

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA

Considerações clínicas, terapêuticas e laboratoriais a propósito de 6 casos

Ricardo VERONESI⁽¹⁾ e Mário CAMARGO⁽²⁾

RESUMO

Foram apresentados 6 casos de forma adquirida de toxoplasmose, dos quais, dois eram de forma linfadenítica febril com coroidite, um de forma pulmonar, febril e exantemática, um de forma linfadenítica febril com uveíte e dois, de forma linfadenítica, febril com discreta hepatosplenomegalia.

Os métodos diagnósticos foram comentados à luz dos conhecimentos atuais e foram tecidas considerações clínicas e terapêuticas referentes à toxoplasmose adquirida.

INTRODUÇÃO

Desde que foram publicados os primeiros casos de toxoplasmose adquirida em 1940 e 1941^{20, 21}, mais de uma centena de publicações surgiram sobre o assunto, demonstrando que as formas congênitas, as primeiras conhecidas, são menos freqüentes do que as adquiridas. Vários tipos clínicos de formas adquiridas têm sido descritos (FRANKE^{apud 6}), predominando, nitidamente, as formas linfoglandulares e oculares, quer isolada, quer associadamente.

Melhores conhecimentos sobre as formas adquiridas foram, inicialmente, obtidos em infecções acidentais de laboratório, podendo-se então determinar com precisão o tempo de incubação e acompanhar a evolução clínico-laboratorial dos casos, assim como avaliar a eficácia terapêutica de várias drogas.

Acredita-se⁶ que a sintomatologia dos diferentes tipos decorra, talvez, do número de parasitos que infecta o órgão. Por outro lado, é possível que certos fatores que reduzem a resistência geral sejam capazes de ativar formas latentes de toxoplasmose⁶.

As formas linfoglandulares assumem características clínicas de mononucleose infecciosa, porém o teste de Paul-Bunnell é negativo ou em títulos não significativos (até 1/56), enquanto o hemograma não permite diferenciação entre as duas afecções. Formas graves, linfoglandulares, podem simular hemopatias, tais como leucemias linfáticas, doença de Hodgkin, linfossarcomas, etc., ou então numerosas doenças infecciosas, principalmente a brucelose e a febre tifóide.

Nas formas oculares, a freqüência maior de acometimento é da coróide e retina (cório-retinites), mas algumas vezes, há propagação às estruturas adjacentes, acarretando hemorragias no vítreo, descolamento de retina, uveíte anterior, sinéquias anteriores e posteriores, catarata ou panoftalmite e eventual microftalmo¹.

Nem sempre se consegue descobrir a seqüência cronológica de acometimento linfoglandular e, posteriormente, ocular, havendo mesmo quem admita ser a forma ocular um resíduo da forma ocular congênita. Contudo, têm sido descritos vários casos de forma

(1) Professor-Assistente da Cadeira de Doenças Tropicais e Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

(2) Chefe do Laboratório de Sorologia do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo.

glandular febril, seguidos, 1 ou 2 meses após, de acometimento ocular¹⁵.

Tendo tido oportunidade de acompanhar em nossas clínicas particulares 6 casos de toxoplasmose adquirida, sendo 3 de forma linfoglandular com comprometimento ocular, 1 de forma pulmonar com exantema e 2 de forma linfoglandular, pareceu-nos útil a sua publicação, dado ser muito escassa a literatura nacional a respeito.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CASOS

CASO 1 — R.T., sexo feminino, branca, 7 anos, escolar, procedente da Capital.

Há cerca de 2 meses, febre de 37,2° a 38,5°C, com duração de 2 a 3 dias, desaparecendo por 1 ou 2 dias e reaparecendo. Há cerca de 1 mês apresentou cefaléia, náuseas e alguns vômitos durante 1 semana. Notou então o aparecimento de pequenos caroços, inicialmente na região cervical e, posteriormente, nas axilas. Na mesma ocasião 3 crianças que com ela convíviam apresentaram quadro semelhante (adenites e febre). Passou a se queixar de má visão. Palidez, desde o início da moléstia, e perda de 2 quilos de peso.

Frequênta o curso primário e não apresenta dificuldades em acompanhar a classe.

Exame físico: bom estado geral, afebril, pulso 84, rítmico, pressão arterial 90×60. Mucosas coradas. Faringe hiperemiada, apresentando ligeira hipertrofia dos folículos linfóides submucosos.

Gânglios: 3 cervicais posteriores, à direita, do tamanho de caroços de azeitona, ligeiramente dolorosos, moles, móveis, bem individualizados, sem sinais de fistulização cutânea. Na região cervical posterior, à direita, palpam-se 2 gânglios e, nas axilas, à direita, 3 gânglios do tamanho de uma pequena noz e à esquerda apenas um, menor. As características eram as mesmas das descritas para os cervicais. Inguinais palpáveis mas não dolorosos, nem aumentados de volume.

O baço era percutível mas não palpável e o fígado era palpável no rebordo, bordo liso, regular, indolor.

Exames de laboratório — Hemograma: 4.800.000 G.V.; 10.000 G.B. Linfócitos 52%. Eosinófilos 8%. Linfócitos atípicos presentes. Hemossedimentação: 5 mm, 1ª hora. Provas de função hepática: Hanger e Timol negativos. Transaminases G.O. = 20 unidades S.F. e G.P. = 35 unidades S.F. Mucoproteínas 2 mg/100 ml. Crioglutininas: negativo. Soro-aglutinação para brucelose 1/28. Reação de Paul-Bunnell: 1/56. RX dos pulmões: normal. Parasitológico e cultivo de fezes: negativos. Urina tipo I: sem anormalidades.

Estes exames a paciente trazia consigo na data da primeira consulta (28-3-62).

Tendo-nos ocorrido a hipótese diagnóstica de toxoplasmose, solicitamos o teste de Sabin-Feldman e exame oftalmológico, tendo revelado, o

primeiro, título de 1:16.000 e o segundo, flocos de exsudato fluando no vítreo, em frente à retina de ambos os olhos, além de nistagmo pendular (Dr. Celso de Carvalho).

Submeteu-se, então, ao seguinte tratamento: 0,5 g de Trisulfá cada 8 horas durante 1 mês e "Daraprim" (Pyremethamina) 0,125 g/dia durante 2 semanas.

Voltou à consulta em 17-5-62, revelando ter desaparecido a febre; ao exame notava-se diminuição de volume dos gânglios cervicais e axilares, persistindo, todavia, na região cervical direita o enfartamento de um gânglio do tamanho de caroço de azeitona, ligeiramente doloroso. Aumentou 2 kg em seu peso. Em 16-8-62 o teste de Sabin-Feldman era positivo a 1:8.000 e os gânglios voltaram a se enfartar como anteriormente. O baço continuava não palpável e o fígado no rebordo. Foi prescrita nova série de sulfá e "Daraprim" igual à anterior. Em 14-9-62 foi acometida de "caxumba". Em 27-12-62 havia melhorado do estado geral, tendo engordado 4 kg e os gânglios regrediram de volume quase ao normal. O exame de fundo de olho revelou coroidite cicatrizada e o teste de Sabin-Feldman era positivo em título a 1:4.000.

Foi prescrito Trisulfá, 0,5 g cada 8 horas durante 15 dias. Em 22-8-63, o exame revelava apenas 1 gânglio cervical à direita, indolor, do tamanho de caroço de azeitona, e o exame de fundo de olho se mostrava inalterado. O teste de Sabin-Feldman se mantinha positivo a 1:4.000. Em 4-11-63 não havia mais enfartamento de gânglio cervical residual e o exame de fundo de olho (Dr. Celso Carvalho) revelava inatividade das lesões. O teste de Sabin-Feldman revelou título de 1:1.000.

CASO 2 — C.B.S., masculino, 6 anos, branco, escolar, procedente da Capital.

Há 6 meses vinha apresentando febrícula de 37,2 a 37,6C, com duração de 2 a 3 dias, acompanhada de discreta tosse, inicialmente sem expectoração, mas que após 3 meses de evolução tornou-se produtiva, com elevação da temperatura (38°,2 — 38°,5C) e perdurando assim por 3 semanas. Procurou, no início, especialista em doenças pulmonares que, ao exame radiológico, diagnosticou pneumonia atípica (Dr. Mozart Tavares de Lima).

O quadro pulmonar (clínico e radiológico) desapareceu após cerca de 20 dias de evolução. Todavia, após 2 meses desse episódio, passou a apresentar quadro de "bronquite" com febre de 37,5 a 38°C, o qual melhorou com o emprêgo de antibióticos. Persistiu, entretanto, um quadro de rinofaringite com episódios febris que perduravam por 3 ou 4 dias e regrediam espontaneamente.

Há 1 mês, manifestou erupção cutânea micro-papular, rósea, não pruriginosa, que se localizou inicialmente nas regiões axilares, pregas dos cotovelos e retro-auriculares, disseminando-se a seguir pelo tronco e púbis. Na mesma ocasião surgiram máculas do tamanho de cabeça de alfinete no palato mole. O exantema e enantema

duraram apenas 48 horas. Repetiu a radiografia dos pulmões, que nada revelou. Emagreceu 2 kg nos últimos 3 meses, embora seu estado geral se mantenha satisfatório.

O exame revelava pulso de 80/minuto, rítmico, P.A. de 80/60 e temp. 37,5°C. Palpavam-se alguns gânglios cervicais discretamente aumentados, do tamanho de grão de feijão, tanto à direita como à esquerda, indolores, móveis. Nas axilas e regiões inguinais havia alguns gânglios pouco aumentados de volume, com as mesmas características dos cervicais. A pele não apresentava exantemas. O baço era percutível e não palpável e o fígado se palpava a 1 dedo do rebordo, bordo liso, regular, indolor. Nada apresentava para o lado dos outros aparelhos.

Os exames de laboratório revelaram:

Hemograma: glóbulos vermelhos 4.100.000. Eosinófilos 10%. Leucócitos 5.000 G.B. Monócitos 10%. Linfócitos 42%, com atípicas. Hemossedimentação: 35 mm, 1ª hora. Reação de Paul-Bunnell: 1/56. Urina: discreta albuminúria.

Solicitamos então o teste de Sabin-Feldman que resultou positivo a 1:4.000. Foi prescrito "Daraprim", na dose de 25 mg por dia durante 7 dias e depois em dias alternados, por 3 semanas. Associadamente recebeu sulfadiazina, 0,5 g cada 6 horas durante 1 mês.

O quadro febril e pulmonar (bronquite) desapareceu e o estado geral melhorou nitidamente.

Novo Sabin-Feldman, 10 meses após, mantinha-se positivo em título de 1:1.024, mas o hemograma se normalizou.

CASO 3 — C.L., 11 anos, masculino, branco, escolar, procedente da Capital.

Em outubro de 1962 apresentou forte dor de garganta acompanhada de febre (37,5 e 39°C) diária, ocorrendo, concomitantemente, enfartamento ganglionar nas cadeias cervicais, axilares e inguinais, quadro este que perdurou por 1 mês. Nessa ocasião fez hemograma que revelou linfocitose de 67% com leucócitos em número de 5.200/mm³. Não havia atípicas nos linfócitos. A reação de Paul-Bunnell deu resultado de 1/28 e a hemossedimentação, 25 mm na 1ª hora.

Após 1 mês de doença houve regressão do quadro infeccioso, mas decorridos 2 meses queixou-se de perturbações visuais. O exame oftalmológico revelou focos de coroidite em ambos os olhos. Somente então foi suscitado tratar-se de toxoplasmose e o teste de Sabin-Feldman resultou positivo a 1:16.000. Realizamos o teste também na mãe e em um irmão menor, tendo resultado, respectivamente, 1:1.000 e negativo.

O exame físico nessa ocasião revelava apenas dois gânglios cervicais do tamanho de uma noz pequena à esquerda, móveis, moles, indolores. O baço e o fígado não aumentados, radiografia dos pulmões normal e a dosagem da transaminase 43 unidades S.F.

Foi iniciado tratamento com sulfadiazina 0,5 g cada 6 horas durante 1 mês e "Daraprim" 25 mg por dia, durante 14 dias. Depois, foi realizado novo exame oftalmológico que revelou ci-

catrização dos focos de coriorretinite em ambos os olhos. O teste de Sabin-Feldman mantinha-se positivo a 1:4.000.

CASO 4 — O.M., 21 anos, branca, solteira, prendas domésticas, procedente da Capital.

Refere febre há 15 dias (38º-39°C) diária e, concomitantemente, aumento rápido dos gânglios cervicais, com astenia e perda do apetite.

O exame revelou um gânglio cervical direito de 3 cm de diâmetro e, no restante, micropoliadenite cervical axilar e supraclavicular, sendo os gânglios do tamanho de ervilha, moles, móveis, indolores, não fistulizados. O baço era palpado a 1 dedo do rebordo e o fígado a 2 dedos, bordo liso, regular, indolor.

Exames de laboratório — Hemograma: apenas linfocitose de 57%, sem atípicas. Leucócitos em número de 7.800/mm³. Biopsia de gânglio cervical: linfadenite crônica inespecífica. Reação de Paul-Bunnell: positiva a 1/56.

Suspeitando tratar-se de toxoplasmose, foi solicitado o teste de Sabin-Feldman que resultou positivo a 1:32.000. Foi prescrito tratamento com sulfadiazina 0,5 g cada 4 horas, durante 1 mês e "Daraprim" 25 mg cada 12 horas durante 2 semanas. Após 4 semanas foi realizado novo teste que resultou positivo a 1:8.000. Não mais surgiu febre e os gânglios regrediram de volume, persistindo apenas aumentado o gânglio cervical direito que se sobressaía dos demais no início da doença. O baço e o fígado regrediram de volume e atingiram dimensões normais.

CASO 5 — A.A., 42 anos, masculino, casado, advogado, procedente da Capital.

Refere que no ano de 1953 apresentou processo infeccioso caracterizado por febre diária (37,5-38,6°C) e adenopatia cervical e inguinal, sendo os gânglios do tamanho de caroço de azeitona, moles, móveis, ligeiramente dolorosos. Um hemograma feito na ocasião revelou leucocitose de 11.000/mm³ com linfocitose de 57% e alguns linfócitos atípicos. Tendo havido a suspeita de mononucleose foi feita uma reação de Paul-Bunnell que resultou negativa. Tal doença perdurou por 1 mês.

Cerca de 2 meses após passou a ter perturbações visuais caracterizadas por "nuvens" no olho esquerdo. Procurou dois oftalmologistas que diagnosticaram uveíte do olho esquerdo. Durante 6 meses foi submetido a intensa pesquisa de "focos infecciosos", tendo-lhe sido administrado, nesse interim, corticosteróides. Como piorasse a visão, tendo surgido ainda dor no olho esquerdo e, agora, "nuvens" também no olho direito, procurou outro oftalmologista que constatou focos de uveíte não só no olho esquerdo como, também, no direito. Fizeram-lhe infiltrações oculares sem resultado. Tendo-se tornado insuportável a dor no olho esquerdo, a ponto de ter que fazer uso de morfina, foi indicada uma enucleação, uma vez que já surgira um glaucoma. Alguns meses após, em face dos focos ativos de uveíte no olho direito, suspeitou-se de toxoplasmose ocular. O teste de Sabin-Feldman foi positivo a 1:4.000. Foi então prescrito sulfadia-

zina (0,5 cada 4 horas durante 1 mês) e "Daraprim" (50 mg por dia, durante 1 mês) e, posteriormente, com intervalo de 15 dias, "Daraprim" (25 mg/dia) mais "Rovamicina" (3 g/dia) durante 2 meses.

Novo exame oftalmológico revelou cicatrização dos focos exsudativos de uveíte. Todavia, há 2 anos (1961) teve descolamento de retina no olho direito, ocorrência, aliás, já mencionada por BEVERLEY¹. Melhorou com fotocoagulação realizada pelo Prof. Fialho, no Rio de Janeiro.

Em abril de 1961 o teste de Sabin-Feldman havia caído para 1:256, mas em janeiro de 1963 se elevou a 1:1.000. O exame ocular se mantém inalterado e a visão está boa.

CASO 6 — P.O.C., 5 anos, masculino, branco, procedente da Capital.

Refere que em outubro de 1962 apresentou febre intensa com cefaléia occipital por 1 ou 2 dias, seguida de febrícula diária por cerca de 1 mês. Logo no início surgiram gânglios na região cervical direita e depois submaxilares, axilares e inguinais.

Ao exame físico em 8-11-63, temperatura de 36,1°C (dias depois encontrou-se 37,3°C), macropoliadenite cervical direita e submaxilar, bem como pequenos gânglios cervicais esquerdos, axilares e inguinais. Baço percussível, fígado palpável a 3 dedos do rebordo, de consistência endurecida.

Um exame hematológico nessa ocasião mostrou: 4.500.000 de hemácias, 12,5 g de hemoglobina, 6.000 leucócitos/mm³, sendo bastonetes 13%, segmentados 24%, eosinófilos 7%, basófilos 0%, linfócitos 53% e monócitos 3%. Havia frequentes linfócitos atípicos. Hemossedimentação de 10 mm em 1 hora, 22 mm em duas horas. Reação de Paul-Bunnell 1/28.

Em 5-12-62 uma reação de Sabin-Feldman revelou título de 1:16.000. Foi então instituído tratamento com "Daraprim" e sulfá. Em 17-1-63, Sabin-Feldman a 1:1.000 e completa ausência de qualquer sintomatologia.

COMENTÁRIOS

Os casos que apresentamos se enquadram nas seguintes formas conhecidas de toxoplasmose adquirida:

Caso 1 — Forma linfadenítica, febril com comprometimento associado dos olhos (coroidite). Talvez a cefaléia, náuseas e vômitos da evolução indiquem comprometimento do sistema nervoso central (meningite), mas tal não foi comprovado por exame do LCR.

Caso 2 — Forma pulmonar (pneumonia atípica) com acometimento do trato respiratório alto (rinofaringite), febril e que na evolução apresenta exantema fugaz e discreta adenopatia.

Caso 3 — Forma linfadenítica com comprometimento da mucosa do trato respiratório alto, febril, e que na evolução acometeu os olhos (focos de coroidite).

Casos 4 e 6 — Forma linfadenítica febril, com discreta hepatosplenomegalia.

Caso 5 — Forma inicialmente linfadenítica, febril, que foi interpretada como "mononucleose". Na evolução houve acometimento dos olhos (uveíte), sendo realizada enucleação do olho esquerdo. Ocorreu descolamento de retina no olho direito, cerca de 8 anos após o início da doença e 7 anos após a enucleação do olho direito.

Quanto ao *diagnóstico de laboratório*, devemos dizer que, a rigor, só a demonstração do parasito confirma cabalmente a hipótese de toxoplasmose. Isto se pode fazer por métodos diretos ou por inoculação em animais suscetíveis. Entretanto, na maioria das vezes, a única evidência de que podemos dispor é o achado de altos títulos de anticorpos, por meio de reações sorológicas.

Métodos diretos — Ocasionalmente se podem evidenciar toxoplasmas por exame a fresco ou após coloração, em fluidos orgânicos (líquido cefalorraquidiano, escarro) ou em lesões tissulares (oculares, ganglionares). As técnicas de imunofluorescência poderão facilitar a identificação dos parasitos (FREZZOTTI & BERENGO⁷). O isolamento por inoculação é técnica simples, mas que exige instalações adequadas e rigoroso controle prévio dos animais. Os toxoplasmas serão encontrados no exsudato peritoneal em prazos variáveis, de alguns dias a 1 ou 2 semanas. Com frequência são necessárias sucessivas passagens, para a evidenciação dos parasitos, inoculando-se novos animais, com triturados de órgãos daqueles inicialmente injetados. O exame sorológico dos animais pode antecipar resultados positivos.

Reações sorológicas — A reação do corante, de Sabin-Feldman²², é atualmente considerada como específica pela maioria dos pesquisadores. Apresenta boa reprodutibilidade de títulos, mesmo entre diferentes laboratórios, usando-se diluições de soros distanciados em razão 4 ou em razão 2 (1:16, 1:64, 1:256 e 1:1.000, 1:4.000, 1:8.000, 1:16.000, etc.).

A reação de fixação do complemento já é de difícil execução, em conseqüência da grande variedade de antígenos e de técnicas empregados. Na maioria dos Laboratórios mostra-se bem menos sensível do que o teste do corante.

Durante a fase aguda da toxoplasmose adquirida, o teste de SF geralmente se positiva da 2.^a à 4.^a semana e atinge títulos de 1:1.000 a 1:10.000 ou mais, da 3.^a à 5.^a semana. Ele permanece positivo durante anos, com apenas ligeiro decréscimo dos títulos. O teste de fixação do complemento se positiva mais tardiamente e atinge o seu máximo somente após 1 a 2 meses, com títulos de 1:100 a 1:200, que permanecem elevados por cerca de 6 meses.

Duas técnicas de imunofluorescência são mais freqüentemente usadas, a indireta e a de inibição da fluorescência. Em nossa experiência, a primeira é menos sensível do que o teste do corante, aproximando-se mais das técnicas de fixação do complemento, de acordo com a observação de outros autores¹⁶.

O teste de inibição da fluorescência^{8, 11, 12} consiste em impedir-se a fluorescência de toxoplasmas em esfregaços, banhados com uma mistura de soro suspeito e de anticorpo específico conjugado à fluoresceína; se o soro contiver anticorpos, estes fixam-se mais rapidamente aos toxoplasmas, impedindo a fixação do conjugado e inibindo assim a fluorescência. Em nossa experiência, esta reação é muito sensível, aproximando-se nitidamente do teste do corante.

As reações de aglutinação com toxoplasmas, segundo FULTON & TURK^{8, 13} exigem antígenos muito ricos em parasitos e de obtenção ainda difícil.

A reação de hemaglutinação, a nosso ver, parece ser a melhor esperança para uma técnica suficientemente sensível e prática, capaz de substituir com vantagem a reação de Sabin-Feldman. É de execução muito mais fácil, especialmente empregando-se hemácias preservadas e possibilita padronização rigorosa. Hemácias humanas ou de carneiro, recentes ou conservadas por formolização, são tanizadas pela técnica de Boyden e em seguida sensibilizadas por antígenos de toxoplasma (JACOBS & LUNDE¹⁴).

Adicionadas a diluições de soros contendo anticorpos, elas se aglutinam. A reação é delicada e exige absoluta limpeza de vidraria, emprêgo de água destilada em aparelhos de vidro e uso de reativos com alta pureza química.

O teste cutâneo é uma reação qualitativa e portanto de valor desprezível nas formas adquiridas, reservando-se o mesmo para os estudos epidemiológicos de grandes grupos de indivíduos.

O exame histopatológico dos tecidos revela hiperplasia das células do SRE e alteração cromatolítica, não sendo patognomônicas de toxoplasmose, e apenas servem para excluir outras afecções. A presença de toxoplasmas ou de pseudocistos, embora possíveis, somente em raros casos tem sido demonstrada, uma vez que a morfologia do toxoplasma é deformada na secção do material fixado. Todavia, a inoculação do material em peritônio de camundongo permitirá o aparecimento fácil do parasito.

O resultado do tratamento das formas adquiridas deverá ser avaliado com cautela, uma vez que não usamos controles nessas avaliações clínicas humanas.

As drogas que mais têm sido empregadas são as sulfas⁴, quer em formas congênitas da moléstia, quer em formas adquiridas. Os resultados têm sido díspares, mas é opinião geral que êsses quimioterápicos exercem ação eficaz, à semelhança do que se verificou em experiências animais¹⁹. A ação das sulfas seria explicada por uma competição com o ácido p-aminobenzóico, interferindo assim na síntese do ácido fólico.

Outro quimioterápico muito empregado é a 2,4-diaminopirimidina (pirimetamina ou "Daraprim"), uma vez que sua eficácia anti-toxoplásmica é bem evidente em infecções experimentais de camundongo. Por outro lado, verificou-se que existe uma evidente ação sinérgica entre as sulfas e a pirimetamina em experimentações animais⁵. As sulfonas têm-se revelado igualmente eficazes².

Entre os antibióticos, aqueles que revelaram ação mais evidente em experimentações animais foram a clortetraciclina (Aureomicina) e a Espiramicina (Rovamicina).

Todavia, possuem alguma atividade, a oxitetraciclina (Terramicina), a Tetraciclina, o Cloranfenicol, a Fumagilina, a Eritromicina,

a Puromicina e a Magnamicina. Contudo, a quase totalidade dos casos clínicos não puderam ser acompanhadas parasitologicamente, uma vez que só em poucos casos o parasito tem sido isolado, restringindo-se as avaliações terapêuticas à evolução clínica (involução de gânglios, febre, estado geral, sinais de meningite, encefalite, pneumonites, etc.) e à evolução dos testes sorológicos, avaliação esta muito precária conforme já comentamos, pela presença, por longos anos, de positividade do teste de SF. Até é comum a elevação do título do SF ao invés de decréscimo, na vigência ou logo após o tratamento, conforme verificamos em alguns dos nossos pacientes.

Por outro lado, não há evidência de que essas drogas sejam ativas contra os pseudocistos do parasito e, portanto, as formas crônicas pouco se beneficiariam com as mesmas.

Ultimamente, com os trabalhos experimentais dos pesquisadores franceses^{9, 10}, ficou evidenciada uma ação antitoxoplásmica da Espiramicina na toxoplasmose experimental de camundongo. Doses de até 2 g/dia de Espiramicina durante 2 meses foram empregadas pelos autores franceses em crianças de até 7 anos de idade.⁹ Em camundongos, as doses eficazes foram da ordem de 300 a 400 mg/kg por dia por um período mínimo de 3 semanas, diminuindo-se a dose por um período de mais 2 semanas.

Em conclusão as drogas de escolha para o tratamento da toxoplasmose adquirida são: sulfas associadas à pirimetamina (Daraprim) ou então Espiramicina (Rovamicina) associada às sulfas ou Daraprim.

AGRADECIMENTO

Agradecemos as valiosas informações prestadas pelos Prof. Paulo Braga Magalhães, Drs. Celso A. Carvalho e Kengi Sakuda, os quais acompanharam, durante algum período, 3 de nossos pacientes.

SUMMARY

Acquired toxoplasmosis: clinical, therapeutic and laboratory report on 6 cases.

Two cases were referred to be of lymphadenitic febrile form associated with choroid-

itis, one of pulmonary involvement associated with uveitis and two lymphadenitis form with hepaticsplenic involvement.

The AA. comment the laboratory methods of diagnosis and the clinical and therapeutic aspects of acquired toxoplasmosis.

REFERÊNCIAS

1. BEVERLEY, J. K. A. — Ocular toxoplasmosis. In: Human Toxoplasmosis. *J. Chr. Siim*, 1960.
2. BIOCICA, E. & NOBREGA, P. — Sobre a quimioterapia da toxoplasmose. *Arq. Biol. S. Paulo* 30:63-66, 1946.
3. DELASCIO, D. & VERONESI, R. — Toxoplasmose. In: VERONESI, R., ed. — *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 2ª ed. São Paulo, Guanabara, 1962.
4. EYLES, D. E. — The treatment of toxoplasmosis. In: Human Toxoplasmosis. *J. Chr. Siim*, 1960.
5. EYLES, D. E. & COLEMAN, N. — An evaluation of the curative effects of pyrimethamine and sulfadiazine alone and in combination of experimental mouse. Toxoplasmosis. *Antib. & Chemotherapy* 5:529-539, 1955.
6. FRANKE, H. — On the diagnosis and clinical aspects of acquired toxoplasmosis. In: Human Toxoplasmosis. *J. Chr. Siim*, 1960.
7. FREZZOTTI, R. & BERENGO, A. — Identification of *T. gondii* with fluorescein-labeled antibodies, in the C.S.F. of patients with neuro-ophthalmic toxoplasmosis. *Ophthalmologica* 145:72-77, 1963.
8. FULTON, J. D. & TURK, J. L. — Direct agglutination test for *T. gondii*. *Lancet* 2: 1068-1074, 1959.
9. GARIN, J. P. — Contribution to the study of acquired human toxoplasmosis. In: Human Toxoplasmosis. *J. Chr. Siim*, 1960.
10. GARIN, J. P. & EYLES, D. — Le traitement de la toxoplasmose experimentale de la souris par la spiramycine. *Presse Med.* 66:957-958, 1958.
11. GOLDMAN, M. — A new serologic test for antibodies to toxoplasma based upon inhibition of specific staining. *J. Exp. Med.* 105: 557-560, 1957.
12. GOLDMAN, M.; GORDON, M. A. & CARVER, R. R. — Comparison of titers of dye and fluorescence-inhibition tests in the serologic diagnosis of toxoplasmosis. *Am. J. Clin. Pathol.* 37:541-549, 1962.

13. JACOBS, L.; FAIR, J. R. & BICKERTON, J. H. — Adult ocular toxoplasmosis. Report of a parasitologically proved case. *A.M.A. Arch. Ophthalm.* 52:63-71, 1954.
14. JACOBS, L. & LUNDE, M. N. — A hemagglutination test for toxoplasmosis. *J. Parasitology* 43:308-311, 1957.
15. JACOBS, L. — Ocular toxoplasmosis. Laboratory contribution to diagnosis and chemotherapy. In: Human Toxoplasmosis. *J. Chr. Stm.*, 1960.
16. KELEN, A. E.; AYLLON-LUNDE, L. & LABZOFFSKY, N. A. — Indirect fluorescent antibody method in serodiagnosis of toxoplasmosis. *Canad. J. Microb.* 8:545-551, 1962.
17. MITCHELL, R. G. & GREEN, C. A. — The hemagglutination test for toxoplasm antibodies. *J. Clin. Pathol.* 13:331-338, 1960.
18. MEIRA, J. A.; NOBREGA, P. & AMATO, V. — Toxoplasmose adquirida (forma febril exantemática). *An. Paul. Med. Cir.* 64: 460-463, 1952.
19. NOBREGA, P. & GIOVANNINI, M. — Sobre a ação da terramicina na toxoplasmose experimental. *Arq. Biol. S. Paulo* 21:5-12, 1952.
20. PINKERTON, H. & HENDERSON, R. G. — Adult toxoplasmosis. A previously unrecognized disease entity simulating the typhus-spotted fever group. *J.A.M.A.* 116: 807-814, 1941.
21. SABIN, A. B. — Toxoplasmic encephalitis in children. *J.A.M.A.* 116:801-807, 1941.
22. SABIN, A. B. & FELDMAN, H. A. — Dyes as microchemical indicators of a new immunity phenomenon affecting a protozoan parasite (toxoplasm). *Science* 108:660-667, 1948.

Recebido para publicação em 16 dezembro 1963.

