

① Aspectos Epidemiológicos

A Sífilis Congênita tem como agente etiológico o *Treponema pallidum* que, estando presente na corrente sangüínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sangüínea do feto.

A infecção do feto está na dependência do estado da doença na gestante: quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais severo será o comprometimento fetal. Inversamente, a formação progressiva de anticorpos pela mãe atenuará a infecção no feto; assim, mães soropositivas para sífilis podem dar à luz crianças saudáveis.

A infecção materna nos últimos meses de gestação dependendo da carga de treponema recebida e de sua virulência, poderá determinar uma evolução fulminante, se o diagnóstico não for feito rapidamente. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase da infecção na gestante e do trimestre da gestação.

Apesar da Sífilis Congênita ser doença de notificação compulsória no país, não se conhece a sua exata magnitude, devido à subnotificação.

Estudos de prevalência de soropositividade ao VDRL em gestantes, realizados no país entre 1987 e 1992, mostram uma variação entre 2.3 e 11,5%.

A taxa de mortalidade por Sífilis Congênita, no Brasil, variou de 70 a 100 por 1 milhão de nascidos vivos, no período de 1979 a 1990, estimando-se em 40% a taxa de mortalidade fetal e perinatal.

② Aspectos Clínicos

A **Sífilis Congênita**, segundo sua forma de apresentação e o estágio presumido de evolução, é classificada em duas formas clínicas, que exigem condutas terapêuticas e de acompanhamento particularizadas.

É considerada **Sífilis Congênita Precoce** todo caso diagnosticado em crianças com menos de 2 anos e, **Sífilis Tardia** todo caso em crianças com 2 anos ou mais, uma vez descartada a possibilidade de Sífilis adquirida.

Sífilis Congênita Precoce: os sinais precoces mais característicos são rinite sanguinolenta e persistente, o condiloma plano, osteocondrite e as dermatites. Podem auxiliar no diagnóstico: a hepato-esplenomegalia, o baixo peso, alterações respiratórias, a prematuridade, a imobilidade (pseudoparalisia) e o choro ao manuseio (determinados pela osteocondrite). Na prática clínica, muitas vezes, o quadro clínico é oligo ou assintomático, o que reforça a necessidade de que os profissionais de saúde realizem a triagem sorológica, como recomendado no

item Sorologia não Treponêmica. As manifestações de Sífilis Congênita precoce mais freqüentes, em ordem decrescente, são:

Achados Clínicos	(%)
Hepatomegalia	80
Anormalidades ósseas	71
Peso ao nascer menor que 2.500 g	44
Lesões cutâneas	43
Pneumonia	42
Hiperbilirrubinemia	40
Esplenomegalia	36
Anemia severa, Hidropisia, Edema	34
Coriza, Obstrução nasal	25
Paralisia dos membros (Pseudoparalisia de Parrot)	16
Pancreatite	14
Anormalidades do SNC	13
Nefrite	11
Falta de crescimento	10

Fonte: (Miura, 1989, APUD Paulo Naud)

- Sífilis Congênita Tardia:** os sinais tardios mais sugestivos são: a tibia em lâmina de sabre, a fronte olímpica, o nariz em sela e os dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson). São auxiliares os seguintes sinais: ceratite intersticial, a surdez neurológica e a dificuldade no aprendizado. As manifestações de Sífilis Congênita tardia mais freqüentes, em ordem decrescente, são:

Achados Clínicos	(%)
Bossa Frontal de Parrot (fronte olímpica)	87
Mandíbula curva	84
Arco palatino elevado	76
Tríade de Hutchinson	75
- dentes de Hutchinson	63
- ceratite intersticial	09
- lesão do VIII nervo	03
Nariz em sela	73
Molares em amora	65
Tibia em sabre	04

Fonte: (Miura, 1989, APUD Paulo Naud)

3 Diagnóstico Laboratorial

- Pesquisa Direta Através da Microscopia em Campo Escuro:** indicado para material das bolhas das dermatites e do condiloma plano. Permite visualização do *Treponema pallidum*. Um único teste tem sensibilidade não superior a 50%. A não detecção do *Treponema* não exclui o diagnóstico de sífilis, pois, mesmo usando técnica correta, uma das seguintes situações pode ocorrer: um número

insuficiente de microrganismos estava presente; o paciente já fez uso de antibióticos; ou a lesão se encaminhava para a resolução natural.

- ☑ **Sorologia não Treponêmica: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin):** ambos detectam anticorpos do paciente dirigidos contra cardiolipina (antígeno), e têm semelhantes especificidade (98%) e sensibilidade (80% na fase primária, 100% na fase secundária e 80% na fase latente). Ao contrário do VDRL, o RPR não necessita de microscópio para leitura dos resultados. Ambos permitem testes qualitativos (reagente/não reagente) e quantitativos (titulações). São importantes para o diagnóstico (**títulos a partir de 1:2 devem ser considerados para o diagnóstico**) e seguimento pós-terapêutico (esses testes, em geral, resultam reagentes por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, porém apresentam progressiva queda nas titulações, até que se tornem não-reagentes). O VDRL realizado em amostra de sangue do cordão umbilical do recém-nascido é menos específico que o realizado em amostra de sangue de vaso periférico, pois, no primeiro, há mistura com o sangue materno e intensa atividade hemolítica, levando a grande número de sororreações falso-negativas, devendo portanto ser abandonado como prática de rotina.
 - ☑ **Sorologia Treponêmica: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), FTA-Abs/IgM e MATP (Microhaemagglutination Assay for Antibodies to *T. pallidum*):** são testes mais específicos, pois utilizam o *T. pallidum* como antígeno. São testes confirmatórios, úteis para exclusão de falsos positivos à sorologia não treponêmica. O MHATP é um pouco menos específico que o FTA-AbS, porém é mais fácil de realizar, pois não necessita de técnicas e microscópio para imunofluorescência. O FTA-AbS/IgM não é disponível como um exame de rotina. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção.
 - ☑ **Outros Exames**
 - **RX de Ossos Longos** (úteis para demonstrar alterações ósseas nas metáfises e/ou epífises).
 - Exame do Líquido Céfalo-Raquidiano/LCR (no caso de neurosífilis, detecta-se alterações na contagem de linfócitos, na dosagem de proteínas e os testes sorológicos para Sífilis podem ser reagentes). Recomenda-se realizar LCR em todos recém-nascidos inclusos na definição de caso, pois a conduta terapêutica dependerá da confirmação, ou não, de neurosífilis.
 - ☑ **Aspectos Terapêuticos:** como já mencionado, a conduta terapêutica varia de acordo com a classificação clínica do caso. Apresenta-se, a seguir, as recomendações terapêuticas para a Sífilis Congênita.
 - ☑ **No Período Neonatal:** para todos os casos, teremos que ter em mente que: a) **toda gestante terá VDRL à admissão hospitalar ou imediatamente após o parto;** b) todo recém-nascido cuja mãe tenha sorologia positiva para sífilis, deverá ter VDRL de sangue periférico.
-

- A. Nos recém-nascidos de **mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada**¹, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: raio X de ossos longos, punção lombar², e outros exames quando clinicamente indicados.
- A1 - **Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas**, o tratamento deverá ser feito com Penicilina Cristalina na dose de 100.000 U/Kg/dia E.V. em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade³, por 7 a 10 dias; ou Penicilina G procaína: 50.000 U/Kg I.M. por 10 dias.
- A2 - **Se houver alteração liquórica**: realizar o tratamento com Penicilina G. Cristalina na dose de 150.000 U/Kg/dia E.V. em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 14 dias.
- A3 - **Se não houver** alterações clínicas, radiológicas, liquóricas **e** a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com Penicilina Benzatina, via IM, na dose única de 50.000 U/Kg. O acompanhamento ambulatorial é desejável, incluindo o seguimento do VDRL sérico com 1 e 3 meses.
- B. Nos recém-nascidos de **mães adequadamente tratadas**: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém nascido; se este for reagente ou na presença de alterações clínicas, realizar raio X de ossos longos e punção lombar.
- B1 - **Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas**, tratar como em "A.1".
- B2 - **Se a sorologia (VDRL) do recém-nascido for 4 vezes maior** (ou seja duas diluições) que a da mãe, tratar como em "A.1".
- B3 - **Se houver alteração liquórica** - tratar como em "A.2".
- B4 - **Se não houver** alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, acompanhar o paciente, mas na impossibilidade, tratar com Penicilina Benzatina, via IM, na dose única de 50.000 U/Kg.

Observações:

- a) No caso de interrupção por mais de 1 dia, o tratamento deverá ser reiniciado.
 - b) Em todas as crianças sintomáticas deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho).
- **Seguimento:** ambulatorial mensal:
 - realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses , interrompendo quando negativo;
 - diante das elevações de títulos sorológicos ou da não negatificação destes até os 18 meses, reinvestigar o paciente.

¹ Tratamento inadequado consiste na aplicação de qualquer terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta, ou instituição do tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto.

² Na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis.

³ Em duas vezes nos menores de 7 dias de vida e três vezes para os maiores de 1 semana de vida.

- ☑ **Após o Período Neonatal:** em toda criança com suspeita de sífilis congênita fazer o exame do LCR e iniciar o tratamento com penicilina G. cristalina 100.000 a 150.000 U/Kg/dia, administrada a cada 4 a 6 horas, durante 10 a 14 dias.

4 Vigilância Epidemiológica

A Sífilis Congênita é de notificação compulsória em todo o país.

A meta de **Eliminação da Sífilis Congênita até o ano 2.000** requer que o sistema de vigilância epidemiológica tenha elevada sensibilidade para detectar o maior número possível de casos. O Comitê Assessor para Eliminação da Sífilis Congênita do Programa Nacional de DST/AIDS elaborou nova definição de caso (ver item definição de caso de sífilis congênita), em 1992, para atender a essa necessidade.

- ☑ **Notificação:** a Sífilis Congênita é doença de notificação compulsória e as principais fontes de informação são as unidades de pediatria, maternidades e outros locais de atenção ao parto. As notificações devem ser encaminhadas através do Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis - SINAN - Doenças agudas.

- ☑ **Definição de Caso de Sífilis Congênita:** até agora, a vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita tem-se baseado em uma definição de caso, que envolve exame físico, resultados laboratoriais, radiológicos e acompanhamento de dados sorológicos. Como nem todos os serviços estão aparelhados para cumprir esses critérios, ocorre a subnotificação de casos, além de tornar difícil a comparabilidade dos dados disponíveis. Devido à necessidade de padronização e de simplificação da vigilância epidemiológica, visando à **ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA ATÉ O ANO 2.000**, será considerado como caso de **SÍFILIS CONGÊNITA:**

1. toda criança cuja MÃE teve Sífilis NÃO TRATADA ou INADEQUAMENTE TRATADA, independentemente da presença de sinais, sintomas e resultados laboratoriais;
 2. toda criança que apresentar um **TESTE REAGÍNICO POSITIVO** para Sífilis e alguma das seguintes condições:
 - evidência de sintomatologia sugestiva de Sífilis Congênita ao exame físico, como: hepatomegalia, erupção cutânea, condiloma lata, icterícia (hepatite sífilítica), pseudo-paralisias, anemia, trombocitopenia ou edema (síndrome nefrótica), ceratite intersticial, surdez neurológica, arqueamento anterior da tíbia, nariz em sela, entre outros;
 - evidência de Sífilis Congênita ao exame radiológico;
 - evidência de alterações no Líquido Céfalo-Raquidiano (LCR): teste para anticorpos, contagem de linfócitos e dosagem de proteínas;
 - títulos reagínicos do recém-nato maior ou igual a 4 vezes o título materno, na ocasião do parto;
 - evidência de elevação de títulos reagínicos em relação a títulos anteriores;
 - positividade para anticorpos IgM contra *Treponema pallidum*.
 3. toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necrópsia, em exame reali-
-

zado ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE CAMPO ESCURO, IMUNO-FLUORESCÊNCIA ou outra coloração específica;

4. toda criança com teste reagínico positivo após o sexto mês de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de Sífilis adquirida; e
5. todo caso de MORTE FETAL ocorrida após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi inadequadamente tratada, é definido como NATIMORTO SIFILÍTICO.

Para fins de classificação do caso, considera-se **SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE** aquela diagnosticada até o segundo ano de vida. Após essa idade/data será considerada **SÍFILIS CONGÊNITA TARDIA**, desde que seja descartada a possibilidade de Sífilis adquirida. Pode ser difícil distinguir entre SÍFILIS CONGÊNITA e a ADQUIRIDA em uma criança soropositiva maior de 2 anos de idade. Nem sempre os sintomas são evidentes ou podem, ainda terem se desenvolvido. Valores anormais no LCR em relação ao número de linfócitos e proteínas e presença de anticorpos IgM específicos podem ser encontrados em ambas as situações. Achados nos exames radiológicos de ossos longos podem ajudar, desde que se considere como clássico para Sífilis Congênita as alterações radiológicas das metáfises e/ou epífises. A decisão final deve ser baseada na história materna e no julgamento clínico. A possibilidade de ABUSO SEXUAL não pode ser afastada.

Observação:

1. Tratamento inadequado da gestante consiste na aplicação de qualquer terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta, ou instituição de tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto. O tratamento correto para **Sífilis Adquirida Recente** é: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, para os casos de sífilis primária (cancro duro), repetindo a mesma dose uma semana depois nas outras formas clínicas de sífilis recente, totalizando 4.800.000 UI; para a **Sífilis Adquirida Tardia** acrescenta-se mais uma dose na terceira semana, chegando a 7.200.000 UI.
2. Essa definição é uma adaptação da publicada pelo Center for Diseases Control and Prevention - CDC, em 1989.

5 Medidas de Controle

A melhor medida de controle da Sífilis Congênita consiste em conceder a toda gestante um pré-natal adequado.

A Sífilis Congênita é uma das enfermidades mais facilmente preveníveis, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada juntamente com o(s) seu(s) parceiro(s).

Quanto mais recente for a Sífilis adquirida pela gestante, maior será a intensidade e probabilidade de transmissão vertical do *T. Pallidum*. A implicação direta desse fato está em sua relação com os serviços de atenção pré-natal, pois nem sempre a gestante inicia o pré-natal durante o primeiro trimestre de gravidez, ou o teste de triagem, com sorologia não treponêmica, é realizado.

Conforme normatiza as Coordenações Materno-Infantil e de DST/Aids do Ministério da Saúde (COMIN-MS e CN-DST/Aids), **deverão ser realizados pelo menos dois exames de VDRL durante a gestação**: um, no 1º trimestre, ou no primeiro contato da paciente com o serviço de saúde, e outro, no início do 3º trimestre.

A **gestante com Sífilis e seus parceiros deverão ser tratados** e orientados para a adoção de medidas preventivas para as DST. É importante lembrar que a orientação para prevenção deve ser contextualizada às possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento. Neste momento, deve-se oferecer ainda, o teste anti-HIV.

Em maternidades e locais de parto, deverá ser feita a triagem de casos de sífilis, através da **realização do VDRL em todas as gestantes**, permitindo detectar e tratar precocemente os casos de Sífilis Congênita que os serviços de saúde não conseguiram evitar.

Ao se detectar um caso de Sífilis Congênita (**incluindo os natimortos sífilíticos**), além das medidas terapêuticas e o seguimento sorológico, o serviço de saúde deverá notificar o caso, e promover sua investigação epidemiológica. Essa investigação tem por objetivo identificar os determinantes da ocorrência do caso. Dentre esses deve-se dar ênfase aos que:

- a) **permitiram a infecção materna**: dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, sua resolutividade, informações errôneas ou insuficientes sobre as DST, fatores econômicos e sociais; e
- b) **impediram a detecção e cura da infecção materna**: na realização de pré-natal ou sua realização incompleta (VDRL não disponível, não solicitado ou solicitado tardiamente, infecção detectada, mas tratada inadequadamente, reinfeção da gestante por parceiro não tratado).

A análise desses fatores permitirá que os serviços de saúde se aperfeiçoem para que novos casos sejam evitados.

Essa investigação se fará utilizando formulários específicos como o roteiro para investigação de caso.
