

# Ginecologia Obstetrícia



## Patologia médica e cirúrgica na gravidez

Doenças infecciosas na gravidez

MD

D

P

GD



### Autoria

Mariana Correia, Ana Mendes da Silva



### Referências

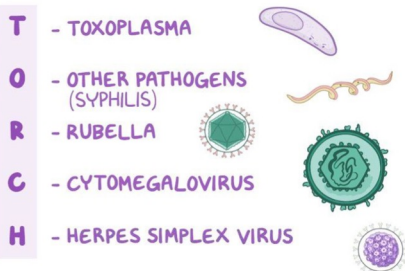
- Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition, Wolters Kluwer
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Online].; 2015; Acessível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Profilaxia da Isoimunização Rh - norma no: 2/DSMIA. [Online].; 2007.
- <https://www.osmosis.org/answers/torch-infection>
- [https://www.osmosis.org/learn/Group\\_B\\_streptococcus\\_%28GBS%29\\_colonization\\_in\\_pregnancy:\\_Clinical\\_sciences](https://www.osmosis.org/learn/Group_B_streptococcus_%28GBS%29_colonization_in_pregnancy:_Clinical_sciences)
- [https://www.osmosis.org/learn/Herpes\\_simplex\\_virus\\_%28HSV%29:\\_Nursing](https://www.osmosis.org/learn/Herpes_simplex_virus_%28HSV%29:_Nursing)
- [https://www.osmosis.org/learn/Congenital\\_cytomegalovirus\\_%28NORD%29](https://www.osmosis.org/learn/Congenital_cytomegalovirus_%28NORD%29)
- [https://www.osmosis.org/learn/Parvovirus\\_B19](https://www.osmosis.org/learn/Parvovirus_B19)



### Doenças infecciosas na gravidez

#### RASTREIOS EM PORTUGAL

1ºT	VDRL, HIV 1 e 2, AgHbs, Rubéola e Toxoplasmose
2ºT	Rubéola (18-20 semanas) e Toxoplasmose (24-28 semanas)
3ºT	VDRL, HIV 1 e 2, AgHbs e Toxoplasmose
35-37 Sem	Colheita retovaginal de pesquisa de Streptococcus $\beta$ -hemolítico do grupo B (SGB)



Fonte: Osmosis ©

**!** Toxoplasmose testa-se em **TODOS** os trimestres!  
Só realizamos serologias infecciosas no 2º e 3ºT se foram “não imunes” no 1ºT.

#### STREPTOCOCCUS GRUPO B (*Streptococcus agalactiae*)

Causa importante de sépsis neonatal precoce (pneumonia, meningite, sépsis)

##### NEONATAL INFECTION

- \* PNEUMONIA
- \* MENINGITIS
- \* SEPSIS



##### UNIVERSAL GBS SCREENING RECOMMENDED



PREVENT NEONATAL GBS EARLY-ONSET DISEASE (EOD)

Fonte: Osmosis ©

**Colonização** do trato gastro-intestinal e genito-urinário (~30% das grávidas)

Pode levar a parto pré-termo (PPT); rotura prematura de membranas (RPM); rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM); coriomnionite; infecção fetal (sépsis neonatal); bacteriúria

#### Manifestações Clínicas

#### Transmissão Vertical

- intraparto ou via ascendente (RPM)
- sépsis ou meningite

#### Prevenção

Rastreio UNIVERSAL entre 35-37 semanas (zaragatoa recto-vaginal)

↓ Se positivo

Antibioterapia profilática intraparto ou RPM  
**Ampicilina** ev 1g 4/4h até ao parto

#### **!** INDICAÇÕES para ANTIBIOTERAPIA PROFILÁTICA

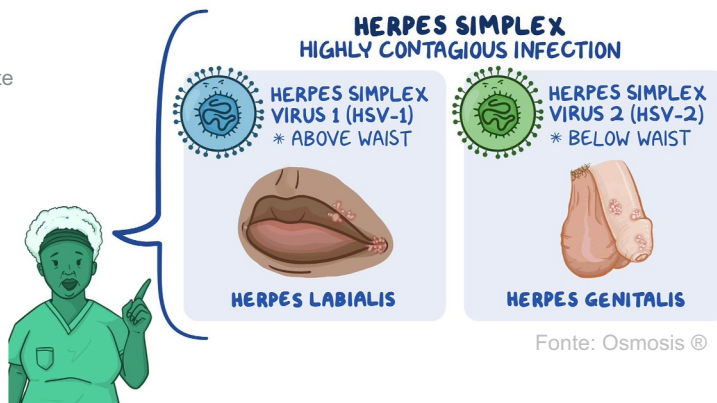
- Zaragatoa SBG **positivo**;
- SBG **desconhecido** e:
  - parto pré-termo (<37 sem);
  - RPPM (< 37sem)
  - RPM ≥ 18h
  - Febre intraparto (T ≥ 38°C)

## HERPES SIMPLEX (HSV)

Herpesviridae – vírus DNA

→ **HSV1**: ++ labial;

**HSV2**: ++ genital → é o mais importante neste contexto



Fonte: Osmosis ®

MD	<b>Manifestações Clínicas</b>  Ciclos de <b>latência-reinfecção</b> ; Se infecção materna for primária tem > risco de infecção neonatal do que na reativação.
	<b>Transmissão Vertical</b>  A infecção perinatal ocorre por via ascendente após rutura de membranas ou por passagem do feto por um canal de parto infectado Se RN com infecção herpética disseminada → prognóstico muito reservado <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lesões pele, microftalmia, coriorretinite e boca</b></li> <li>○ <b>Encefalite</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Até às 6 semanas desconfiar!</b></p>
D	<b>Diagnóstico</b>  Lesões <b>vesiculares eritematosas pruriginosas</b> e adenopatia inguinal dolorosa <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PCR (+ sensível e rápido)</li> <li>○ Testes serológicos (HSV-1 e HSV-2)</li> <li>○ Cultura (menos utilizado)</li> </ul>
GD	<b>Tratamento</b>  Aciclovir oral → sintomas graves  <b>HSV recorrente:</b> Aciclovir > 36 semanas → redução do risco de lesões no parto



Ausência de lesões herpéticas ativas na altura do parto:

= **PARTO VAGINAL**

Se infecção ativa (lesões no colo, vagina ou vulva na altura do parto):

= **CESARIANA**

**Não CI amamentação**  
**excepto se** vesículas na mama



**DICA PNA:** calcificações placenta = infecção por HSV!

# RUBÉOLA

Vírus que causa **mais efeitos teratogénicos!**

→ Rubivirus – vírus RNA  
É muito raro, uma vez que a maioria das mulheres são vacinadas (PNV)

MD

## Manifestações Clínicas

- 25-50% assintomáticas
- síndrome gripal
- **rash maculo-papular:**  
1º face → tronco e extremidades;
- artralgias; artrite;
- linfadenopatia cervical  
(retroauriculares e suboccipitais)



### Transmissão:

secreções nasofaríngeas (semana anterior aos sintomas)

## Transmissão Vertical

12 semanas

16 semanas

< 12s: 90% infeção fetal

> 16s: ↓ risco infeção fetal

- o Aborto espontâneo
- o **Síndrome da Rubéola congénita:**

Surdez neurosensorial; defeitos septo cardíaco; estenose pulmonar; cataratas; microcefalia; microftalmia; hepatoesplenomegalia;

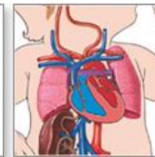


### Triade CCC

Coclear (Surdez NS)  
Cardiopatia  
Cataratas



Microcefalia



CAP



Cataratas

D

## Diagnóstico

Rastreio através de **serologias** na fase aguda e na fase de convalescença (seroconversão) (IgM e IgG):

**Pré-concepcional;**  
**1ºT;**  
**18-20 semanas**

IgM -	IgG -	Não Imune
IgM -	IgG +	Imune
IgM +	IgG +	Infeção recente

### Avidez IgG



Alta avidéz - infeção **Antiga**

Avidez Alta  
infeção > 3M  
**Estudar RN**  
(se 2º e 3ºT)

Avidez Baixa  
infeção recente  
**Estudar RN**  
(regra geral)

GD

## Tratamento

Sem tratamento específico!  
Podemos oferecer Interrupção Médica da Gravidez (IMG)!

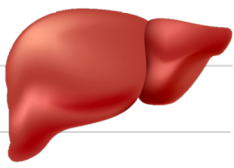
P

## Prevenção

Vacinação – gravidez **X**; amamentação **✓** Evitar contactos



**DICA PNA:** Nos casos clínicos tipicamente descrevem um RN com um **SOPRO** audível;  
- “Grávida de 24 semanas contrai infeção por Rubéola. Qual é o próximo passo?” Tranquilizar + tratamento sintomático” (depois das 16 semanas há baixo risco fetal).



Hepatite A	<b>Sem efeitos</b> específicos na gravidez ou no feto
<div>D</div>	<p><b>Rastreamento universal</b> por pesquisa de HbSAg → 1º e 3º trimestre</p> <p><b>Transmissão</b> via parentérica e sexual</p> <p><b>AgHBe + e elevada carga vírica</b> &gt; risco de transmissão vertical se a infecção materna ocorrer no 3ºT → 90% de probabilidade de Hepatite crônica no RN</p> <p><b>AgHBs positivo</b> deve ser iniciado <b>Tenofovir</b> se HBV crônica e carga vírica elevada (carga viral &gt;6-8<sup>10</sup> cópias/mL)</p>
Hepatite B	<div><div>Filhos de mães AgHbs -</div><div>Filhos de mães AgHbs +</div><div>Filhos de mães AgHbs ?</div><div><div>vacinação VHB habitual</div><div>imunoglobulina + vacinação 1<sup>as</sup> 12h</div><div>imunoglobulina + serologia materna</div></div><div><div>GD</div><div><div>AgHbs + faz vacina</div><div>AgHbs - faz + tarde</div></div><p>Infeção neonatal pode ocorrer pelo aleitamento, mas <b>se o RN recebeu vacina + Imunoglobulina</b> nas 1<sup>as</sup> horas <b>não há contra-indicação</b> à amamentação</p></div></div>
Hepatite C	<div><div>!</div><div><p><b>Não é para rastrear por rotina</b> → apenas <b>grupos de risco</b>:</p><ul style="list-style-type: none"><li>• História de uso de drogas injetáveis;</li><li>• Infecção VIH;</li><li>• História de transfusão sanguínea ou transplante de órgão antes de Julho 1992;</li><li>• História de transfusão de concentrados de fatores de coagulação antes de 1987;</li><li>• Diálise;</li><li>• Sinais e sintomas de doença hepática;</li><li>• Presença de DST.</li></ul></div></div> <div><div>GD</div><p><b>Não há indicação</b> para cesariana nem contra-indicação para <b>amamentação</b>. O tratamento da Hepatite C <b>não é seguro</b> durante a gravidez.</p></div>
Hepatite D	Só infeta na presença de VHB.
Hepatite E	Tem elevada taxa de hepatite fulminante em grávidas.

# HIV

- vírus RNA - HIV-1 (+++) e HIV-2
- Infeta células CD4+: linfócitos, monócitos, células neurais

MD

## Manifestações Clínicas

**Rastreamento universal** → 1º e 3º trimestre  
**Transmissão** sexual, parentérica ou vertical

HIV na gravidez predispõe a outras infecções que podem complicar a gravidez: vaginose bacteriana; herpes genital; candidíase; HPV; sífilis; CMV; toxoplasmose; hepatite B e C.

**Seroconversão:** 2-8 semanas  
**Infecção aguda:** síndrome gripal; na **criança** MPP + adenopatias + diarreia + candidíase

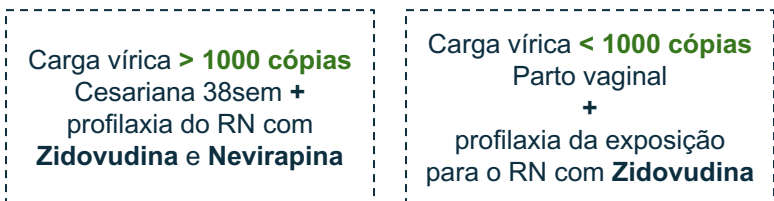
## Transmissão Vertical

Intraparto (+++); transplacentário; amamentação

**Maior transmissão** fetal se:

- carga viral ↑↑
- corioamnionite, RPM, monitorização fetal invasiva
- tipo de parto ( fórceps, ventosa ou episiotomia)

**Às 34-36 sem** devemos pedir carga vírica para avaliar via parto:



D

## Diagnóstico



**Teste rápido:**  
Grávidas em TP com HIV desconhecido → posteriormente confirmado (mas possibilita iniciar terapêutica anti retroviral intraparto de imediato)

GD

## Tratamento

**Terapêutica anti-retroviral (TARV) combinada é fundamental!!**

Pré-concepcional e pré-natal: TARV  
Intraparto: TARV + zidovudina ev  
Recém-nascido: TARV

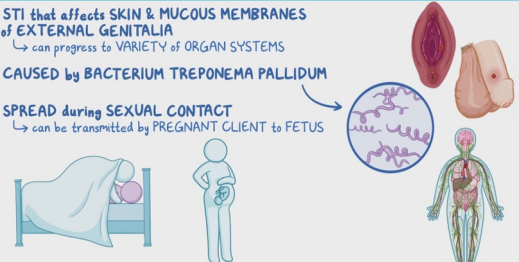
# SÍFILIS

→ *Treponema pallidum*

STI that affects SKIN & MUCOUS MEMBRANES of EXTERNAL GENITALIA  
↳ can progress to VARIETY of ORGAN SYSTEMS

CAUSED by BACTERIUM *TREPONEMA PALLIDUM*

SPREAD during SEXUAL CONTACT  
↳ can be transmitted by PREGNANT CLIENT to FETUS



Fonte: qsimosis ©

MD

## Manifestações Clínicas

**Rastreio universal** → 1º e 3º trimestre com VDRL  
**Transmissão:** contato direto através de mucosas ou lesões cutâneas

**Úlcera firme e bordos elevados**, NÃO dolorosa 6 semanas após a exposição  
1-3 meses após infecção → rash cutâneo, condiloma lata

Aborto espontâneo, morte fetal e neonatal + frequente na grávida não tratada!

**Transmissão vertical transplacentar** > 16 semanas  
**RN** assintomáticos – manifestações aos 10-14 dias

### SÍNDROME SÍFILIS CONGÊNITA

#### Manifestações precoces

rash maculopapular  
corrimento nasal  
hepatoesplenomegália  
linfadenopatia

#### Manifestações tardias

Dentes de Hutchinson  
Nariz em sela  
Tíbia em sabre



### Triade RRR

Rinite sífilítica  
Rash maculopapular nas palmas e plantas  
Raio x (anomalias dos ossos longos → osteocondrite)

D

## Diagnóstico

- Testes de rastreio não treponémicos** (alguns FP): **VDRL e RPR**
- Testes treponémicos específicos:** Confirmação infecção e identificar anticorpos específicos para o *T. pallidum*; permanecem + para a vida!

GD

## Tratamento

**Penicilina** (= não grávida) → único tratamento eficaz!  
Alergias à penicilina: deverão ser dessensibilizados!

### Reacção de Jarisch Herxheimer

Risco de PPT ou sofrimento fetal



**Follow-up:** Títulos VDRL ou RPR durante 1 ano  
Se ↑↑ 4x ou sintomas → Repetir tratamento



## GONORREIA

→ *Neisseria Gonorrhoeae*



**População de risco:** < 25 anos  
ou FR para DST no 1º e 3ºT

MD

### Manifestações Clínicas

**Rastreio em população de risco** → 1ºT e 3ºT

- Manifestações do trato genital inferior
- Aborto
- Parto Pré-termo
- RPPM
- Corioamnionite

### Transmissão Vertical

Pode haver transmissão ao RN durante o trabalho de parto

**Conjuntivite gonocócica neonatal** → profilaxia com eritromicina/tetraciclina gotas oftálmicas

D

### Diagnóstico

Zaragatoa cérvix, vaginal ou uretra  
**TODOS** os casos deverão ser notificados!

GD

### Tratamento

**Ceftriaxone + Azitromicina**

## CLAMÍDIA

→ *Chlamydia trachomatis*

MD

### Manifestações Clínicas

**Rastreio em população de risco** → 1ºT e 3ºT

- ++ assintomática
- uretrite, cervicite mucopurulenta
- Endometrite pós-parto
- Infertilidade

### Transmissão Vertical

Infeção materna na altura do parto pode resultar em consequências para o RN:

- Conjuntivite purulenta pós parto – edema palpebral + secreções aquosas/mucopurulentas
- Pneumonia

D

### Diagnóstico

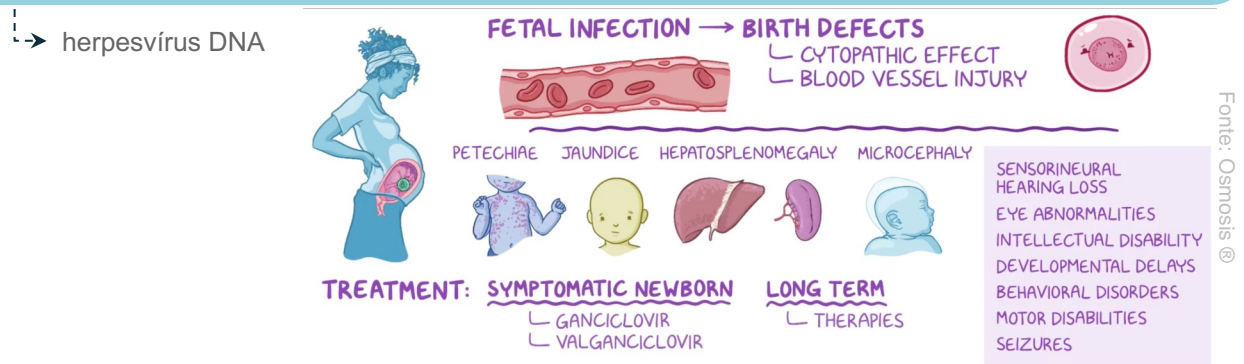
Zaragatoa cérvix, vaginal ou uretra

GD

### Tratamento

**Azitromicina**  
Amoxicilina





MD

Manifestações Clínicas

Rastreio na gravidez **não é** realizado!

**Trasmissão** saliva, esperma, secreções vaginais, leite materno, sangue e urina

**Infeção Primária** → Latente, reativação ou Reinfeção

- ASSINTOMÁTICA**
- Mononucleose like - faringite, linfadenopatia e poliartrite

IgM -	IgG -	Não exposta
IgM -	IgG +	Infeção anterior
IgM +	IgG +	Infeção recente

A presença de IgG anti-CMV não confere imunidade

Avidez IgG

Avidez Alta  
infecção > 3M

Avidez Baixa  
infecção recente

Transmissão Vertical

- Transplacentar
- Parto
- >> assintomáticos!

**Maior transmissão fetal se:**

- IG (< gravidade)
- Infeção primária

**Calcificações intra-cranianas - periventriculares**

**Surdez neurossensorial\***

RCF


Microcefalia

Hepatoesplenomegália

Icterícia

Anemia hemolítica

\*Principal causa infecciosa de défices NS e atraso cognitivo



**Tríade CMV**

Cérebro

Mouco (=surdo)

Visão

D

Diagnóstico

Amniocentese (PCR de LA)

GD

Tratamento

Não existe

# TOXOPLASMOSE

→ *Toxoplasma Gondii* - parasita intracelular

**Rastreo Universal** → PC, 1ºT, 2ºT e 3ºT

**Transmissão para humanos:**

- Alimentos crus ou carne mal cozinhada;
- Contacto com oócitos em fezes de gatos contaminados.
- ++ assintomática e auto-limitada
- fadiga, febre, cefaleias, mialgias, rash maculopapular.

**Infeção confere imunidade!**

IgM -	IgG -	Não Imune
IgM -	IgG +	Imune
IgM +	IgG +	Infeção recente

**Avidez IgG**

Avidez Alta  
infecção > 3M

Avidez Baixa  
infecção recente

PCR líquido  
amniótico

**Manifestações Clínicas**

**Transmissão Vertical**

Transplacentar  
**Maior transmissão fetal** se:  
• maior IG (< gravidade)



**5 C**

Calcificações difusas  
Coriorretinite  
Cóclea  
HidroCefalia  
MacroCefalia

Coriorretinite  
Calcificações intra-cranianas  
Hidrocefalia (convulsões)  
RCF  
Baixo peso ao nascer  
Hepatoesplenomegalia

**Diagnóstico**

**Amniocentese** (PCR de LA) se sinais ecográficos suspeitos:  
• Ventriculomegalia, calcificações intracranianas, microcefalia, RCF

**Prevenção**

**A prevenção é a medida mais importante!**  
Não existe vacinação!  
Alimentos lavados e bem cozinhados;  
Não mudar areia do gato.

**Tratamento**

**ESPIRAMICINA:**

Administração imediata à mãe para ↓ transmissão vertical;  
Não diminui sequelas fetais!

**PIRIMETACINA-SULFONAMIDA + ÁCIDO FOLÍNICO:**

Útil se suspeita de infecção fetal;  
↓ sequelas

# VARICELA

- herpesvírus DNA
- Elevada taxa de **imunidade** nas mulheres em idade reprodutiva!

MD

## Manifestações Clínicas

- sintomas gripais → vesículas e rash característico
- Infecção mais grave no adulto (pneumonia ++)

Sem hx de varicela ou desconhecido

Pedir serologias maternas



## Transmissão Vertical

Mortalidade RN até 30% Doença grave no SNC

infecção 8-20 sem

Infecção 5D antes e até 2D pós-parto

**SÍNDROME VARICELA CONGÊNITA**  
hipoplasia dos membros  
lesões cicatrícias na pele  
corioretinite  
microftalmia  
atrofia cortical  
hidronefrose

**INFECÇÃO NEONATAL VARICELA GRAVE**

↓  
Profilaxia RN c/ Ig  
Se doença aciclovir

D

## Diagnóstico

Amniocentese (DNA viral por PCR do LA)

P

## Prevenção

Se grávida não imune exposta (p.ex contactou com criança com varicela) → Ig contra a varicela nos primeiros 10 dias

GD

## Tratamento

**Sintomatologia:** Aciclovir oral ou ev  
Prevenção de transmissão: Imunoglobulina específica até 96h pós-exposição

# PARVOVÍRUS B19

~ MOST COMMON in YOUNG CHILDREN ~



Fonte: Osmosis ®

MD	Manifestações Clínicas	Parvovírus B19 é a principal causa de hidrôpsia fetal não imune
	Transmissão Vertical	Riscos fetais de aborto espontâneo, hidrôpsia fetal não imune e morte fetal.  A <b>triade</b> hidrôpsia fetal + placentomegalia + restrição do crescimento fetal nas ecografias deve-nos colocar na pista desta doença.
D	Diagnóstico	Amniocentese (PCR de LA) Cordocentese (Serologias fetais)
P	Prevenção	<b>Não existe vacinação</b> Evitar contacto com pessoas infetadas
GD	Tratamento	Não existe Transfusão intra-uterina se evidência de hidrôpsia ou anemia fetal grave

★ **DICA PNA:** “Grávida de 10 semanas vive com o filho de 4 anos, que desenvolve Eritema infeccioso. Qual o próximo passo? Obter as serologias maternas específicas do Parvovírus B19.” – 1º temos de tentar perceber se esta grávida tem ou não imunidade para o Parvovírus e para isso pedimos a IgM e IgG.


# VÍRUS ZIKA

→ Tem como vector de transmissão o *Aedes* (Mosquito).  
Transmitido também por: via sexual e vertical.

MD	Manifestações Clínicas	<ul style="list-style-type: none"><li>Assintomática</li><li>Febre, rash, artralgias, cefaleias, conjuntivite</li></ul>
	Transmissão Vertical	<ul style="list-style-type: none"><li>Microcefalia</li><li>RCIU</li><li>Morte fetal</li></ul>
D	Diagnóstico	Serologia ou amplificação de ácidos nucleicos
GD	Tratamento	<b>Não existe</b>

Em resumo...

	Clínica materna	Clínica feto	Calcificações intracranianas	Cabeça	Hidrópsia fetal
Rubéola	Síndrome gripal like  Rash	<b>Triade CCC</b>  Coclear (Surdez NS) Cardiopatia Cataratas	Não	Microcefalia	Sim
Toxoplasmose	Mononucleose like	<b>5 C</b> Calcificações difusas Coriorretinite Cóclea HidroCefalia MacroCefalia	Sim, <b>difusa</b> Gânglios da base com realce em anel	Macrocefalia	+/-
Sífilis	Úlcera firme e bordos elevados, NÃO dolorosa	<b>Triade RRR</b> Rinite sifilítica Rash Raio x	Não	Não	Não
Zika	Síndrome gripal like + conjuntivite		Sim, difusas	Microcefalia	Sim
CMV	Mononucleose like	<b>Triade CMV</b> Cérebro Mouco (=surdo) Visão	Sim, <b>periventriculares</b> , sem realce em anel	Microcefalia	Sim
Parvovírus B19	Síndrome gripal like + artralgias		Não	Normal	Sim



**DICA PNA:**  
As **calcificações** intracranianas:  
○ **Toxoplasmose** = **difusas**  
○ **CMV** = **periventriculares** (+ microcefalia)