

TOXOPLASMOSE

DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DA INFECÇÃO

- Possível pela soroconversão entre 2 amostras (primeiro exame IgG reagente e IgM não reagente, segundo exame IgG e IgM reagentes);
- Pelo aumento em 2 vezes do título de IgG em 2 semanas. A diluição normalmente utilizada em Imunofluorescência indireta é 1/50, 1/250, 1/1 000, 1/3 000, 1/6 000, 1/8 000, 1/12 000, 1/30 000. Portanto 1 paciente com sorologia inicial de 1/50, e 2 semanas após 1/3000 é caracterizado como altamente sugestiva de infecção recente. Fazer teste de avididade IgG.
- Uma reação positiva para IgM deixou de ser considerada marcador de doença aguda, devido a maior sensibilidade dos métodos empregados, uma vez que estes anticorpos, em alguns casos, são detectados por períodos de até 12 meses do início da infecção.
- Anticorpos da classe IgA para toxoplasma é detectado na infecção recente, permanecendo elevada por no mínimo 26 semanas. Esta imunoglobulina não atravessa a placenta e não é excretada pelo leite materno sendo útil no diagnóstico de toxoplasmose no recém-nascido. 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.

INFECÇÃO EM GESTANTES

- Importante definir se a infecção é recente ou tardia.
- O diagnóstico de infecção aguda requer a demonstração do aumento dos títulos de IgG ou soroconversão (presença de IgG e IgM reagentes) em um intervalo de 3 semanas (exames seriados).
- Dosar os anticorpos no início da gestação, para que se tenha a possibilidade de discriminação de uma infecção antiga.

Algumas situações que podem ser encontradas em gestantes:

- **IgG e IgM negativos**- afastam infecção e orientam para prevenção;
- **IgG positivo e IgM negativo** nos 2 primeiros trimestres: usualmente indicam infecção crônica com baixo risco de transmissão ao feto, excetuando-se as gestantes imunodeprimidas;
 - Valores altos de IgG não devem ser interpretados como indicativos de infecção recente;
- **IgG positivo e IgM negativo** no último trimestre: em geral ocorre na infecção crônica, não se pode entretanto, excluir infecção aguda no início da gravidez;
- **IgM positiva**, não significa necessariamente infecção recente, títulos baixos podem persistir por mais de 1 ano. Sugere-se a repetição da sorologia em 3 semanas (aumento dos títulos de IgG), testes para detecção de IgAe o teste de avididade para IgG;
- **Teste de avididade de IgG**: baseia-se no princípio de que no início de uma resposta imunológica os anticorpos presentes apresentam baixa avididade na ligação com o antígeno e à medida que o tempo passa os anticorpos vão apresentando maior avididade;
- **Índices de avididade menores que 30%** - indicam infecção recente (inferior a 3 meses).
- **Índices de avididade maior que 60%** - indicam infecção adquirida há mais de 4 meses e IgM positivo;

- Índices de avides entre 30 e 60 % - não permitem conclusão;

Estudos evidenciaram ser o teste de avides IgG o melhor marcador de infecção aguda em pacientes com IgM positivo.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Diagnóstico pré-natal:

- Baseia-se na ultra-sonografia e amniocentese. Utilizar a técnica pela PCR no líquido amniótico na 18ª semana de gestação tem valor preditivo de 100 % e valor preditivo negativo de 99.7 %.

Diagnóstico pós-natal:

- IgG materna pode ser detectada no recém-nascido;
- Pesquisar IgM e IgA por ELISA ou ELFA. Nos casos positivos, repetir os testes em 10 dias, para afastar a possibilidade de falso positivo por transmissão passiva de IgM na rotura da placenta.
- Um resultado inicial negativo não afasta infecção, pois a produção de anticorpos pode ser tardia. A demonstração de IgA parece ser mais sensível que IgM para infecção em neonatos.

PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

- Realizar um teste IgM ou IgG;
- Um único título elevado de IgM é insuficiente para o diagnóstico;
- Infecção aguda é documentada pelo aumento de duas vezes nos títulos de anticorpos ou pela soroconversão num intervalo de 3 semanas;

PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS

- Estudo inicial incluir IgG;
- Se negativo, deve ser repetido anualmente nestes pacientes, orientando-os quanto à prevenção.
- Pacientes com SIDA, tendem a ter títulos baixos de IgG. A detecção do parasita por PCR pode ser útil.

PACIENTES COM ACOMETIMENTO OCULAR

- Títulos baixos são freqüentes e IgM geralmente não é detectável.
- Tratamento se baseia no exame oftalmológico.
- Útil a pesquisa do *Toxoplasma gondii* no humor aquoso e vítreo por PCR (Biologia molecular).