 12/12h + Pirimetamina (a dose de acordo com o peso)



Profilaxia secundária – manter até CD4 > 200 células/mm³
por três meses

1º Escolha – Sulfadiazina 500mg 01 comprimidos 6/6h (ou 02 de 12/12h) + Pirimetamina 25mg 01 comprimidos + ácido folínico 15mg 01 comprimido VO ao dia

2º Escolha – Clindamicina 300mg 02 comprimidos 8/8h + Pirimetamina 25mg 01 comprimido VO ao dia

3º Escolha - Sulfametoxazol + Trimetoprim 800/160mg 01 comprimido VO ao dia

4º Escolha - Atovaquone 750mg 01 comprimido VO 12/12h (junto com as refeições)



Corticoterapia – Realizar quando houver sinais clínicos ou radiológicos de hipertensão intracraniana (cefaleia, rebaixamento do nível de consciência, convulsões ou alteração visual/comportamental)

Dose de ataque – Dexametasona 10mg EV 6/6h no primeiro dia

Dexametasona 2,5mg EV 6/6g durante duas semanas

Desmame com Prednisona por mais duas semanas, baixando a dose a cada cinco dias

Anticonvulsivantes – apenas realizar caso haja crise. Não devem ser usados profilaticamente e na maioria das vezes só são realizados durante o tratamento da doença em atividade.

TARV – Iniciar após duas a três semanas de tratamento.



Informações importantes

- Causa mais comum de doença neurológica oportunista em pacientes com HIV
- Pode haver comprometimento visceral em casos raros com CD4 bastante baixos
- Em caso de não resposta ao tratamento deve realizar biópsia estereotáxica guiada por SPECT para confirmar/excluir patologia
- Critério de cura é baseado em resposta clínica e por imagem
- O paciente não precisa deixar de ter gatos, contanto que não os deixe frequentar locais expostos nem adote animais de rua



Bibliografia

Luft BJ, Hafner R, Korzun AH, et al. Toxoplasmic encephalitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Members of the ACTG 077p/ANRS 009 Study Team. N Engl J Med. Sep 30 1993;329(14):995-1000. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8366923>

Novati R, Castagna A, Morsica G, et al. Polymerase chain reaction for *Toxoplasma gondii* DNA in the cerebrospinal fluid of AIDS patients with focal brain lesions. AIDS. Dec 1994;8(12):1691-1694. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7888118>.

Cinque P, Scarpellini P, Vago L, Linde A, Lazzarin A. Diagnosis of central nervous system complications in HIV infected patients: cerebrospinal fluid analysis by the polymerase chain reaction. AIDS. Jan 1997;11(1):1-17. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9110070>.

Mesquita RT, Ziegler AP, Hiramoto RM, Vidal JE, Pereira-Chioccola VL. Real-time quantitative PCR in cerebral toxoplasmosis diagnosis of Brazilian human immunodeficiency virus-infected patients. Journal of medical microbiology. Jun 2010;59(Pt 6):641-647. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150319>.

Jones JL, Dargelas V, Roberts J, Press C, Remington JS, Montoya JG. Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in the United States. Clin Infect Dis. Sep 15 2009;49(6):878-884. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19663709>.

Zolopa A, Andersen J, Powderly W, et al. Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial. PLoS One. 2009;4(5):e5575. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19440326>



Av. Portugal, 163 - Paissandu, Recife-PE

+55 (81) 3416.1090 | +55 (81) 3221.3468 | +55 (81) 97327.2237

