NEONATOLOGIA · RESIDÊNCIA MÉDICA- Hospital Santa Lúcia Sul/Hospital Materno Infantil de Brasília

Infecções congênitas: do diagnóstico ao tratamento



APRESENTAÇÃO:Marta David Rocha de Moura

www.paulomargotto.com.br

Brasília, 21 de novembro de 2026

O PONTO DE PARTIDA

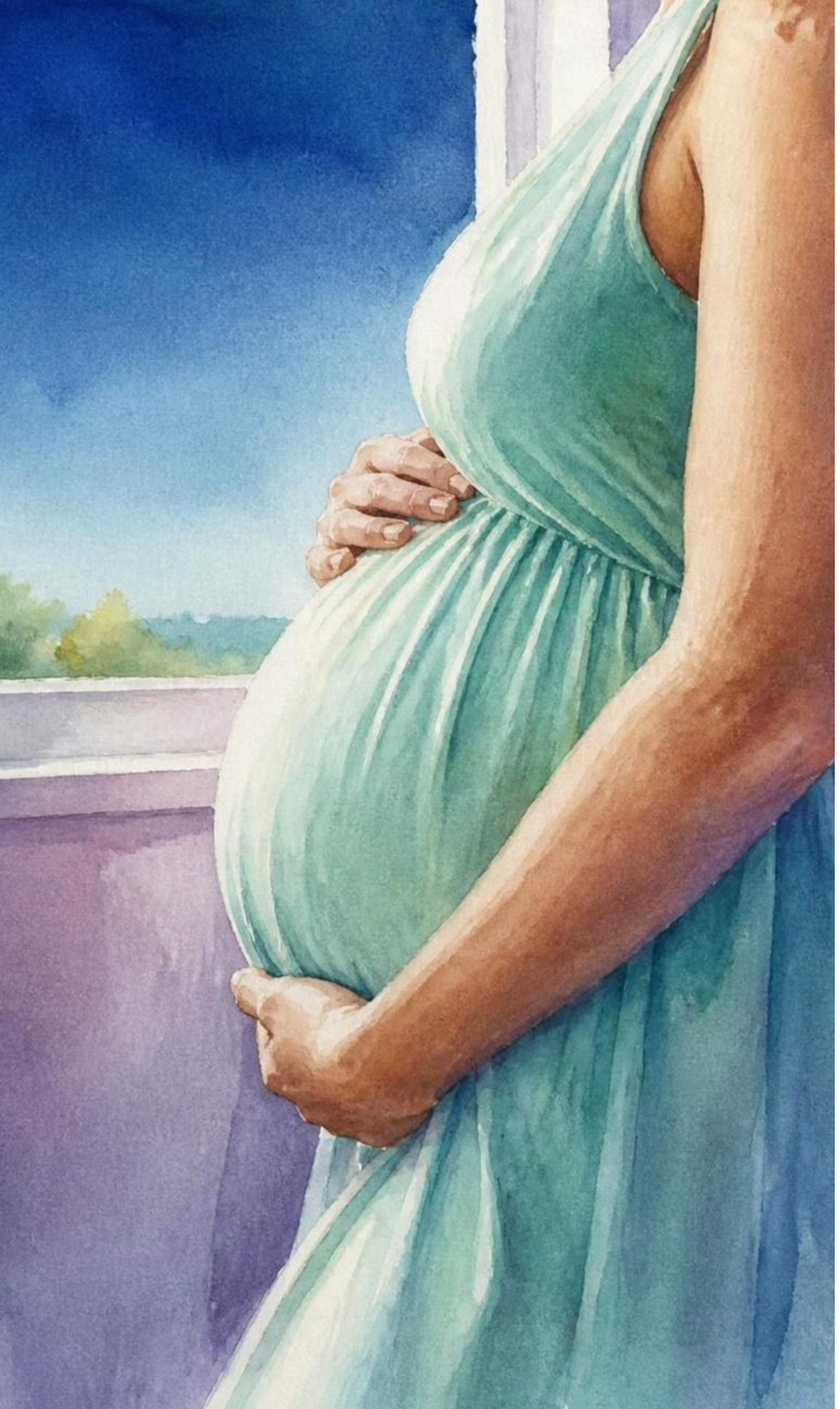
A maioria dos RN infectados nasce sem sinais

0,5% a 2,5%

dos nascimentos são afetados por infecções perinatais.

- Na gestante, podem ser oligossintomáticas e passar despercebidas.
- IgG materno atravessa a placenta: colher mãe e RN de forma pareada.
- Sorologia isolada no RN não fecha o diagnóstico.





TRANSMISSÃO E DESFECHOS

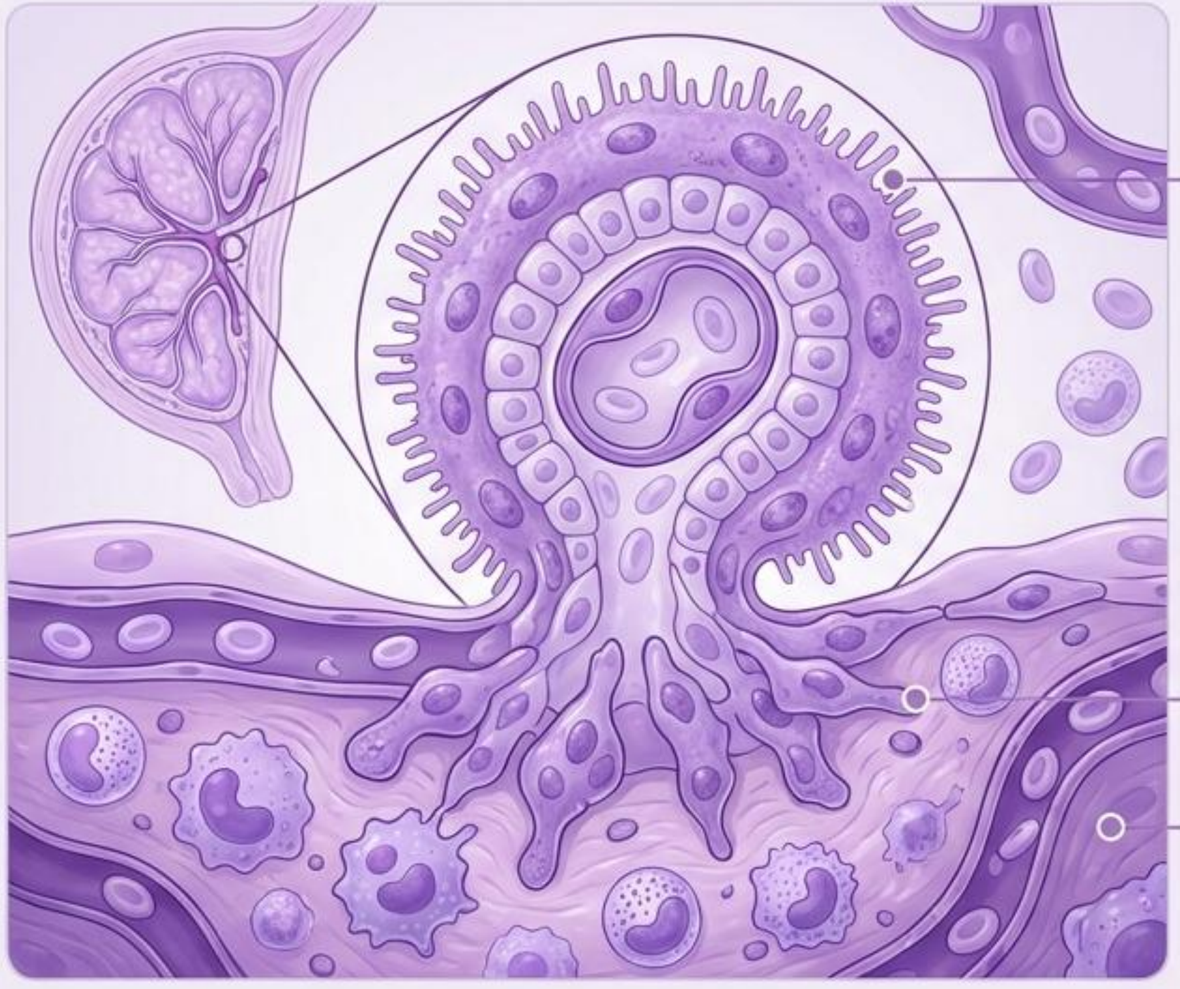
O caminho até o feto define o risco

- **Vias:** transplacentária · ascendente pelo trato genital · intraparto
- O sinciciotrofoblasto é a principal barreira placentária que o patógeno precisa vencer.
- A gravidade depende do patógeno e da idade gestacional na infecção.

Desfechos possíveis

Perda gestacional, restrição de crescimento, malformações, surdez e cegueira.

A Interface Materno-Fetal: A Barreira Placentária



Sinciciotrofoblasto (STB)

A principal barreira física contínua; restringe a fixação e invasão da maioria dos patógenos (ex: *T. gondii*).

Trofoblastos Extravilosos (EVTs)

Células invasivas que ancoram a placenta; atuam como potenciais portas de entrada.

Decídua Materna

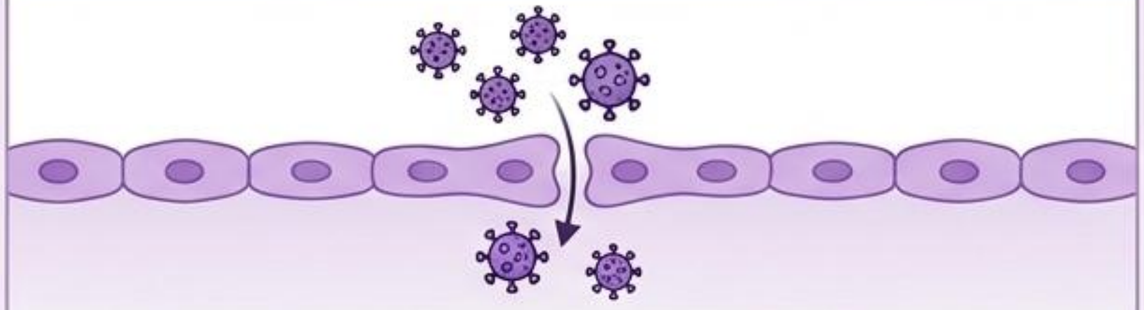
Tecido materno rico em células imunológicas; o microambiente onde a defesa inicial ocorre.

A transmissão fetal raramente ocorre sem a evasão prévia das barreiras do STB ou EVTs.

Gemini Notebook

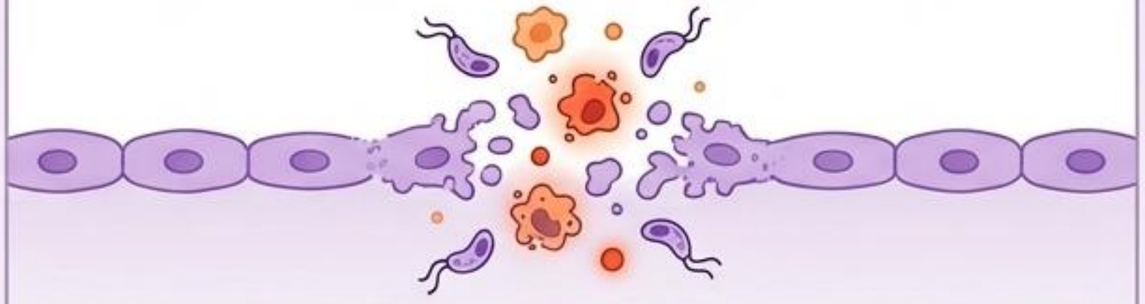
4 Rotas de Evasão Patogênica na Placenta

Infecção Direta



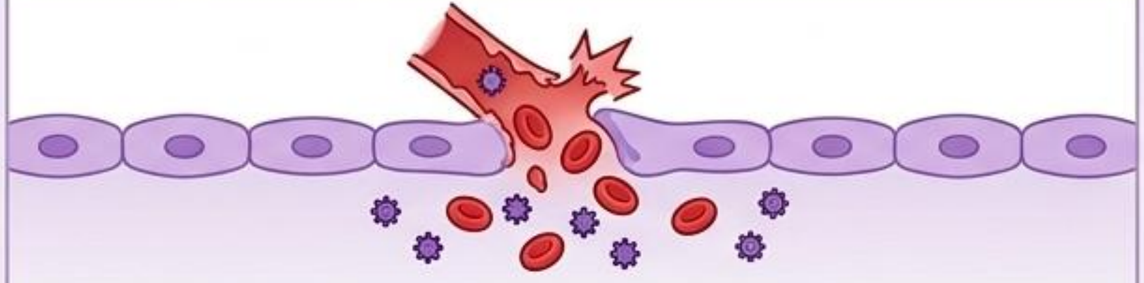
O patógeno infecta diretamente a camada de STB ou EVTs (ex: Vírus atravessando a barreira celular).

Dano Mediado por Inflamação



Destruição local e apoptose do STB, permitindo a passagem do patógeno (ex: *T. cruzi*).

Hemorragia Feto-Materna



Ruptura física da barreira microvascular, misturando sangue materno e circulação fetal.

Células Imunológicas - Cavalo de Troia



Patógenos infectam células imunes maternas na decídua, que então atravessam a barreira placentária.

Gemini Notebook

SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Quando suspeitar de infecção congênita

História materna

Sorologias, tratamento na gestação e exposições.

Exame do RN

Hepatoesplenomegalia, icterícia, trombocitopenia, microcefalia e coriorretinite.

Os sinais se sobrepõem entre sífilis, toxoplasmose, rubéola, CMV, herpes e sepse.

Enviar a placenta para anatomia patológica em todos os casos suspeitos.



Paciente: RN prematuro (34 sem + 2 dias)	Peso: 1905g	Perímetro Cefálico: 28 cm (Microcefalia severa < P5)



Sorologia: IgM reagente para Toxoplasmose (CMV, Sífilis e HIV não reagentes).



Líquor (LCR): Hiperproteinorraquia grave (962 mg/dL).



Oftalmologia: Uveíte / Vitreíte bilateral em ambos os olhos.



Abdome: Discreta esplenomegalia (5,3 cm).

Infecção Congênita Precoce

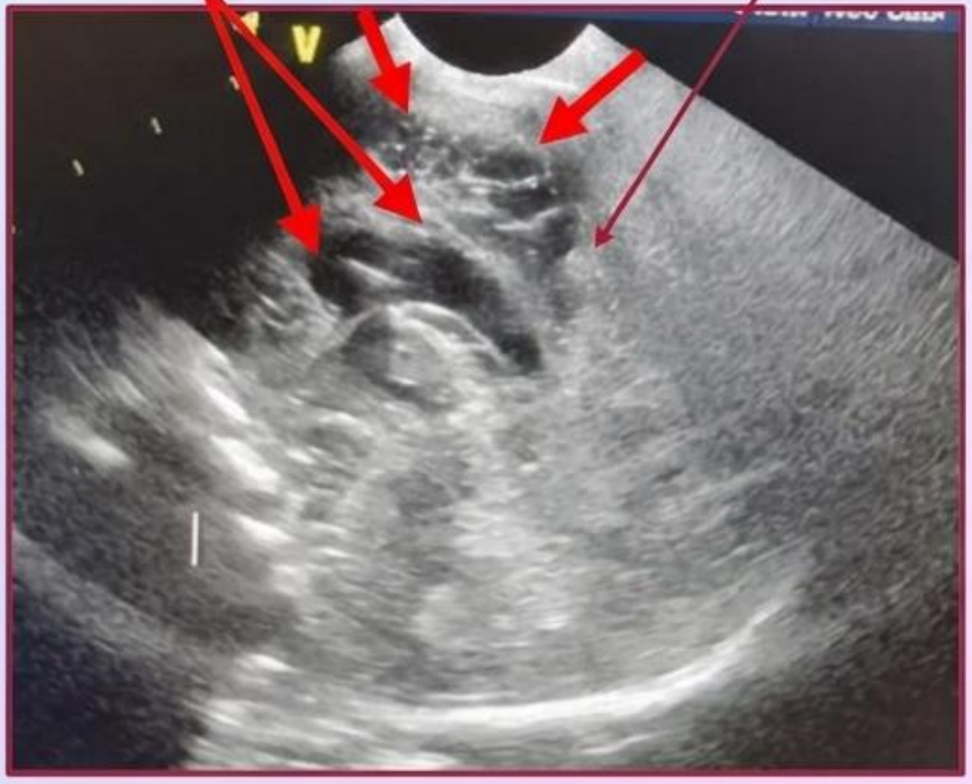
A transmissão do *T. gondii* no início da gestação (<26 semanas) apresenta extrema gravidade devido à clara predileção do parasita pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e pela retina, exigindo mapeamento radiológico imediato.

Gemini Notebook

Achados Neurossonográficos Iniciais (Plano Sagital e Coronal)

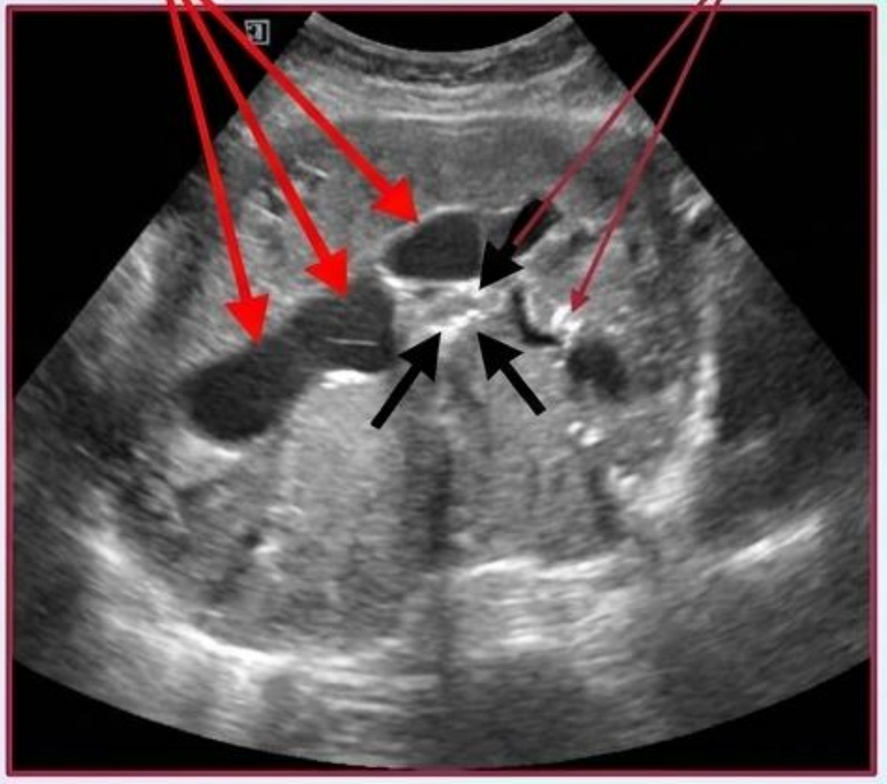
Leucomalácia Multicística: Aspectos destrutivos e císticos do parênquima cerebral atingindo a porção cortical, indicando severa pré-natal.

Calcificações: Dispostas caracteristicamente na periferia das áreas císticas e necróticas.



Colpocefalia: Dilatação severa dos ventrículos laterais (cornos occipitais) secundária à extensa destruição do parênquima.

Focos de Calcificação e Disgenesia: Focos adicionais ecogênicos e disgenesia do corpo caloso.



A neurossonografia transfontanelar nas primeiras 48h é crucial para o mapeamento da destruição arquitetural precoce induzida pelo *T. gondii*.

Gemini Notebook

Evolução Radiológica e Fisiopatológica da Toxoplasmose Congênita



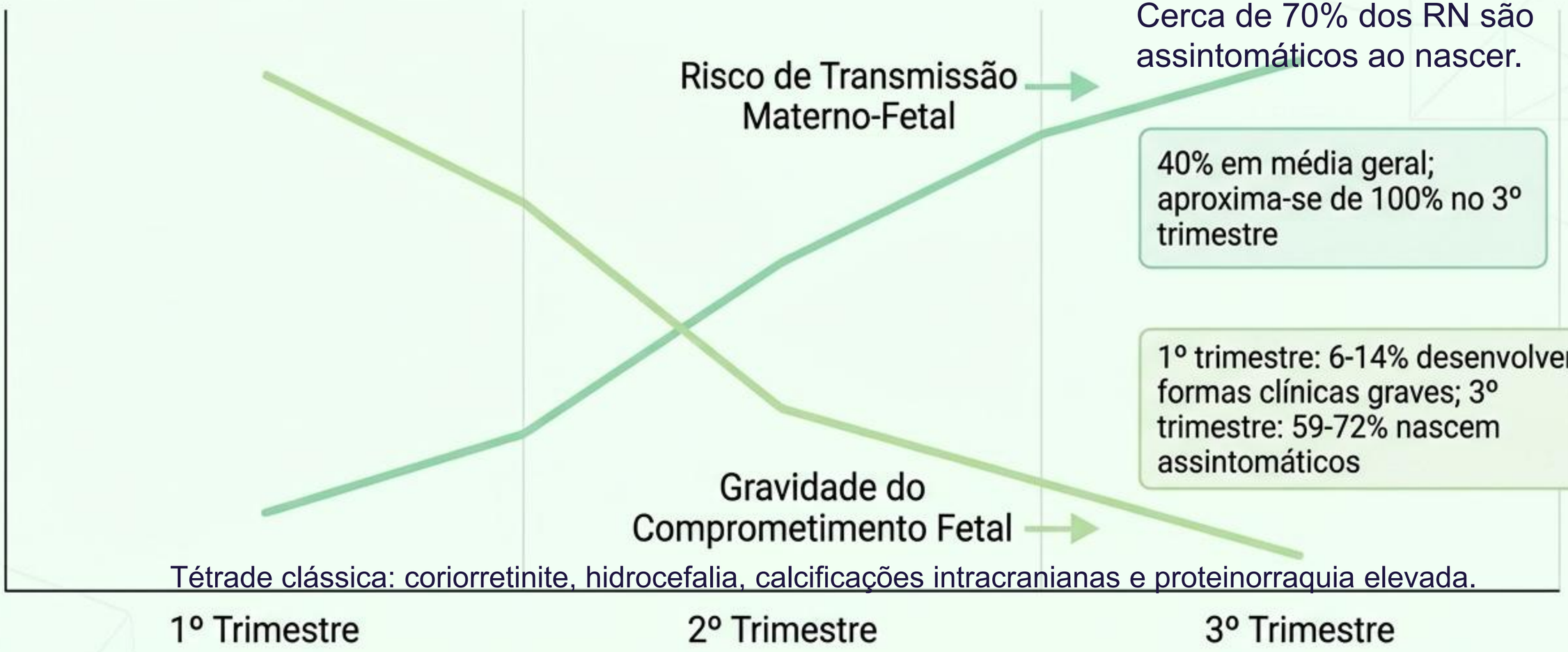
Tomografia de Crânio (9 dias): Confirmação de extensa hipodensidade (destruição parenquimatosa) e calcificações grosseiras bilaterais corticais e periventriculares.

- **1. Invasão do SNC & Vasculite:** O *T. gondii* invade o encéfalo causando envolvimento vascular e necrose extensiva do parênquima (córtex, gânglios basais e áreas periventriculares).
- **2. Formação Cística Porencefálica:** O tecido necrótico sofre cavitação e evolui para múltiplos cistos (Leucomalácia Multicística).
- **3. Incrustação de Cálcio:** Sais de cálcio se depositam na periferia do material necrótico, formando bandas calcificadas onde o parasita frequentemente fica incrustado.

Perspectiva Terapêutica: O tratamento imediato é vital. Com esquema de **Corticosteroide** (para hiperproteinorraquia) **+ Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido Fólico**, 75% das calcificações intracranianas diminuem ou se resolvem ao final do 1º ano de vida

Gemini Notebook

Toxoplasmose Congênita (*T. gondii*): Dinâmica de Risco



Cerca de 70% dos RN são assintomáticos ao nascer.

40% em média geral; aproxima-se de 100% no 3º trimestre

1º trimestre: 6-14% desenvolvem formas clínicas graves; 3º trimestre: 59-72% nascem assintomáticos

Tétrade clássica: coriorretinite, hidrocefalia, calcificações intracranianas e proteinorraquia elevada.

Nota Fisiopatológica: Necrose tecidual é a lesão universal.
Formação de cistos e taquizoítos afetam primariamente SNC e olhos.

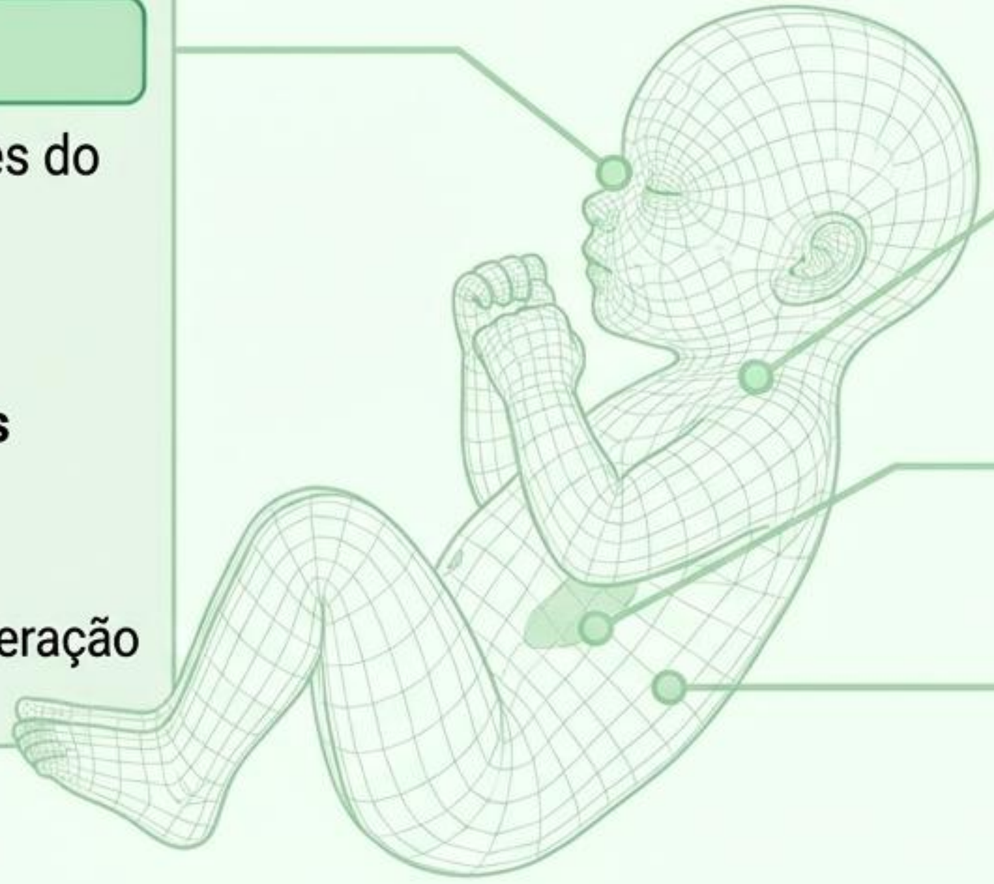
Gemini Notebook

Manifestações Clínicas da Toxoplasmose no RN

A Tétrade de Sabin

Encontrada em infecções graves do 1º trimestre:

1. **Coriorretinite** (lesão ocular comum, risco de cegueira).
2. **Calcificações Intracranianas** (difusas pelo parênquima).
3. **Hidrocefalia** (obstrução inflamatória).
4. **Proteinorraquia Elevada** (alteração no LCR).



- Esplenomegalia (90%)
- Icterícia (80%)
- Anemia (77%)

Alerta: 70% dos recém-nascidos são assintomáticos ao nascimento. A triagem sorológica (IgG/IgM, Teste de Avidez) e PCR no líquido amniótico/LCR são vitais.

Gemini Notebook

TOXOPLASMOSE · DIAGNÓSTICO

Toxoplasmose: como fechar o diagnóstico no RN

01

Buscar IgM

IgM é o padrão-ouro, com sensibilidade de 75% a 80%.

02

Seguir IgG

ELISA IgM por captura e IgG seriada do binômio.

03

Agregar PCR

Se IgM negativo: considerar PCR em sangue ou líquor; líquido amniótico na investigação fetal.



Avaliar extensão, mesmo sem sinais

Fundoscopia, líquor, imagem de crânio, audiometria, hemograma e função hepática e renal.

Toxoplasmose: tratar por um ano, com monitoração

1 ano

Início preferencial na primeira semana de vida.

Fármaco	Esquema inicial
Sulfadiazina	100 mg/kg/dia VO, divididos de 12/12 h.
Pirimetamina	2 mg/kg/dia por 2 dias; depois 1 mg/kg/dia.
Ácido folínico	5 a 10 mg, três vezes por semana.
Prednisona	0,5 mg/kg a cada 12 h se proteína no líquor >1 g/dL ou doença ocular com indicação.

Hemograma semanal no primeiro mês. Ajustar a fase de manutenção ao protocolo.

Na gestante, espiramicina precoce pode reduzir em 60% a infecção fetal.

Agora o bebê tem sinais clínicos

Gestante sem pré-natal chega em trabalho de parto.

Teste rápido para sífilis na admissão: reagente

VDRL materno: 1:64

RN, 35 semanas, 2.050 g.

Ao exame:

- hepatoesplenomegalia;
- rinite serossanguinolenta;
- lesões descamativas em mãos e pés;
- petéquias;
- anemia e plaquetopenia.

Pergunta

Sinais Mais Frequentes (Precoce)

- Hepatomegalia e esplenomegalia
- Icterícia
- Rinite sifilítica (corrimento nasal)
- Exantema maculopapular
- Linfadenopatia generalizada
- Anormalidades esqueléticas







“Que exames vocês

O objetivo não é decorar uma lista aleatória, mas pesquisar acometimento sistêmico e neurossifilis.



Na avaliação indicada, podem ser necessários:

- teste não treponêmico do RN em sangue periférico;
- hemograma;
- avaliação do líquor;
- radiografia de ossos longos;
- avaliação hepática conforme quadro clínico;
- avaliação oftalmológica;
- avaliação auditiva;
- outros exames conforme manifestações clínicas.

O Ministério da Saúde inclui avaliação clínica, teste não treponêmico, investigação neurológica com líquor, radiografia de ossos longos e avaliações especializadas conforme o risco e os achados

Classificação da Sífilis Congênita: Precoce e Tardia



Aproximadamente 60% a 90% dos RN vivos com sífilis congênita são assintomáticos ao nascimento. A presença de sinais e sintomas depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação.



Manifestações Tardias (após 2 anos)



- **Tíbia em sabre, articulação de Clutton**
- **Dentes de Hutchinson, molares de Mulberry**
- **Ceratite intersticial, glaucoma secundário**
- **Surdez neurossensorial (8º par craniano)**
- **Nariz em sela, retardo mental, hidrocefalia**

Lactente, 2 meses, masculino, previamente hígido, encaminhado ao PS com:

Lesões cutâneas há 10 dias

Distensão abdominal progressiva

Desconforto respiratório

Evoluiu com piora clínica, sendo admitido em estado grave.





Diante desse quadro inicial (lesões cutâneas + hepatoesplenomegalia + desconforto respiratório), quais hipóteses diagnósticas devem ser consideradas?

Neurosífilis na Criança com Sífilis Congênita

Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas à punção lombar para análise do líquor. A neurosífilis é mais provável em crianças sintomáticas ao nascimento.

Parâmetro	LCR Normal Pré-termo	LCR Normal a Termo	Sugestivo de Sífilis (RN)	Sugestivo de Sífilis (>28 dias)
Leucócitos	0–29 células/mm³	0–32 células/mm³	> 25 células/mm³	> 5 células/mm³
Proteínas	65–150 mg/dl	20–170 mg/dl	> 150 mg/dl	> 40 mg/dl
VDRL	Não reagente	Não reagente	Reagente	Reagente

VDRL REAGENTE NO LIQUOR, AUMENTO DE CELULARIDADE OU PROTEÍNA SEM OUTRA CAUSA REQUEREM TRATAMENTO PARA POSSÍVEL NEUROSÍFILIS.

Algoritmo de Manejo Neonatal (Sífilis Congênita)

Passo 1: Teste Não Treponêmico (TNT) sérico pareado simultâneo (Mãe e RN).
(Não usar sangue de cordão)

TNT do RN > Mãe em 2 diluições
(ex: Mãe 1:4, RN 1:16)

Diagnóstico confirmado.
Tratar imediatamente.

Mãe Inadequadamente Tratada + RN assintomático + VDRL não reagente ou baixo

Coletar líquor (LCR), Hemograma, RX ossos longos.

Se LCR normal e exames normais: Penicilina Benzatina (dose única).

Se líquor alterado (Células >25/mm^3 ou Proteínas >150mg/dL):
Tratar para Neurossífilis.

Notificação imediata para todo caso de Sífilis Congênita
(exceto RN exposto sem indicação de tratamento imediato).

Gemini Notebook

Arsenal Terapêutico e Posologia (Sífilis Congênita)

Benzilpenicilina Potássica (Cristalina)	Benzilpenicilina Procaína	Benzilpenicilina Benzatina
Indicação: RN com Sífilis Congênita comprovada (com ou sem neurossífilis). Exames alterados.	**Indicação:** Sífilis congênita SEM acometimento do sistema nervoso central (LCR estritamente normal).	**Indicação:** RN exposto assintomático, exames totalmente normais, mãe inadequadamente tratada.
Esquema: Via IV por 10 dias.	**Esquema:** Via IM por 10 dias.	**Esquema:** 50.000 UI/kg, Dose Única, via IM.

Nota: Não há relatos de resistência do *T. pallidum* à penicilina. Ceftriaxona apenas em indisponibilidade extrema.

Gemini Notebook

Seguimento Clínico da Criança com Sífilis Congênita



Exame/Consulta	Frequênci	O que
Teste não treponêmico	1, 3, 6, 12 e 18 meses	Declínio esperado aos 3 meses; negativação aos 6 meses. Elevação em 2 diluições: retratar.
Consultas oftalmológicas	Semestrais por 2 anos	Ceratite intersticial, corioretinite, glaucoma secundário, atrofia óptica.
Consultas audiológicas	Semestrais por 2 anos	Perda auditiva sensorial (pode ocorrer entre 10 e 40 anos — 8° par craniano).
Consultas neurológicas	Semestrais por 2 anos	Desenvolvimento neuropsicomotor. Em neurosílis: punção lombar a cada 6 meses até normalização.

Caso 3.

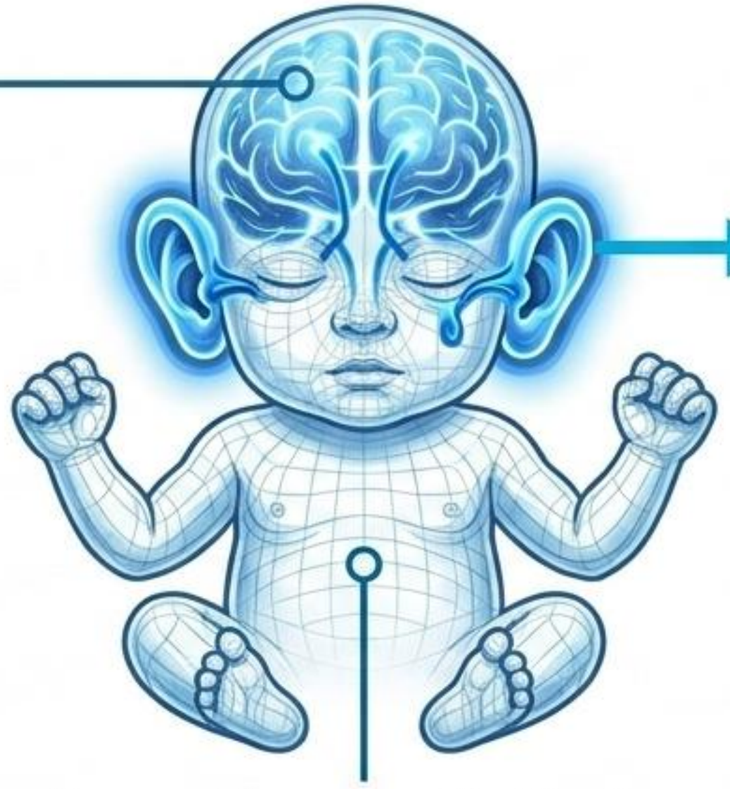
História clínica e antecedentes perinatais

Gestação	Mãe de 26 anos, G1P1, pré-natal regular. Ultrassonografia fetal com restrição de crescimento e ventriculomegalia discreta.
Nascimento	Parto cesáreo com 36 semanas e 4 dias por restrição de crescimento fetal e alteração da vitalidade fetal.
Dados neonatais	Sexo masculino; peso 2000 g (pequeno para idade gestacional); Apgar 8/9.
Primeiras horas	Petéquias difusas, icterícia precoce, dificuldade alimentar e hepatoesplenomegalia.

Hemograma	Plaquetas: 48.000/mm³; Hb: 13,2 g/dL; leucócitos: 8.900/mm³.
Bioquímica	Bilirrubina direta: 3,1 mg/dL; AST: 132 U/L; ALT: 96 U/L.
Neuroimagem	Ultrassonografia transfontanelar: calcificações periventriculares e ventriculomegalia discreta.

Citomegalovírus Congênito (cCMV): Espectro Clínico

SNC
Microcefalia e Calcificações Periventriculares (diferente da Toxoplasmose, que apresenta calcificações difusas).



Perda Auditiva Neurossensorial
Sequela mais comum, muitas vezes progressiva e tardia; indicação primária de tratamento.

Acometimento Sistêmico
Petéquias, restrição de crescimento (IUGR), hepatoesplenomegalia, trombocitopenia.

Alerta: 85-90% dos RNs nascem assintomáticos, mas 10% destes desenvolverão perda auditiva posterior. Triagem auditiva é obrigatória.

Gemini Notebook

A Janela Diagnóstica Crítica: A Regra dos 21 Dias

0 a 21 Dias (Infecção Congênita)

Exame Padrão-Ouro:
PCR viral na Urina ou Saliva.
(Sensibilidade 100%,
Especificidade 99% na urina).

> 21 Dias (Pós-Natal / Perinatal)

Detecção após este período não diferencia infecção congênita de infecção perinatal (ex: via leite materno ou secreções no parto).

Dia 21: O limite temporal intransponível

Impacto Clínico: O diagnóstico preciso nesta janela dita a indicação da terapia antiviral de longo prazo para proteção neurológica e auditiva.

Gemini Notebook

Diretrizes de Terapia Antiviral (cCMV Sintomático)

Monitoramento de Toxicidade:
Necessário hemograma semanal inicial (risco de Neutropenia e Trombocitopenia) e função hepática.

Monitoramento de Toxicidade:
Necessário hemograma semanal inicial (risco de Neutropenia e Trombocitopenia) e função hepática.

Monitoramento de Toxicidade:
Necessário hemograma semanal inicial (risco de Neutropenia e Trombocitopenia) e função hepática.

Fase 1 (Semanas 1 a 6)

Ganciclovir Intravenoso
(6 mg/kg/dose a cada 12h)

Fase 2 (Semanas 6 a 24 / Mês 6)
Valganciclovir Oral
(16 mg/kg/dose a cada 12h)

Completa o ciclo de 6 meses para maximizar o desfecho auditivo/neurodesenvolvimento.

Mês 0

6 semanas

Ponto de Transição:
Alta hospitalar e aprovação do medicamento oral.

Mês 6

Gemini Notebook

Matriz de Diagnóstico Diferencial STORCH

Infecção	Achados Neurológicos (SNC)	Achados Oculares e Sistêmicos	Diagnóstico Padrão-Ouro
Toxoplasmose	Calcificações Difusas, Hidrocefalia, Elevada Proteinorraquia.	Coriorretinite.	Sorologia pareada (IgM/IgG), PCR.
Sífilis	Meningoencefalite, LCR alterado.	Ceratite intersticial, Lesões Ósseas, Rinite serossanguinolenta.	VDRL pareado >2 diluições, Exame físico, LCR.
Citomegalovírus	Calcificações Periventriculares, Microcefalia.	Surdez Neurossensorial (sequela mais comum).	PCR Urina/Saliva estritamente < 21 dias.

Gemini Notebook

Seguimento Multidisciplinar e Ambulatorial

Infectologia & Puericultura

Monitoramento da queda de títulos (VDRL na Sífilis aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses), toxicidade de antivirais (CMV) e hemogramas.

Neurologia

Avaliação do neurodesenvolvimento, controle de crises convulsivas (Toxo/CMV) e microcefalia.



Audiologia

Testes auditivos rigorosos e contínuos. Risco de surdez de início tardio (especialmente CMV).

Oftalmologia

Mapeamento de retina (fundamental na Toxoplasmose para detectar novas lesões pós-tratamento). Exames semestrais nos primeiros 2 anos.

Gemini Notebook

Princípios Clínicos Fundamentais (Take-Home Messages)

Prevenção e Pré-Natal

O tratamento adequado da gestante é a intervenção de maior impacto.

A regra dos 30 dias na Sífilis previne quase todos os danos fetais.

Janelas Críticas

O tempo é o maior aliado do diagnóstico preciso.

O diagnóstico biológico do CMV exige a coleta de urina/saliva estritamente nos primeiros 21 dias de vida.

Tratamento Dirigido

A terapia não apenas salva vidas, mas preserva a funcionalidade.

Terapia de 6 meses para CMV e 1 ano para Toxoplasmose reduzem drasticamente déficits neurosensoriais.

Gemini Notebook

Perfil: Vírus da Hepatite B (HBV)

O Risco Materno



Vetor/Via: Contato com fluidos, via intraparto (maioria).

Clínica Materna: Dor no **quadrante** superior, náusea, icterícia.

Atenção: Carga viral **>200.000 IU/mL** exige terapia no 3º tri (Tenofovir).

Eixo de Transmissão

Taxa de Transmissão:

70-90% se HBeAg positivo

20-40% se HBeAg negativo

O Feto e a Conduta



Dano Fetal: Elevado risco de evolução para hepatite crônica duradoura.

Conduta Neonatal: Aplicação de **Imunoglobulina (HBIG) + Vacina HBV** estritamente nas primeiras primeiras **12 horas** de vida.

Gemini Notebook





Perfil: Herpes Simplex Tipo 2 (HSV-2)

O Risco Materno



Vetor/Via: Via intraparto ou ascendente (secreções cérvico-vaginais).

Clínica Materna: Lesões vesiculares genitais.

Prevenção: Aciclovir às 36 semanas ou cesárea se houver lesão ativa.

Eixo de Transmissão

Taxa de Transmissão:

30-50%

(Infecção primária perto do parto)

0-3%

(Recorrência)

O Feto e a Conduta



Dano Neonatal: Herpes neonatal severo (Tríade: Pele/Boca/Olhos), Encefalite e infecção disseminada.

Conduta Neonatal: PCR de mucosas. Prescrição imediata de Aciclovir IV (20mg/kg 8/8h).

Gemini Notebook

Caso 4

RN masculino, 35 semanas e 1 dia, estimada por ultrassonografia do primeiro trimestre, mãe, de 27 anos, primigesta apresentava rastreamento infeccioso pré-natal negativo e referia episódio de varicela na 11ª semana de gestação. O nascimento ocorreu por cesariana, indicada devido à condição fetal não tranquilizadora, sem intercorrências durante o procedimento. Logo após o nascimento apresentou quadro de desconforto respiratório, necessitando de dois ciclos de ventilação com pressão positiva, seguidos de intubação orotraqueal e feito a administração de surfactante exógeno. A gasometria do sangue de cordão umbilical não evidenciou alterações compatíveis com asfixia perinatal.

Figura 1 Lesões ulceradas, cicatriciais e bridas de varicela congênita



Perfil: Varicela-Zoster (VZV)

O Risco Materno

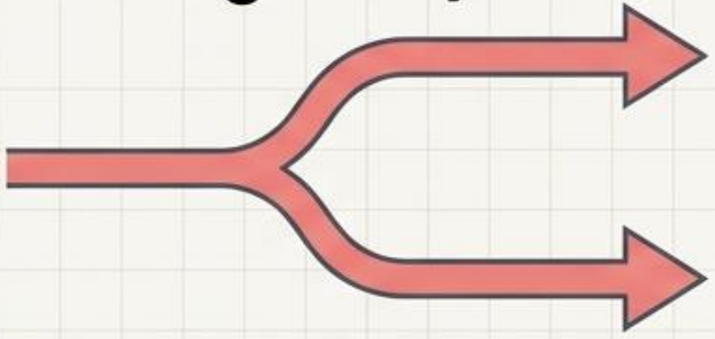


Vetor/Via: Aerossóis e gotículas respiratórias.

Clínica Materna: Rash vesicular. Risco grave de pneumonia primária na gestante.

Eixo de Transmissão

Taxa 1º Trimestre:
24% (Risco Teratogênico)



Taxa Periparto:
Infecção fulminante se o rash surgir entre 5 dias antes e 2 dias após o parto.

O Feto e a Conduta

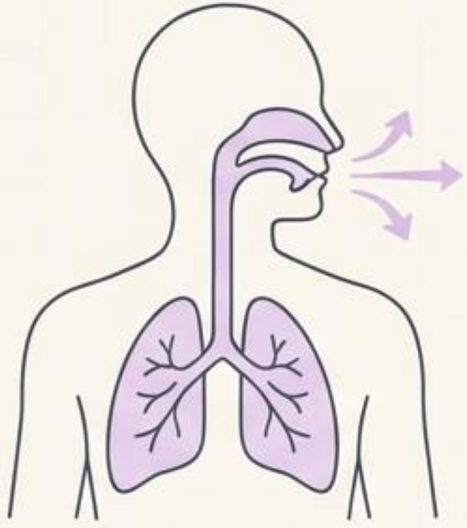
Dano Fetal: Síndrome da Varicela Congênita (atrofia cortical, hipoplasia de membros).

Conduta Neonatal: Administração urgente de Imunoglobulina específica (VZIG) para recém-nascidos expostos.

Gemini Notebook

Perfil: Vírus da Rubéola (RV)

O Risco Materno

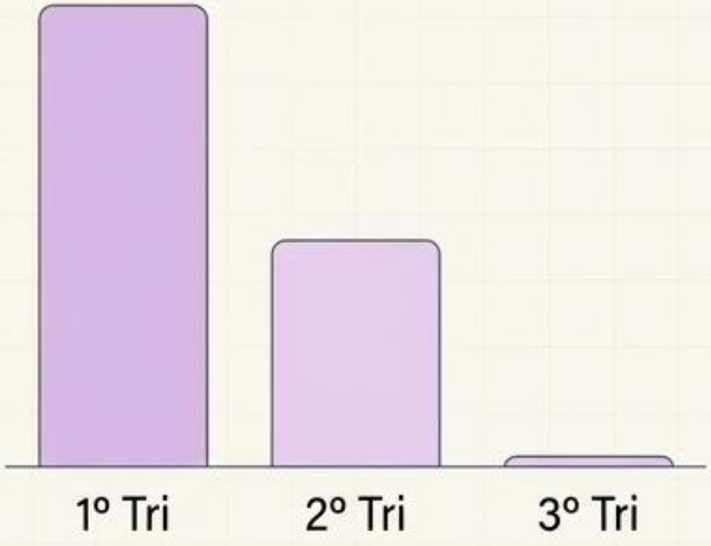


Vetor/Via: Aerossóis respiratórios gerando viremia persistente.

Clínica Materna: Rash eritematoso brando, linfadenopatia.

Eixo de Transmissão

80% de transmissão no 1º trimestre.



Risco de dano estrutural desaparece no 3º tri.

O Feto e a Conduta



Dano Fetal: Síndrome da Rubéola Congênita (Surdez neurossensorial, Catarata e Cardiopatia).

Conduta Neonatal: Isolamento por PCR nasofaríngeo. Não há antiviral. Foco em imunização pré-gestacional.

Gemini Notebook

Perfil: **Parvovírus B19 (PB19V)**

O Risco Materno



Vetor/Via: Gotículas. Tropismo estrito por células progenitoras eritróides.

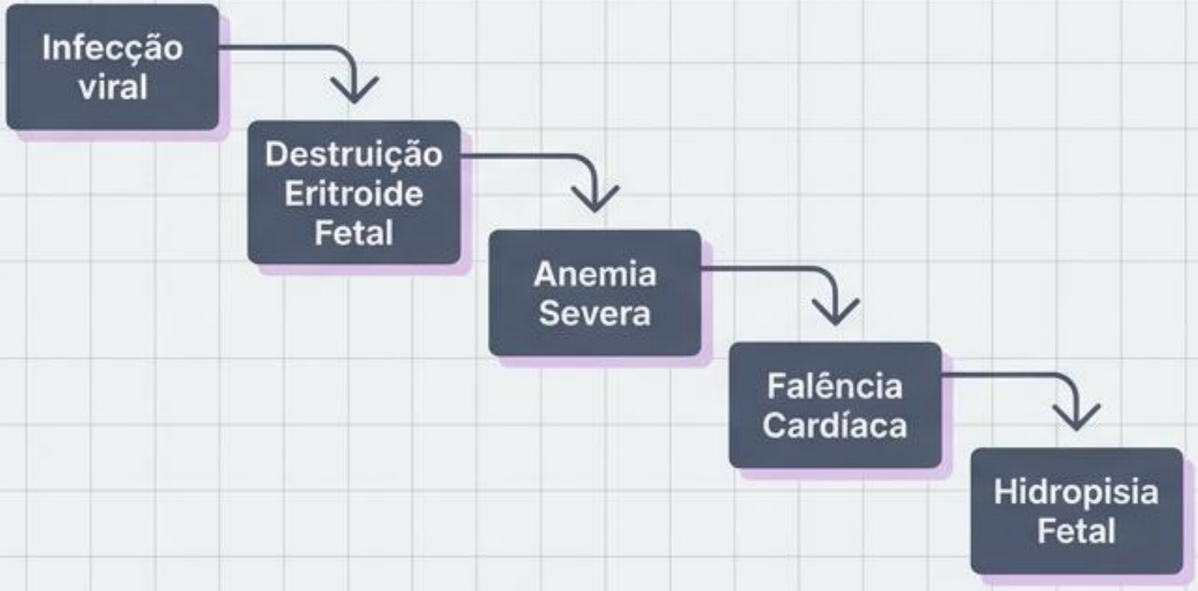
Clínica Materna: Mal-estar, febre leve, mialgia.

Eixo de Transmissão



Taxa de Transmissão: 24-39%
(No 1º trimestre durante o pico viral).

Fluxo de Dano e Conduta

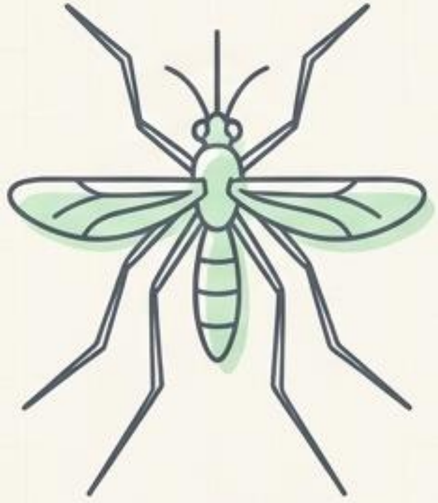


Conduta: Única causa **tratável** de **hidropisia não** imune. Exige intervenção com **Transfusão Sanguínea Intrauterina.**

Gemini Notebook

Perfil: Zika Vírus (ZIKV)

O Risco Materno



Vetor/Via: Mosquito (Aedes) e via sexual.

Clínica Materna: Exantema maculopapular, artralgia, conjuntivite (linhagem asiática).

Eixo de Transmissão

Taxa de Transmissão:

47% (variação de 26-76%)

O Feto e a Conduta



Dano Fetal: Síndrome Congênita do Zika (Microcefalia profunda, atrofia cortical, ventriculomegalia, calcificações).

Conduta Neonatal: Teste de PCR em cordão/placenta. IgG/IgM no sangue do cordão. Suporte multidisciplinar.

Gemini Notebook

Síntese de Conduta: Matriz de Diagnóstico Neonatal

Vírus	Amostra Neonatal	Método
HBV, HAV, HEV	Sangue neonatal	Sorologia (Antígenos/Anticorpos) e Virologia Molecular
HSV-2	Swabs (Nasofaringe, anal, conjuntiva, boca)	Isolamento Viral e PCR
PB19V	Sangue do cordão umbilical	PCR Viral Rápido
Rubéola (RV)	Swab nasofaríngeo	Isolamento viral + RT-PCR
ZIKV	Swabs da placenta e cordão	PCR e IgG/IgM pareados

Gemini Notebook

Algoritmo de Ação: Arsenal Terapêutico Neonatal

1. Imunidade Passiva / Ativa Imediata

HBV: Imunoglobulina Específica (HBIG) + Vacinação < 12h.

VZV: Imunoglobulina Específica (VZIG) para perfil periparto.

2. Antiviral Específico (Cura / Supressão)

HSV-2: Aciclovir Intravenoso de Ataque (Para erradicação em caso de contágio vertical de pele, olhos, boca ou SNC).

3. Manejo de Sintomas e Sequela

PB19V: Intervenção Hemodinâmica (Transfusão Intrauterina).

ZIKV, Rubéola, HEV:
Suporte clínico e rastreio de sequelas (auditivo, oftalmológico, neurológico).
Ausência de droga-alvo específica.

Gemini Notebook

CONSULTA RÁPIDA

Lado a lado: o que pedir e o que dar

	Toxoplasmose	Sífilis	CMV
Exame-chave no RN	ISAGA IgM, IgG pareado, PCR	Teste não treponêmico pareado com a mãe	PCR de urina ou saliva até 21 dias
Avaliação associada	Fundoscopia, líquor, imagem, audiometria	Líquor, RX de ossos longos, hemograma	Audiometria, imagem de crânio, hemograma
Tratamento	Sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico por 1 ano	Penicilina por 10 dias (benzatina em dose única se tudo normal)	Valganciclovir por 6 meses se sintomático
Na gestante	Espiramicina ou esquema tríplice	Benzatina até 30 dias antes do parto	Valaciclovir (evidência limitada)

Síntese dos esquemas. Benzatina em dose única exige todos os critérios do protocolo; adequação materna exige esquema completo, início ≥30 dias antes do parto e ausência de reinfecção.

PREVENÇÃO

Prevenção começa no pré-natal

Toxoplasmose

Triagem no 1º trimestre e mensal nas suscetíveis; orientação alimentar e higiene.

Sífilis

Testes no 1º trimestre, início do 3º e no parto; tratar o parceiro.

CMV

Sem vacina. Lavar as mãos após contato com urina e saliva de crianças reduziu a soroconversão de 7,6% para 1,2% no estudo citado.





CONDUTAS QUE NÃO PODEM FALTAR

O que levar para o plantão

Mãe e RN sempre pareados

O IgG materno engana.

Sem sinais não é sem infecção

Investigue conforme a história materna.

Três decisões para lembrar

Sífilis é penicilina; toxoplasmose é um ano de tratamento; CMV é janela de 21 dias para o PCR.

Seguimento já na alta

Seguimento auditivo e oftalmológico até o fim da infância.

Referências bibliográficas

1. Deshpande P, Goswami I, Mohammad K, Ng E, Garfinkle J, Wintermark P, et al. Neuroprotection Bundles and Intraventricular Hemorrhage Rates in Neonates <29 Weeks' Gestation. J Pediatr. 2026;296:115162. doi: 10.1016/j.jpeds.2026.1151621more_horiz.
2. Moreira LMO, Rego MAS, Sadeck LSR, Miralha AL, Brandão DCB, Almeida NHL, et al. Toxoplasmose congênita. Documento Científico. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); 202045.
3. Moreira LMO, Lyra PPR, Sadeck LSR, Chermont AG, Zaconeta CAM, Brandão DCB, et al. Sífilis congênita. Guia Prático de Atualização Nº 226. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); 20256.
4. Megli CJ, Coyne CB. Infections at the maternal–fetal interface: an overview of pathogenesis and defence. Nat Rev Microbiol. 2022;20(2):67-82. doi: 10.1038/s41579-021-00610-y78.
5. Şahin Ö, Karakol Erdem B, Çolak D, Yavanoğlu Atay F, İyigün F, Güran Ö, et al. Evaluation of cases followed up due to congenital and perinatal cytomegalovirus infection. Jour Umraniye Pediatr. 2023;3(3):157-163. doi: 10.14744/upd.2023.988539more_horiz.
6. Margotto PR. Neurossonografia Neonatal: Leucomalácia multicística periventricular pré-natal e Toxoplasmose. Brasília: Unidade de Neonatologia do HMIB/SES/DF; 2022. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br
7. Al Beloushi M, Saleh H, Ahmed B, Konje JC. Congenital and Perinatal Viral Infections: Consequences for the Mother and Fetus. Viruses. 2024;16(11):1698. doi: 10.3390/v161116981314.

Arquivo dos artigos