



SÍFILIS

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

- A sífilis congênita, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é transmitida ao feto por mãe portadora de infecção ativa em qualquer estágio (principalmente nos estágios primário e secundário). Raramente é adquirida por meio do contato com lesão genital ou mamária.
- Há dois tipos principais de testes sorológicos para sífilis: não treponêmicos e treponêmicos:

Testes não treponêmicos (reagínicos)

- São eles o VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*).
- No Brasil, o VDRL é o teste mais comumente utilizado. É um teste quantitativo, cujo resultado se dá em diluições (1:8, 1:16, 1:32, etc.). É de fácil realização e baixo custo, mas deve ser cuidadosamente interpretado. São altamente sensíveis (78 a 100%). A quantificação permite estimar o estágio da infecção e a resposta à terapêutica, quando dois ou mais testes são feito em diferentes momentos.

Testes treponêmicos

- São eles TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*); FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). São testes mais complexos e de maior custo. Detectam anticorpos específicos contra o treponema. São úteis para confirmação diagnóstica quando um teste reagínico for positivo.
- O Ministério da Saúde do Brasil preconiza realizar o VDRL na primeira consulta pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e no início do terceiro trimestre (28ª semana), sendo repetido na admissão para parto ou aborto. Na ausência de teste confirmatório (treponêmico), deve-se considerar para o diagnóstico de sífilis as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente de forma adequada
- A maioria das crianças (mais de 60%) é assintomática ou apresenta poucos sinais ao nascer, os profissionais devem basear-se na história materna para determinar se o RN possui risco de ser portador de sífilis congênita.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO NO RN

Quando sintomáticos ao nascer, os RN podem apresentar as seguintes manifestações, em ordem decrescente de frequência:

- Hepatoesplenomegalia.
- Prematuridade.
- Restrição do crescimento intrauterino.
- Lesões cutâneo-mucosas (pênfigo palmoplantar, exantema maculopapular, rinite serossanguinolenta).
- Lesões ósseas (periostite, osteíte ou osteocondrite, que podem causar dor e pseudoparalisia dos membros).
- Adenomegalia generalizada.
- Lesões pulmonares (pneumonia alba).

- Lesões renais (síndrome nefrótica).
- Edema, hidropsia.
- Meningoencefalite assintomática.
- Anemia

Os achados laboratoriais mais frequentes na sífilis congênita incluem alterações radiológicas de ossos longos e alterações no líquido cefalorraquídeo (LCR), hematológicas (anemia, leucopenia ou leucocitose e trombocitopenia) e de enzimas hepáticas. O diagnóstico de meningoencefalite é baseado nas alterações sorológicas, citológicas e/ou bioquímicas do LCR, sendo utilizadas para diagnóstico de neurosífilis. Essas alterações geralmente estão presentes nas crianças sintomáticas, mas também podem ocorrer nas assintomáticas.

TRATAMENTO PARA SÍFILIS PRECONIZADO DURANTE A GESTAÇÃO E RESPOSTA SOROLÓGICA

Toda vez que ocorrerem as seguintes situações, o tratamento materno deve ser considerado inadequado:

- Uso de terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose).
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou término da terapia preconizada menos de 30 dias antes do parto.
- Manutenção de contato sexual com parceiro não tratado.
- Ausência de confirmação de decréscimo dos títulos reagínicos.
- Evidência de reinfeção (incremento dos títulos reagínicos em pelo menos quatro vezes).

TRATAMENTO DO RN

Todo RN com sífilis congênita confirmada ou provável deve ser tratado e acompanhado até a confirmação da cura.

O regime terapêutico preferencial em casos de infecção provável é o uso de penicilina cristalina, podendo-se utilizar a penicilina procaína, preferencialmente nos casos com exame de LCR normal. A penicilina G benzatina pode ser utilizada nos casos de infecção pouco provável.

TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

RN até 4 semanas de idade:

- | | |
|--------------------------------|---|
| • Penicilina G Cristalina (EV) | 50.000UI/Kg/dose, 2 doses por dia (12/12 horas) na 1a semana
3 doses por dia (8/8 horas) entre a 2a e a 4a semanas
Duração do tratamento: 10 dias |
| • Penicilina G Procaína (IM) | 50.000UI/Kg/dose, dose única diária, 10 dias |
| • Penicilina G Benzatina (IM) | 50.000UI/Kg/dia, dose única |

Crianças com idade maior que 4 semanas

- | | |
|--------------------------------|--|
| • Penicilina G Cristalina (EV) | 50.000UI/Kg/dose, 4/4 horas, 10 dias |
| • Penicilina G Procaína (IM) | 50.000UI/Kg/dose, 12/12 horas, 10 dias |
| • Penicilina G Benzatina (IM) | 50.000UI/Kg/dia, dose única |

ACOMPANHAMENTO DO RN

- É importante que todos os RN tratados para sífilis congênita confirmada ou suspeita sejam acompanhados, para assegurar que o tratamento foi efetivo.
- Os testes sorológicos reagínicos devem ser verificados a cada 2–3 meses após o tratamento, até que sejam documentados dois títulos negativos com intervalo mínimo de 30 a 40 dias entre eles

A avaliação complementar do RN com suspeita de sífilis congênita deve incluir:

- VDRL (realizado em sangue periférico do RN e **não** no sangue do cordão umbilical).
- Radiografia de ossos longos (metáfises e diáfises de tíbia, fêmur e úmero).
- Líquor cefalorraquidiano (VDRL, celularidade e proteinorraquia).
- Hemograma.
- Dependendo das manifestações clínicas: dosagem de bilirrubinas, enzimas hepáticas, Rx de tórax, função renal, etc.

Os títulos de VDRL podem ajudar na interpretação. Geralmente são elevados nas infecções recentes, (>1:16, >1:32), apesar de poderem ser menores ou até negativos nas infecções maternas muito recentes. Quando estiver disponível mais de um teste no período pré-natal, pode-se identificar a conversão de negativo para positivo ou incremento dos títulos.

Nas infecções latentes ou anteriormente tratadas, os títulos são usualmente menores (< 1:8) e estáveis com o passar do tempo.

POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES DE RESULTADOS DE TESTES SOROLÓGICOS PARA SÍFILIS EM MÃES E RN

- **Mãe e RN VDRL negativos e TPHA ou FTA-ABS na mãe negativo** – sem sífilis ou com sífilis em incubação na mãe e no RN
- **Mãe e RN com VDRL positivos e TPHA ou FTA-ABS na mãe negativo** - Mãe sem sífilis, teste reagínico falso –positivo na mãe com transferência passiva para o RN
- **Mãe e RN com VDRL positivos e TPHA ou FTA-ABS na mãe positivo** - Sífilis materna recente ou latente com possível infecção do RN ou mãe tratada para sífilis durante a gestação
- **Mãe VDRL positivo, RN VDRL negativo e TPHA ou FTA-ABS na mãe positivo** - Sífilis materna recente com possível infecção do RN ou mãe tratada durante a gestação
- **Mãe e RN VDRL negativos e TPHA ou FTA-ABS na mãe positivo** - Mãe tratada com sucesso para sífilis na gestação. Teste treponêmico falso-positivo. Infecção materna recente com VDRL falso-negativo.

O teste VDRL negativo no RN não exclui a possibilidade de sífilis congênita. Se não há outros elementos sugerindo sífilis congênita, deve-se repetir o teste com intervalo de 30 dias para confirmar a ausência de infecção

Situações em que o tratamento materno deve ser considerado inadequado:

- Uso de terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose).
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou término da terapia preconizada menos de 30 dias antes do parto.
- Manutenção de contato sexual com parceiro não tratado.
- Ausência de confirmação de decréscimo dos títulos reagínicos.
- Evidência de reinfeção (incremento dos títulos reagínicos em pelo menos quatro vezes).

Interpretação da radiografia de ossos longos e exame de líquido (LCR)

- A importância da avaliação dos ossos longos deve-se ao fato de que são encontradas lesões em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita. Podem também representar a única alteração em RN sem outros sinais de infecção (em 4 a 20% dos casos). Sinais radiológicos de periostite, osteíte ou osteocondrite podem ser facilmente identificados.
- Alterações líquóricas também são mais comuns em crianças portadoras de outras manifestações. O exame pode identificar alterações em pequena proporção de crianças assintomáticas e auxiliar na orientação do tratamento e seguimento.

LEITURA SUGERIDA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.2. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).