

# MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

---

## Oral manifestations of congenital toxoplasmosis: case report

### Lívia de Siqueira Costa

Graduada em Odontologia – FO/UFF

Ex-monitora de Odontopediatria da FO/UFF

### Thereza Christina Lopes Coutinho

Doutora em Odontopediatria – FOB/USP

Pós-doutoranda em Biologia Oral – FOB/USP

Professora Adjunta IV de Odontopediatria da FO/UFF

E-mail para contato: chris\_coutinho@terra.com.br

Recebido em 18/01/2010

Aceito em 29/01/2010

---

## RESUMO

A toxoplasmose congênita é uma parasitose de alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. No Brasil, a incidência encontra-se na faixa entre 50% e 80%. O protozoário é transmitido ao homem pela ingestão de carne crua ou mal cozida de animais ou através de oocistos infecciosos existentes nas fezes de pássaros e gatos que contaminam o solo e a água e, mais raramente, através de transfusões sanguíneas, transplantes e acidentes de laboratório. A proposta deste artigo é apresentar um relato de caso clínico de toxoplasmose congênita em uma criança de 10 anos de idade atendida na Clínica de Odontopediatria da FO/UFF e, assim, orientar profissionais a reconhecerem os sinais da doença, enfatizando a importância do Odontopediatra na prevenção e tratamento das lesões encontradas nos pacientes acometidos pela patologia.

**Palavras-chave:** Toxoplasmose Congênita – Parasitologia – Odontopediatria

## ABSTRACT

Toxoplasmosis is a parasitic disease which has a high prevalence in Brazil and in the rest of the world, being transmitted by the protozoan *Toxoplasma gondii*. Its incidence in Brazil is 50% to 80%. The protozoan is transmitted to humans by ingestion of raw or poorly cooked animal meat or by infected oocysts presented in birds and cats feces which contaminate the soil and water and, more rarely, by blood transfusions, transplants and Laboratory accidents. The proposal of this article is to present a case report of congenital toxoplasmosis affecting a ten – year – old child that was attended at FO/UFF and, thus, guide professionals to recognize the signals of the illness, emphasizing the importance of the pedodontist in preventing and treating the lesions found in patients with this pathology.

**Keywords:** Congenital Toxoplasmosis – Parasitology – Pediatric Dentistry

---

## INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma das doenças infecciosas mais comuns em humanos causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* (MELAMED et al, 2001). No Brasil, a soroprevalência tem sido determinada entre 50% e 80% (KOMPALLIC-CRISTO et al, 2005) tendo consequências mais sérias do que na Europa. As brasileiras apresentaram um risco cinco vezes maior do que as européias de desenvolver lesões oculares decorrentes dessa doença. A

explicação para a discrepância dos resultados encontrados nos diferentes países talvez esteja no agente causador da doença. As linhagens do protozoário existentes no Brasil são mais agressivas que as européias (LEAL, 2008).

Em adultos e em crianças, a infecção aguda é geralmente assintomática, porém, uma série de complicações é observada quando ocorre a transmissão vertical, ou seja, quando mulheres são acometidas pela primeira vez durante a gravidez e transmitem a doença ao feto (BRAGA et al, 2007).

A toxoplasmose pode manifestar-se de duas formas: a adquirida e a congênita. O protozoário *T. gondii* é transmitido ao homem pela ingestão de carne crua ou mal cozida de animais como porco, vaca e carneiro ou através de oocistos infecciosos existentes nas fezes de pássaros e gatos que contaminam o solo e a água e, mais raramente, através de transfusões sanguíneas, transplantes e acidentes de laboratório (JOBIM; SILVA, 2004).

O parasita atinge o concepto por via transplacentária e, dependendo de certos fatores – virulência da cepa adquirida, capacidade do sistema imunológico da mãe e do período gestacional em que ela se encontra – danos de diferentes graus são causados. Portanto, representa uma grave ameaça à saúde do feto, principalmente, se for contraída no segundo ou no terceiro trimestre. O risco de transmissão é diretamente proporcional ao período gestacional em que a mãe é infectada, enquanto a gravidade da doença no feto possui uma relação inversa (SÁFADI et al, 2003). Cerca de 70% a 90% dos recém-nascidos infectados são assintomáticos, entretanto, a maioria dessas crianças desenvolve sequelas, mesmo aquelas com a forma subclínica da doença ou que recebem tratamento terapêutico adequado durante o primeiro ano de vida, podendo resultar em morte do feto ou em graves manifestações clínicas, tais como: retardo mental, calcificações cerebrais, convulsões, microcefalia e retinocoroidite (MELAMED et al, 2001).

A infecção fetal pode ser atenuada ou prevenida quando há tratamento materno após um diagnóstico precoce, devendo-se realizar, no início do pré-natal, a investigação sorológica da toxoplasmose (Rastreamento Sorológico Materno ou Triagem Pré-natal) (ANDRADE et al, 2004). O diagnóstico da toxoplasmose congênita pré-natal é baseado na ultrasonografia e amniocentese seguido de PCR (polimerase chain reaction) para detecção de DNA específico do *T. gondii*, pesquisado a partir da décima oitava semana de gestação no líquido amniótico. No soro do recém nascido, a presença de títulos elevados de anticorpos IgG, que aumentam ou permanecem positivos em período de até 18 meses, é indicativo de toxoplasmose congênita (ZARPELLON et al, 2006).

O diagnóstico precoce da infecção na gestante, associado ao tratamento específico adequado, melhora o prognóstico da infecção fetal, reduzindo as sequelas nas crianças. Nelas, são realizados exames de raios X de cabeça, análises do fluido cerebrospinal e exames dos olhos e, ainda ao nascimento, a placenta pode ser analisada

para verificar se esta se encontra ou não infectada. Quando a doença é clinicamente reconhecível ao nascimento, geralmente o quadro é grave, estando presentes sinais de lesão do sistema nervoso central e, mesmo quando tratados, esses recém-nascidos raramente se recuperam sem sequelas. Quanto mais leves forem as sequelas, mais tardiamente se manifestarão, podendo ser diagnosticadas no início da vida escolar (dificuldade de aprendizagem escolar, retardo neuropsíquico) ou mesmo na vida adulta (retinocoroidites) (ANDRADE et al, 2004).

O objetivo deste trabalho é apresentar os aspectos clínicos característicos da toxoplasmose congênita associados a manifestações bucais em uma paciente atendida na Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal Fluminense.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 10 anos, compareceu à Clínica da Disciplina de Odontopediatria da UFF acompanhada da mãe, para tratamento odontológico. Na anamnese, a responsável relatou que sua filha apresentava histórico de toxoplasmose congênita e salientou também, que realizou o pré-natal completo. Além disso, fez uso de Rovamicina® durante a gravidez e o parto foi normal.

Segundo laudo do oftalmologista da criança apresentado pela mãe, manifestações oculares estão presentes no caso. Existem focos de coriorretinite atrófica cicatrizada em ambos os olhos, por toxoplasmose congênita com perda da visão do olho esquerdo e olho direito com visão monocular. Além disso, manifestações no sistema nervoso central podem ser observadas: calcificações corticais e subcorticais, crises convulsivas (controladas), atraso intelectual e dislexia. A criança era medicada com Pirimetamina®, Sulfadiazina® e Ácido fólico e fez uso rotineiro de Depaquene®, um anticonvulsivo.

Ao exame clínico da paciente, observaram-se manifestações intra-orais da toxoplasmose congênita: hipoplasia de esmalte na face vestibular dos incisivos superiores e inferiores (Figura 1) e primeiros molares permanentes superiores e inferiores, já restaurados (Figura 2) e no segundo molar decíduo superior esquerdo (face vestibular) em decorrência da toxoplasmose (Figura 3), lesões amplas de cárie e histórico passado de múltiplas exodontias dos dentes decíduos que apresentavam hipoplasia severa e que foram realizadas desde os 2 anos de idade, segundo laudo odontológico do local onde a paciente era tratada

anteriormente. Soma-se a isso, um palato duro atrésico, desvio de linha média, falta de espaço para caninos superiores e segundos pré-molares inferiores.



Figura 1. Vista frontal dos incisivos superiores e inferiores hipoplásicos.



Figura 2. Vista oclusal do arco superior onde se observa palato atrésico, ausência de espaço para erupção de caninos e amplas restaurações de resina nos molares hipoplásicos.



Figura 3. Vista frontal do 2º molar decíduo superior esquerdo apresentando hipoplasia severa na face vestibular (seta).

A paciente encontra-se em tratamento na Clínica de Prevenção da Disciplina de Odontopediatria da UFF para controle periódico do biofilme, aplicação de selantes de fôssulas e fissuras nos pré-molares e aplicações tópicas de flúor a fim de manter a sua saúde oral e se evitar lesões de cárie futura na dentição permanente. A paciente foi encaminhada à Ortodontia, para tratamento das maloclusões presentes e à Endodontia, para avaliação dos primeiros molares permanentes inferiores.

## DISCUSSÃO

Apesar de ser uma doença relativamente comum e, em alguns casos, causar graves consequências, como comprometimento cerebral e ocular, não há relatos na literatura sobre toxoplasmose congênita e as manifestações bucais associadas à doença. O diagnóstico, pautado na anamnese para se identificar gestantes suscetíveis à doença e na triagem sorológica realizada no início do pré-natal, ainda não é feito rotineiramente no Brasil. Esse dado é preocupante, já que o País possui alta taxa de prevalência de toxoplasmose (50 – 80%) e, portanto, faz-se necessário detectar aquelas gestantes em risco de infecção aguda durante a gestação (cerca de 30 – 40%) (ANDRADE et al, 2004).

No caso descrito, as manifestações sistêmicas encontradas como: lesões oftalmológicas, calcificações cerebrais, crises convulsivas e dificuldade de aprendizagem, condizem com os achados na literatura (MELAMED et al, 2001). Porém, em nenhum deles são mencionadas as alterações observadas na cavidade bucal, caracterizadas no presente caso por hipoplasia de esmalte afetando dentes decíduos e permanentes e palato atrésico. A ausência de uma higienização correta ocasionou a perda dos dentes decíduos devido a lesões de cárie nos dentes hipoplásicos e a falta de manutenção de espaço adequada associada à atresia do palato provocaram a ocorrência de maloclusões.

Por conseguinte, é de extrema importância o exame e a intervenção de um profissional odontopediatra o quanto antes para impedir o desenvolvimento de cáries e perda precoce de dentes devido à hipoplasia e falta de higienização adequada, monitorar a sequência de erupção dentária e instruir aos pais e à criança, quanto à manutenção da higiene bucal, ressaltando a sua importância e corrigir as possíveis maloclusões precocemente.

## CONCLUSÃO

---

A toxoplasmose congênita pode ser prevenida através de cuidados simples: gestantes devem evitar o contato com possíveis áreas contaminadas por fezes de gato, consumir carne bem cozida para destruir possíveis parasitas existentes e as mãos devem ser lavadas após o contato com carne crua ou produtos não lavados. Deve-se enfatizar, também, a importância do acompanhamento de neonatos de mães com sorologia compatível com a infecção, ainda que não apresentem sinais e sintomas sugestivos de toxoplasmose congênita.

Caso a gestante venha a contrair a doença, deve procurar tratamento médico o mais rápido possível, podendo tomar medicamentos que evitem a transmissão dessa infecção ao feto. Recém-nascidos infectados devem seguir tratamento médico durante toda a vida para minimizar as sequelas advindas da doença, inclusive, devendo ser feito o acompanhamento odontológico precoce para manutenção de uma boa saúde bucal da criança para evitar perdas precoces de dentes decíduos e permanentes afetados pela hipoplasia decorrente desta patologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Melamed J, Dornelles F, Eckert UG. Alterações tomográficas cerebrais em crianças com lesões oculares por toxoplasmose congênita. J. Bras. Psiquiatr. 2001; 77(6): 480-475.
2. Kompallic-Cristo A, Britto C, Fernandes O. Diagnóstico molecular da toxoplasmose: revisão. J Bras Patol Med Lab. 2005; 41(4): 229-35.
3. Leal T. Toxoplasmose é mais perigosa no Brasil. Observatório de Políticas Públicas Ambientais da América Latina e Caribe. Ciência Hoje On-line [periódico eletrônico]. 2008 [citado em 2008 Set 22]; 252.  
Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br>
4. Braga C, Maimoni P, Machado MI. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Toxoplasmose Congênita no Hospital de Clínicas (HCUFU) e Unidades de Atendimento Integrado (UAI), Uberlândia – MG. Interseção. 2007; 1(1): 67-80.
5. Jobim EM, Silva JEP. Toxoplasmose, uma doença congênita. Saúde. 2004; 30 (1-2): 50-56.
6. Sáfadi MAP, Berezin EN, Farhat CK, Carvalho ES. Clinical presentation and follow up of children with congenital toxoplasmosis in Brazil. Braz J Infect Dis. 2003; 7(5):325-33.
7. Andrade GMQ, Carvalho AL, Carvalho IR, Nogueira MGS, Oréfice F. Toxoplasmose congênita – orientação prática sobre prevenção e tratamento. Rev Med Minas Gerais 2004; 14 (1 Supl. 3): S85-S91
8. Zarpellon FG, Ramos M, Silveira TGV. Anticorpos anti-*Toxoplasma gondii* em crianças com até 1 ano de idade, Maringá, Paraná, Brasil. RPT. 2006; 35 (3): 245-251.