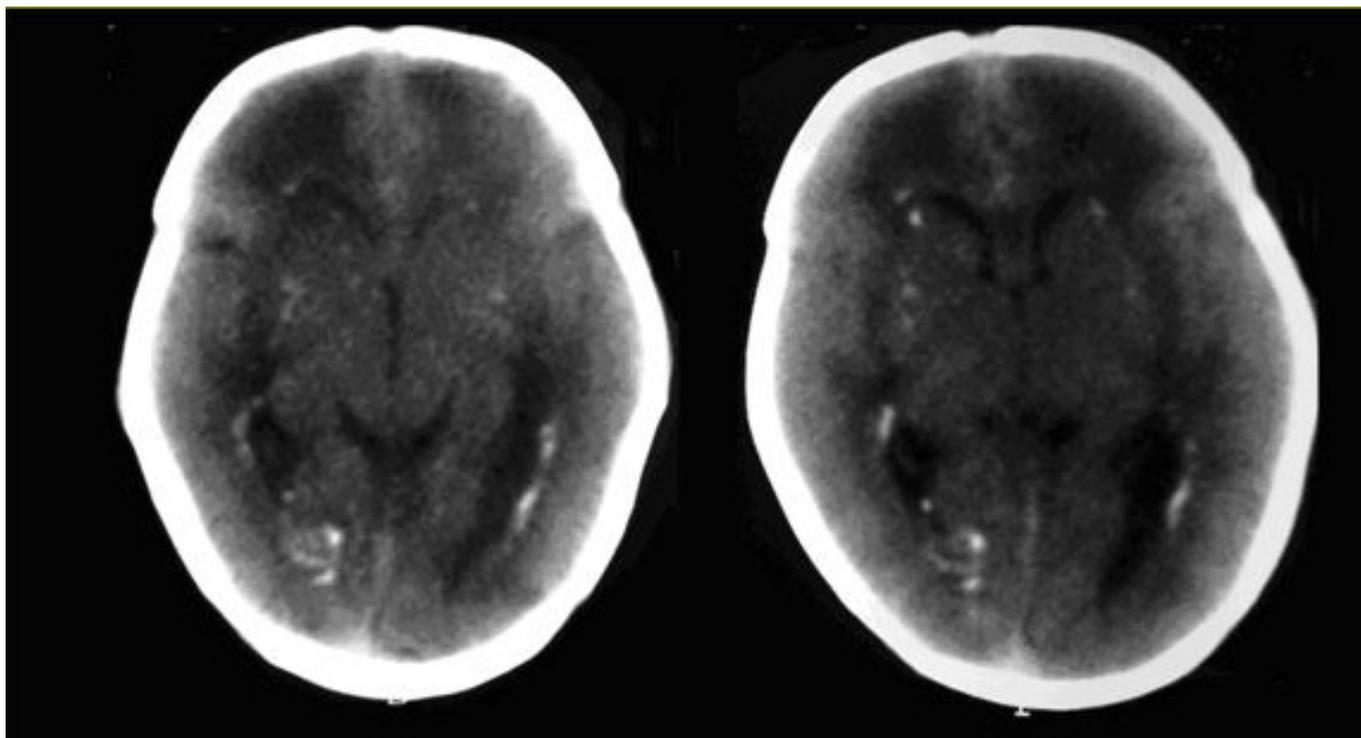


Citomegalovirose congênita

Congenital cytomegalovirus infection

José Ricardo Dias Bertagnon¹, Sarah Rossi¹



Tomografia de crânio com calcificações periventriculares, típicas de citomegalovírus.

Recém-nascido com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias, de parto normal, do sexo feminino, admitido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em dia 11 de Julho de 2009. Pesava 2.030 g; estatura 41,0 cm; perímetro cefálico 31,0 cm; boletim Apgar 8, 9 e 9, no 1º, 5º e 10º minutos, respectivamente. Teve como hipótese diagnóstica na admissão toxoplasmose congênita, devido à história materna (sorologia para toxoplasmose IgG positiva e IgM positiva com avidéz de 85% no primeiro trimestre do pré-natal). A ultrassonografia (US) gestacional morfológica do primeiro trimestre mostrava calcificações intracranianas. O recém-nascido apresentava restrição

de crescimento intrauterino, esplenomegalia, petéquias e plaquetopenia. Introduziu-se tratamento para toxoplasmose com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico. A tomografia de crânio mostrou múltiplos focos de calcificações periventriculares bilaterais e nos núcleos da base. Devido a esses achados, foi pedida sorologia para citomegalovírus na mãe e na criança, cujos resultados foram os seguintes: na puérpera, IgM não reagente, IgG reagente; no recém-nascido, IgM e IgG reagentes. Realizadas pesquisas para células de inclusão citomegálica na urina do recém-nascido e reação em cadeia da polimerase (PCR), com resultados positivos. O recém-nascido recebeu alta hospitalar

¹ Universidade de Santo Amaro – UNISA, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: José Ricardo Dias Bertagnon – Rua Francisco Romeiro Sobrinho, 171 – Chácara Santo Antonio – CEP 04710-180 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: (11) 5181-5330 – E-mail: joserimed@uol.com.br

Data de submissão: 10/3/2011 – Data de aceite: 8/8/2011

sendo encaminhado para ambulatório para receber tratamento com ganciclovir.

As infecções congênicas, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose e herpes, que correspondem ao acrônimo STORCH, podem se caracterizar por sintomas comuns: restrição de crescimento intrauterino; hepatoesplenomegalia; icterícia com aumento de bilirrubina direta; anemia; petéquias; lesão de pele e mucosas; encefalite; pneumonia e trombocitopenia^(1,2). Para diagnóstico das STORCH, sorologia com pesquisa de IgM e IgG, PCR e exames de imagem, são os métodos mais comuns. Na toxoplasmose o quadro é composto principalmente por hidrocefalia ou microcefalia, calcificações cerebrais difusas no córtex cerebral, microftalmia e coriorretinite (associada à microcefalia)⁽³⁾. A citomegalovirose apresenta-se com calcificações periventriculares e, ao exame de fundo de olho, coriorretinite não associada à microftalmia. O herpes pode ser identificado pela presença de herpes genital materno atual.

A fim de realizar a diferenciação entre as infecções congênicas que compõem o complexo STORCH chegando, dessa forma, a um diagnóstico específico, deve-se investigar a história materna, intercorrências na gestação e, se necessário, realizar investigação laboratorial materna.

Podem ser realizados, no recém-nascido, exames inespecíficos como hemograma com plaquetas, bilirrubinas, líquido e ainda IgM quantitativa; IgM específica (para sífilis, toxoplasmose, rubéola e citomegalia). Ainda pode ser feita pesquisa na urina de células de inclusão citomegálica; radiografia de esqueleto (crânio, tórax, ossos longos, se necessário, na primeira semana, repetindo no segundo mês) e fundo de olho. A tomografia de crânio é fundamental para esclarecer um diagnóstico de citomegalovirose⁽⁴⁾, já que história clínica materna, US gestacional e exame clínico do recém-nascido poderiam sugerir diagnóstico de toxoplasmose congênita.

REFERÊNCIAS

1. Brock R, Segre CA. Doença de inclusão citomegálica. In: Segre CA. Perinatologia: fundamentos e práticas. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 139-44.
2. Kinney JS, Kumar ML. Should we expand the TORCH complex? A description of clinical and diagnostic aspects of selected old and new agents. *Clin Perinatol.* 1988;15(4):727-44.
3. Rawlinson WD. Broadsheet. Number 50: Diagnosis of human cytomegalovirus infection and disease. *Pathology.* 1999;31(2):109-15.
4. Mahboubi S. Radiological findings in perinatal infections. *Clin Perinatol.* 1981;8(3):517-36.