

RUBÉOLA

Não é propósito deste artigo, discutir sobre aspectos clínicos da doença, mas é interessante destacar que 1/3 a 2/3 dos casos são subclínicos.

TRANSMISSÃO PÓS-NATAL

- Pode ocorrer durante o ano todo, mas principalmente no inverno e primavera.
- O ser humano é o único hospedeiro do vírus. Após 7 a 9 dias o vírus é liberado na circulação atingindo múltiplos tecidos, inclusive a placenta.
- A infecção é contagiosa durante o período prodrômico até cerca de sete dias após o exantema.

TRANSMISSÃO PRÉ-NATAL

- Transmissão materno-fetal pode ocorrer durante todo o período de gestação, sendo mais intensa no início da gravidez (nos 3 primeiros meses, onde os efeitos teratogênicos são mais intensos), ocasionando a Síndrome da Rubéola congênita (SRC). O risco de SRC é maior quando a infecção ocorre no início da gestação:
 - 85 % nas primeiras 8 semanas de gestação;
 - 20 % na vigésima semana. Após 20 semanas o risco é baixo;
- Crianças congenitamente infectadas, podem excretar o vírus nas secreções respiratórias e na urina por meses ou anos sendo, portanto, há risco de contágio durante todo este período.

ASPECTOS IMPORTANTES QUANTO VACINAÇÃO E POSTERIOR EXPOSIÇÃO AO VÍRUS E REINFECÇÃO

- O vírus utilizado na vacina possui capacidade de atravessar a placenta e infectar o feto, muito embora desprovido de capacidade teratogênica.
- Vacinação é contraindicada na gestação, recomendando-se que a gravidez seja evitada nos três primeiros meses subsequentes à vacinação.
- Vacinação inadvertida de gestantes não é motivo para interrupção da gestação, por não haver risco comprovado de embriopatia fetal.
- A resposta imunológica à vacina anti-rubéola é bastante semelhante à da infecção natural, porém os títulos de IgG e IgM são geralmente mais baixos. Anticorpos da classe IgM são detectados na maioria dos vacinados após 2 a 3 semanas, seguida de gradual declínio, persistindo por 2 a 3 meses em cerca de 1/3 dos indivíduos.

Cabe lembrar a recente campanha de vacinação nacional contra a Rubéola e o achado provável de anticorpos IgG e IgM nos pré-natais.

- Indivíduos que apresentem títulos de IgG inferiores a 10 UI/mL tornam-se potencialmente suscetíveis a reinfecção. A reinfecção pode ocorrer. Muito embora raramente em indivíduos que tiveram rubéola naturalmente, como em vacinados, e é na maioria das vezes assintomática.

• Na reinfecção de gestantes com história anterior de rubéola, o risco de transmissão ao feto é praticamente zero. Casos raros de SRC podem ocorrer em gestantes vacinadas.

• 10 % de indivíduos vacinados podem ser reinfecados quando expostos a surtos de rubéola.

RESPOSTA IMUNE A INFEÇÃO

Infecção primária:

- Após a presença do exantema maculopapular (2 a 3 dias de duração), os anticorpos tornam-se detectáveis;
- Trombocitopenias são relativamente comuns, porém raras vezes tem importância clínica;
- Linfocitose com atipia, geralmente presente a partir da primeira semana;
- Anticorpos da classe IgM são os que mais precocemente aparecem (1 a 4 dias da doença até 2 a 6 meses) na metodologia ELISA.
- Anticorpos da classe IgG são altamente eficazes na proteção do indivíduo, aparecem de 3 a 4 dias após o início da doença estarão presentes indefinidamente.

IgG de baixa avidéz

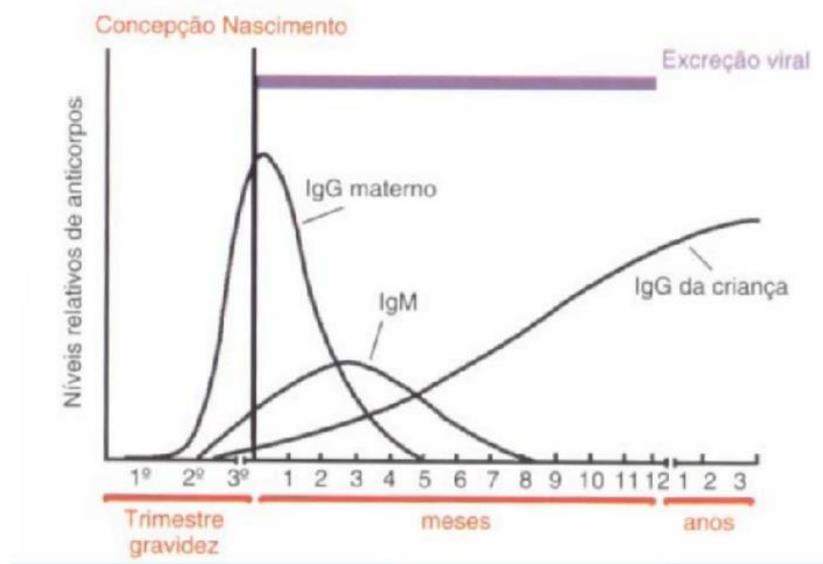
É importante definir-se em que período da gestação, ocorreu exposição ao vírus, principalmente devido à expressiva quantidade de casos assintomáticos, observa-se que anticorpos IgM têm limitações na definição de infecção recente, pois podem estar presentes em reinfecções e permanecer positivos por 2 a 6 meses, sendo que em alguns raros casos por até 1 ano, quando se utiliza técnicas sensíveis (ELISA). Cabe lembrar que reações falso-positivas podem ocorrer em pacientes com mononucleose infecciosa, infecções por parvovírus e coxsakievírus B.

- No início da infecção primária pelo vírus da rubéola, os anticorpos IgG apresentam, como característica, baixa avidéz pelo antígeno. (se ligam "frouxamente" ao antígeno). Esta avidéz aumenta progressivamente em semanas, sendo que em infecções antigas e reinfecções encontramos alta avidéz.

Teste de IgG avidéz para Rubéola: **Interpretação do resultado**

- Baixa avidéz: inferior a 36 % sugere infecção ocorrida até 3 meses.
- Inconclusivo: entre 37 a 60 % não permitem definir o período da infecção.
- Alta avidéz: superior a 60% sugere infecção ocorrida há mais 3 meses
- Em caso de baixa avidéz, sugere-se pesquisa de rubéola por PCR no líquido amniótico. (amniocentese);

Perfil sorológico relativo da rubéola pós-natal



REINFECÇÃO

- Sorologia positiva anterior a reinfecção;
- Importante em gestantes que fizeram a vacina, poderão ocorrer raros casos de SRC;
- IgG positivos com elevação de 4 vezes ou mais vezes no título da segunda dosagem de anticorpos;
- IgM às vezes estão presentes;
- Teste de avides para IgG, demonstrando presença de anticorpos de alta avides;
- Linfocitose com atipia presente;

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA(SRC)

Na rubéola congênita, o padrão de resposta imunológica é peculiar e único. Esta infecção caracteriza-se por:

- prolongada produção de anticorpos IgM;
- lenta maturação da avides dos anticorpos IgG ao antígeno;
- resposta imune e humoral reduzida.

Estes efeitos constituem a expressão imunológica da ação do vírus sobre o organismo ainda em formação e são mais graves quanto mais precoce for a infecção durante a gravidez.

- No primeiro trimestre da gestação o feto é incapaz de montar uma resposta imune adequada;
- No segundo trimestre (término de 7 a 8 semanas de gestação) a resposta imune do feto inicia-se, entretanto a produção de imunoglobulinas só é pronunciada em torno da 22 a 24 semanas de gestação sendo expressiva apenas para os anticorpos IgM;
- A passagem de IgG transplacentário inicia-se no 38º dia, mas a transferência maciça só ocorre nas últimas semanas de gestação, permanecendo por mais de 6 meses após o nascimento.

Esta característica (persistência de IgG por 6 meses até 1 ano) ao invés da negativação que ocorre e, recém-nascidos normais, constitui um dos recursos para o diagnóstico da infecção congênita.

Resumo SRC diagnóstico

- IgM positivo; (no primeiro mês de vida, 20% dos infectados tem IgM negativo);
- IgG materna presente por mais de 6 meses;
- Presença de linfocitose com atipias;
- IgG avidéz no RN não tem utilidade uma vez que podem permanecer com baixa avidéz por até 3 anos.

Imunes e Vacinados

- IgG positivo;
- IgM negativo;
- IgG de alta avidéz presente;
- Em vacinados observa-se, em alguns casos, resposta linfoproliferativa presente (presença de linfócitos atípicos).

Métodos moleculares de diagnóstico laboratorial.

Para o diagnóstico da infecção intra-uterina do feto o viló coriônico e o líquido amniótico devem colhidos. A PCR deve ser interpretada com cautela, pois não possuem a devida padronização para o seu uso na rotina.

Perfil sorológico relativo na rubéola congênita consequente à infecção materna no início da gravidez.

Perfil sorológico relativo na rubéola congênita consequente a infecção materna no início da gravidez.

