



Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

E-ISSN: 2238-3360

reciunisc@hotmail.com

Universidade de Santa Cruz do Sul
Brasil

Chaída Sonda, Eduardo; Farias Richter, Felipe; Boschetti, Graziela; Pase Casasola, Marcella; Franke Krume, Candice; Hernandes Machado, Cristiane Pimentel
Sífilis Congênita: uma revisão da literatura
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 3, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 28-30
Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463904006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano III - Volume 3 - Número 1 - 2013



ARTIGO DE REVISÃO

Sífilis Congênita: uma revisão da literatura *Congenital Syphilis: literature review*

Eduardo Chaida Sonda¹, Felipe Farias Richter¹, Graziela Boschetti¹, Marcella Pase Casasola¹, Candice Franke Krumel², Cristiane Pimentel Hernandez Machado³

¹Curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul/RS; ²Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul/RS; ³Departamento de Biologia e Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS.

Recebido em: 22/08/2012
Aceito em: 22/01/2013

crisphm@gmail.com

DESCRIPTORES

Sífilis congênita
Treponema pallidum
Transmissão vertical

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% dependendo da doença materna e da fase da gestação. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal. Ainda assim, essa patologia apresenta elevada prevalência, afetando dois milhões de gestantes no mundo. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis congênita representam custos três vezes superior aos cuidados dispendidos a um bebê sem essa infecção. O tratamento é, no geral, realizado com penicilina e deve estender-se aos parceiros sexuais. Não tratar, ou tratar inadequadamente, a sífilis congênita pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum* and has high rates of vertical transmission, which can reach 100% depending on the maternal disease and stage of pregnancy. The diagnosis of gestational syphilis is simple and its screening is required during the prenatal period. However, this disease still has a high prevalence, affecting two million pregnant women worldwide. The procedures performed in newborns with congenital syphilis represent costs that are three-fold higher than the ones spent with a baby without this infection. The treatment is generally carried out with penicillin and must be extended to sexual partners. Inadequate or lack of treatment of congenital syphilis can result in miscarriage, premature birth, acute complications and other fetal sequelae.

KEYWORDS

Congenital syphilis
Treponema pallidum
Vertical transmission

INTRODUÇÃO

A incidência da sífilis congênita representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresentem a doença¹. A sífilis é causada pela infecção pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna. A prevalência brasileira da doença é de 1,6% entre as parturientes, porém estima-se que possa haver uma subnotificação de até 67%, mesmo com o uso do Sistema Nacional de Notificações^{2,3}. A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no interparto ou pós-natal, fato que ressalta a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher⁴. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e a doença deve ser rastreada em todas as gestantes. O tratamento é, no geral, realizado com penicilina e deve estender-se aos parceiros sexuais. Não tratar, ou tratar inadequadamente, a sífilis congênita pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais³.

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, a incidência, no ano de 2011, chegou a 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, tendo as regiões nordeste e sudeste apresentado maiores percentuais se comparadas às outras regiões⁵. Além disso, existe um grande número de casos não notificados, sendo que são evidenciadas taxas de mortalidade perinatal decorrentes à sífilis somente nos Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, conforme os Indicadores Básicos para a Saúde (IDB, 2008) da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA)⁶. A maioria dos neonatos portadores de Sífilis Congênita apresenta prematuridade e baixo peso ao nascer, necessitando ficar por um período maior em Unidades de Terapia Intensiva. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis representam custo três vezes superior aos cuidados dispendidos a um bebê sem essa infecção⁶.

TRANSMISSÃO

A Sífilis Congênita é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, o qual se dissemina por via hematogênica, infectando o feto através da placenta, devido à gestante infectada estar isenta de tratamento ou erroneamente tratada. Tal transmissão é possível em qualquer fase da gestação, sendo mais provável que ocorra na primeira ou segunda fase da doença, podendo chegar a 100% de probabilidade de transmissão vertical. Existe, ainda, a chance de contaminação direta do *T. Pallidum* para o conceito, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante. Quanto ao aleitamento, a transmissão também é viável, desde que lesões mamárias estejam presentes⁷. Cerca de um terço das gestantes infectadas pelo *T. Pallidum* pode evoluir para perda fetal, enquanto outra porcentagem semelhante a essa, tem a sífilis congênita como consequência. Apesar de facilmente prevenível, essa patologia apresenta elevada prevalência, afetando 2 milhões de gestantes no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo quatro vezes mais prevalente que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)³.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Ao nascimento, cerca de dois terços dos nascimentos vivos portadores de sífilis congênita são assintomáticos, enquanto nos demais, as características clínicas variam conforme a classificação da doença⁷. A sífilis congênita precoce apresenta: lesões cutaneomucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos ano-genitais e hepatoesplenomegalia como os principais sinais apresentados, ocorrendo em cerca de 70% dos casos. Enquanto isso, lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite (ex. pseudo-paralisia de Parrot); lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite); lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba) e rinite sanguinolenta surgem em uma minoria dos casos⁸. Além disso, segundo Saraceni et. al. (2005), a prematuridade e o baixo peso ao nascer também são sinais que podem se manifestar na sífilis congênita, estando relacionados diretamente com os óbitos fetais⁶. Por conseguinte, a sífilis congênita tardia tem como características: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano), nariz em sela; tibia em lâmina de sabre, surdez, retardo mental e hidrocefalia⁸.

DIAGNÓSTICO

Para o rastreio e combate da sífilis congênita, o Brasil implementou o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, o qual enfatiza as ações na atenção básica, estimulando a investigação de sífilis para gestantes através do teste VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) no 1º e 3º trimestre^{2,3}. Entretanto, estudos que levantaram dados primários sobre a cobertura dos testes apontaram que 66% a 95% das gestantes teriam acesso a pelo menos um VDRL no pré-natal, mas o acesso ao 2º VDRL, que deveria ser realizado até a 30ª semana de gestação, geralmente alcança menos de um quarto das gestantes (0,2% a 20,7%)³. A partir de um VDRL com resultado < 1:8, está indicado a investigação adicional para sífilis congênita. Desse modo, há disponibilidade do método de pesquisa direta ao *T. pallidum* pela microscopia de campo escuro da placenta ou cordão umbilical, enquanto o teste treponêmico FTA-Abs (técnica de anticorpos fluorescentes) não deve ser realizado em recém-nascidos, pois o teste pode resultar em falsos negativos⁸. Além disso, para avaliação complementar, é importante solicitar uma punção lombar (se sinais de neurosífilis), radiografia de ossos longos, hemograma e teste de anti-HIV^{3,8}.

Para fins de definição de caso, considera-se sífilis congênita precoce até 2 anos de idade, após é considerado sífilis congênita tardia. É considerado caso as seguintes condições: todos os recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas; toda criança com VDRL positivo e uma alteração, tanto clínica, radiológica ou líquórica; VDRL maior ou igual a 4 vezes o título materno no parto; elevação da titulação de VDRL; RN com evidência laboratorial em material colhido de lesão, placenta, ou cordão umbilical; morte fetal após 20 semanas ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe sífilítica, foi incorretamente tratada ou não foi tratada; natimorto com sífilis⁹.

TRATAMENTO

O tratamento da sífilis congênita dependerá de quatro fatores: identificação de sífilis na mãe, adequação ao tratamento, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas no neonato e comparação da sorologia não-treponêmica materna e do neonato¹⁰.

O tratamento com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg, por via endovenosa, de 12 em 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e de 8 em 8 horas até completar 10 dias de vida, ou por penicilina G procaina 50.000 UI/Kg, dose única diária, por via intramuscular durante 10 dias está indicado nas seguintes condições: recém-nascido sintomático, com alteração clínica, sorológica, radiológica e/ou hematológica, cuja mãe com sífilis foi adequadamente tratada, ou cuja mãe com sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (tratamento realizado com penicilina antes de 30 dias do parto, ou sem penicilina); e em recém-nascido de mães tratadas, que possuem VDRL maior que o materno, ou menor ou igual ao materno sem possibilidades de seguimento clínico, ambos os casos com alterações nos exames. Caso haja alterações no líquido, em todos os casos, utiliza-se somente o esquema de penicilina G cristalina⁷.

O tratamento com penicilina G benzatina, 50.000 UI/Kg, dose única, intramuscular, é indicada nas seguintes situações: recém-nascidos assintomáticos de mães incorretamente tratadas, ou de mães tratadas sem possibilidade de acompanhamento clínico, ambos os casos com exames e VDRL negativos; e em recém-nascidos, de mães tratadas, que possuem VDRL menor ou igual ao materno, com outros exames negativos⁷.

O tratamento com penicilina G cristalina, de 4 em 4 horas, é feito em crianças com mais de 1 mês de vida, com quadro clínico e sorológico compatível com sífilis congênita. Em qualquer tratamento, caso haja interrupção por 1 dia, este deverá ser reiniciado⁷.

A injeção, e também, a erupção cutânea (marcador alérgico) pode estar relacionada com a aplicação da penicilina não está sendo realizada em muitos lugares do Brasil, e a justificativa se atribui às reações adversas que a penicilina pode causar, principalmente, a reação anafilática. Esse quadro se intensifica com a adoção de práticas pouco realista em alguns lugares, o que leva as pessoas a procurarem espaços alternativos à aplicação da penicilina, como farmácias¹. Além disso, eventos adversos são constantemente interpretados como reações anafiláticas, como ansiedade, sudorese e medo doença tratada, ou ainda com outra doença concomitante a sífilis. Soma-se a isso que a frequência de reação anafilática está em torno de 0,04% a 0,2%, com uma taxa de letalidade de 0,001%¹.

O manejo da reação anafilática é direcionado às suas manifestações: cutâneas, dificuldades respiratórias, e hipotensão. Deve-se aplicar epinefrina 1:1000 0,3 ml a 0,5 em adultos, e 0,01 ml até 0,3 ml no máximo às crianças, por via intramuscular. Os anti-histamínicos, antagonistas H1 e H2, tem papel adjuvante no manejo da anafilaxia. Para tratar a hipotensão, deve-se deitar o paciente e elevar suas pernas. Para tratar a dificuldade respiratória, deve-se administrar oxigênio por máscara (100%, 4 a 6 L/min), para asma se administra cloreto de sódio 0,9% e fenoterol.

Lembra-se que a troca da penicilina pode ser feita por outros antibióticos, no entanto resulta em um incorreto tratamento, e consequente sífilis congênita¹.

CONCLUSÃO

Esse artigo de revisão teve como objetivo destacar a importância da sífilis como uma das doenças de maior prevalência na transmissão vertical, junto com uma variabilidade de apresentações, e consequentemente o tratamento. A sua prevalência tanto local como a nível mundial segue elevada apesar das medidas preventivas já implantadas. Não podemos deixar de considerar o aspecto relacionado à associação da sífilis com a infecção pelo vírus HIV, cuja incidência também segue elevada, e o tratamento concomitante dos parceiros sexuais, que muitas vezes não é feita de forma adequada o que mantém a cadeia de transmissão. A penicilina continua a ser a droga de escolha para o tratamento, garantindo a cura.

Embora o diagnóstico e o tratamento sejam de fácil acesso e de baixo custo, a sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública e deve continuar sendo alvo de estudos que gerem novas estratégias de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, et al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede dos sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4): 120-127.
2. Simão MBG. Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2007. 22 p.
3. Araújo CL, Shmizu HE, Sousa AIA, et al. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(3):479-86.
4. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(3):370-378.
5. Pereira GFM. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012. Ministério da Saúde – Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais (BRA); 2012. 12 p.
6. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, et al. Mortalidade Perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(4):1244-50.
7. Chequer P. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2006. 70 p.
8. Bergmann DS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2007. 117 p.
9. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, et al. Duas Décadas de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita do Brasil: A Propósito das Definições de Caso. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 2007;19(3-4):111-119.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital Syphilis. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/congenital-syphilis.htm>. Acesso em 14/06/2012.