





No Brasil, a incidência da sífilis entre recém-nascidos é alta. Além disso, é difícil identificar essa doença. A sífilis primária costuma não ser percebida pelo paciente e, na fase latente, pode se prolongar por muitos anos. Por isso, para evitar a *Sífilis Congênita*, é importante que você solicite o teste para seu diagnóstico durante o pré-natal.

A triagem faz parte do exame pré-natal e deve ser realizada no início da gravidez, e de novo no início do 3º trimestre. Também é recomendada durante a internação hospitalar por parto ou aborto. E não esqueça que a sífilis congênita é de notificação compulsória: cada caso diagnosticado deve ser informado à vigilância epidemiológica municipal ou estadual.

O tratamento é simples, barato e efetivo, e o companheiro da mulher infectada também deve ser tratado, para evitar a reinfecção.

Sua atenção a esse problema é fundamental para mudar o quadro da sífilis no País. Pense nisso quando estiver com sua paciente.

Sífilis na Gravidez

===== trate com carinho =====



Conceito

A *Sífilis Congênita* é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitido pela gestante para o seu bebê. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, e o risco é maior para as mulheres com sífilis primária ou secundária.

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de *Sífilis Congênita* ou, mais freqüentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente.



Formas Clínicas

Na **Sífilis Congênita Precoce**, os sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida: baixo peso; coriza serossanguinolenta; obstrução nasal; prematuridade; osteocondrite; choro ao manuseio; pênfigo palmo-plantar; fissura peribucal; hepatoesplenomegalia; alterações respiratórias/pneumonia; icterícia; anemia geralmente severa; hidropsia; pseudoparalisia dos membros; condiloma plano.

Na **Sífilis Congênita Tardia**, os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida, tibia em “lâmina de sabre”; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade no aprendizado.

É considerado **Natimorto por Sífilis** todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior que 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis. O Aborto por sífilis é todo caso de morte fetal com menos de 22 semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas causas de aborto não espontâneo.

É importante descartar a sífilis adquirida em crianças maiores (com testes para sífilis reagentes) principalmente pela possibilidade de abuso sexual.



Exames Complementares

A **Sorologia não-Treponêmica (VDRL e RPR)** é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações, até sua negativação. O recém-nascido não infectado pode apresentar anticorpos maternos transferidos através da placenta, e neste caso, o teste será reagente até o sexto mês de vida aproximadamente.

Sorologia treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, não significa infecção pré-natal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. O FTA-Abs/IgM por sua vez não ultrapassa a barreira placentária, significando, quando reagente no material do recém-nascido, infecção fetal. Porém, tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos negativos. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção, contra-indicando seu uso para acompanhamento. Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses confirmam a infecção.

O **Raio-X de Ossos Longos** demonstra alterações ósseas compatíveis com periostite, osteíte e osteocondrite

O **Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR)** é necessário para detectar ou afastar a neurosífilis. Alterações na contagem de linfócitos (>25 leucócitos/mm³); e na dosagem de proteínas (>100 mg/dl) do recém-nascido (após o período neonatal, os valores são > 5 leucócitos e > 40 MG/Dl, respectivamente) associados ou não com VDRL reagente, definem o quadro.



Prevenção e Controle

Antes da Gravidez

Prevenção da sífilis entre a população-geral:

- Uso regular de preservativos;
- Redução do número de parceiros sexuais;
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros;
- Realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar;
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Tratamento da sífilis adquirida:

1. **Sífilis primária** (cancro duro): Penicilina G Benzatina - 2.400.000 UI/IM.
2. **Sífilis secundária ou latente recente** (menos de 1 ano de evolução): Penicilina G Benzatina - 2.400.000 UI/IM, repetindo a mesma dose uma semana depois. Dose total: 4.800.000 UI.



Prevenção e Controle

3. **Sífilis terciária, sífilis com mais de 1 ano de evolução, ou com duração ignorada:** Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, em 3 aplicações, com intervalo de 1 semana entre cada aplicação. Dose total: 7.200.000 UI.
4. **Alternativo devido a alergia a Penicilina:** Eritromicina (estearato ou estolato) 500 mg 6/6 h; ou Tetraciclina 500mg 6/6h; ou Doxiciclina 100mg 12/12h, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia). Testes alérgicos padronizados e dessensibilização são opcionais.

Importante: as aplicações de penicilina serão de 1.2 milhão de unidades em cada glúteo; orientar para que os pacientes evitem relações sexuais até que o seu tratamento (e o do parceiro com a doença) se complete; realizar controle de cura trimestral através do VDRL; tratar novamente em caso de interrupção do tratamento ou da quadruplicação dos títulos (ex.: de 1:2 para 1:8).



Prevenção e Controle

Durante a Gravidez

Diagnóstico precoce de sífilis materna no pré-natal

Realizar o teste VDRL ou RPR no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez (para detectar infecção próximo ao final da gestação). Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica) considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL (RPR) reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente.

Tratamento imediato dos casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros (evitando a reinfecção da gestante)

- Utilizando as mesmas dosagens apresentadas para a sífilis adquirida;
- Orientar para que os pacientes evitem relação sexual até que o seu tratamento (e o do parceiro com a doença) se complete;
- A gestante realizará o controle de cura **mensal** através do VDRL;
- Tratar novamente em caso de interrupção de tratamento ou quadruplicação dos títulos (ex.: de 1:2 para 1:8);
- Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, podem ser tratadas



Prevenção e Controle

unicamente com Estearato de Eritromicina 500 mg VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia). Entretanto, esta gestante não será considerada adequadamente tratada

São considerados **Tratamentos Inadequados para Sífilis Materna** a aplicação de qualquer terapia não-penicilínica, ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose); a instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto; além dos casos de manutenção de contato sexual com parceiro não tratado.

Importante: Testes anti-HIV e aconselhamento devem ser oferecidos a toda as gestante, de modo a permitir, se necessário, introduzir rapidamente ações profiláticas visando a redução do risco de transmissão vertical do HIV.



Prevenção e Controle

Admissão para Parto ou Curetagem

Triagem para sífilis no local do parto

Realizar o VDRL, ou o RPR, em toda mulher admitida para parto ou curetagem por abortamento. Para toda gestante hospitalizada por qualquer intercorrência durante a gravidez, é recomendável, para diagnóstico precoce, solicitar o VDRL. Iniciar imediatamente o tratamento da puérpera e seu parceiro.

Manejo adequado do recém-nascido

- Realizar VDRL ou RPR em amostra de sangue periférico dos recém-nascidos cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação ou parto; ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita;
- Tratamento imediato dos casos detectados;
- Notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os natimortos ou aborto por sífilis.



Manejo clínico

No Período Neonatal

- A. Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada, ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar raio-X de ossos longos, punção lombar, e outros exames, quando clinicamente indicados:
- A1. Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas mas não líquóricas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, IV, 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias;
 - A2. Se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, em 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 14 dias;
 - A3. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com Penicilina G Benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, IM. O acompanhamento é mandatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico (ver o item seguimento), após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o plano A1.



Manejo clínico

- B. Entre os recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido. Se este for reagente com titulação maior que a materna e/ou na presença de alterações clínicas, realizar raio-X de ossos longos e análise do líquido (LCR). Neste caso:
 - B1. Se houver alterações radiológicas, sem alterações líquóricas, tratar como A1;
 - B2. Se houver alteração líquórica, tratar como A2;
- C. Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, realizar o VDRL em amostra de sangue periférico. Se o bebê não for reagente ou for reagente com titulação menor ou igual à da mãe, e também for assintomático e com o raio-X de ossos longos sem alterações, proceder apenas ao seguimento ambulatorial.

Obs.: Na impossibilidade de realizar a análise líquórica tratar o caso como neurosífilis.



Manejo clínico

Após o Período Neonatal (a partir do 28º dia de vida)

Crianças com quadro clínico sugestivo de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se a rotina referida. Confirmando-se o diagnóstico, iniciar o tratamento (mencionado anteriormente), observando o intervalo das aplicações da Penicilina G Cristalina, que deverá ser de 4 em 4 horas, e da Penicilina G Procaína, de 12 em 12 horas, sem modificações nas dosagens descritas.

Seguimento

- Avaliações mensais, no primeiro ano de vida;
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo quando se observar negatificação;
- Diante das elevações de títulos sorológicos, ou da sua não-negatificação até os 18 meses, reinvestigar o paciente;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral;
- Nos casos onde o LCR esteve alterado, deve-se proceder à reavaliação líquórica a cada 6 meses, até a normalização do mesmo;



Manejo clínico

- Nos casos de crianças tratadas inadequadamente, na dose e/ou tempo preconizados, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial. Havendo alterações, recomenda-se reiniciar o tratamento da criança conforme o caso, obedecendo aos planos já descritos. Se o resultados forem normais, o seguimento é ambulatorial.

Lembre-se: A notificação dos casos de sífilis adquirida e congênita deve ser sempre realizada.

A informação para a população e a orientação sobre a tomada de decisões na luta contra esta doença dependem da notificação adequada de todos os casos diagnosticados.

Faça sua parte. Nós podemos mudar esse panorama.



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**



**GOVERNO
FEDERAL**
Trabalhando em todo o Brasil

Produto financiado com recursos do Projeto AD/BRA99/E02UNDCP e CN-DST/AIDS - SPS/MS.