

Introdução

A toxoplasmose é uma zoonose prevalente no mundo, acomete pessoas híidas e imunodeprimidas. As manifestações clínicas são distintas desde a linfonodal, a mais frequente, ocular (coriorretinite), encefálica, pneumônica e tifoídea. Nas gestantes pode ocorrer transmissão para o feto provocando mal formações fetais, óbito do feto e parto prematuro. Portanto, além dos métodos imunodiagnósticos os moleculares também podem ser ferramentas importantes no diagnóstico dessa doença.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino de 18 anos de idade, etnia branca, solteira, balconista, natural e procedente de Santo André, São Paulo. Atendida no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) em fevereiro de 2009, encaminhada de Unidade Básica de Saúde por persistência dos títulos sorológicos.

A toxoplasmose, forma linfonodal, foi diagnosticada em 2006 quando apresentou aumento ganglionar na cadeia cervical esquerda, sem febre. Nessa ocasião foi realizada sorologia para toxoplasmose (IF) com título de IgM 1:1024 e IgG 1:2048 e iniciado tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico por seis meses. Em novembro de 2008 persistia com títulos sorológicos (ELISA) IgM 1,63 e IgG > 250. A pesquisa de fator reumatóide, sorologia para Doença de Chagas e o anti-HIV eram não reagentes.

No atendimento no IIER, encontrava-se assintomática e com linfonodos residuais na cadeia cervical esquerda.

Exames	2009	2010	2011	2012	2013
IgM (IF)*	Negativa	Negativa	Negativa		Negativa
IgG (IF)*	0,21944	0,21944	0,75278		Positiva
IgM(EQ)***	16,5		0,9	2,41	
IgG(EQ)***	243		>650	>650	
Avidez IgG		63%	90%		70%
PCR	Positiva	Positiva	Negativa	Negativa	
Linf T CD4 ⁺	697	1098		699	
Linf T CD8 ⁺	430	708		414	
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	1,62	1,55		1,69	

IF* Imunofluorescência Indireta

EQ*** Eletroquimioluminescência IgM não reagente < 0,8 UA/mL, inconclusivo ≥ 0,8 UA/mL a < 1,0 UA/mL e reagente ≥ 1,0 UA/mL. IgG não reagente < 1,0 UA/mL, inconclusivo ≥ 1,0 a < 3,0 UA/mL e reagente ≥ 3,0 UA/mL.

PCR Amplificação de molécula de DNA de *Toxoplasma gondii*

Avidez IgG até 15% baixa avidéz (sugestivo de infecção primária), de 15% a 30% faixa cinza (sugestivo de infecção nos últimos 6 meses) e acima de 30% alta avidéz (exclui a infecção primária dentro dos últimos 3 meses)

Linfócitos T CD4⁺ e CD8⁺ células /mL

Durante os dois primeiros anos de acompanhamento no IIER a PCR para toxoplasmose no sangue manteve-se positiva em quatro determinações negativando somente no terceiro ano. Durante o tempo em que a PCR para toxoplasmose foi positiva a paciente foi orientada a não engravidar e a realizar avaliações periódicas com médico oftalmologista. Esses resultados sugerem que a infecção ativa pode persistir por muito tempo em alguns pacientes, mesmo que os anticorpos da classe IgG já tenham alta avidéz. O conhecimento da cinética da infecção, a implicação clínica e os resultados fornecidos por diferentes ferramentas diagnósticas podem cooperar para o entendimento da evolução desta infecção.

APOIO



CENTRO DE ESTUDOS "EMÍLIO RIBAS"

