

Sífilis Congênita

Descrição

Transmissão

A transmissão materno-fetal pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é maior nas iniciais quando a espiroquetemia é importante. Quanto mais avançada a gestação e mais recente for a sífilis materna, maior o risco de infecção fetal. A transmissão é via transplacentária, hematogênica, e faz com que o feto inicie a doença na forma secundária. Não é comum a transmissão pelo canal de parto através do contato com o cancro e durante a amamentação, quando existem lesões no mamilo.

Manifestações clínicas

A sífilis congênita pode se manifestar de forma assintomática, oligossintomática ou mesmo com variedade grande de sinais e sintomas neonatais. Há 2 formas de apresentação (precoce e tardia), em função do início dos sintomas aparecerem antes e após 2 anos de vida.

Sífilis congênita precoce

Geralmente, o recém-nascido (RN) é prematuro e com baixo peso e raramente apresenta retardo de crescimento intrauterino. As manifestações clínicas são diversas:

Formas de apresentação	Tipo de alterações
Alterações Muco-cutâneas	Exantema maculo-papular, na região perioral, palma das mãos e planta dos pés, pênfigo palmo plantar, condiloma plano assintomático, rinite serosanguinolenta
Sistema RE e Hematológico	Hepatomegalia, esplenomegalia, hepatite, adenopatia, anemia, leucopenia, leucocitose, linfocitose e plaquetopenia
Sistema Esquelético	Osteocondrite (após 5 semanas), periostite (16 semanas) nos ossos longos, costela e crânio, pseudoparalisia de Parrot. Geralmente, as alterações são bilaterais e simétricas
Sistema Nervoso Central	Meningite, alterações meningovasculares, síndrome convulsiva
Outras manifestações	Síndrome nefrótica, coriorretinite, uveíte, glaucoma, fotofobia, lacrimejamento, pneumonia, síndrome de má absorção

Descrição

Sífilis congênita tardia

Esta forma de apresentação aparece após 2º ano de vida e as manifestações principais estão descritas abaixo:

Formas de apresentação	Tipo de alterações
Alterações do SNC, sistema esquelético, alterações neurossensoriais, alterações oculares	Fronte olímpica, palato ogival, rágades periorais, alargamento esterno-clavicular e tibia em sabre, ceratite intersticial, além de surdez do 8º par, retardo mental, hidrocefalia, convulsões

Diagnóstico

Abordagem diagnóstica

O diagnóstico é clínico e laboratorial, confirmando-se com testes sorológicos séricos e no líquido. O esquema diagnóstico e terapêutico está demonstrado no “Algoritmo de abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis congênita”, na seção Terapia, à direita.

Testes de detecção

A IgG do RN é de origem materna e a IgM é produzida pelo próprio RN. A interpretação da IgG do RN necessita de comparação dos títulos obtidos do RN com os obtidos na mãe e o seguimento longitudinal da IgG do RN. Podem-se usar os testes de detecção da IgG sérica como os testes reagínicos (VDRL) e testes treponêmicos (FTA-ABS). Os testes treponêmicos são realizados para confirmação de resultados positivos detectados pelo testes reagínicos.

Em adição, o diagnóstico pode ser realizado pela detecção de antígenos do treponema, a reação em cadeia da polimerase (PCR). Na sorologia do líquido, faz-se a avaliação do VDRL, cuja sensibilidade é baixa, mas a especificidade é alta.

VDRL no líquido (+) → neurosífilis, mesmo sem alterações de celularidade, glicose e proteína

VDRL no líquido (-) → não afasta neurosífilis. A utilização do PCR confirma o diagnóstico

A prevenção e a detecção da sífilis congênita dependem da identificação da sífilis na gestante. Deve-se realizar a pesquisa sorológica na gestante e obter informação sobre o tratamento dos parceiros sexuais pelo risco de reinfecção.

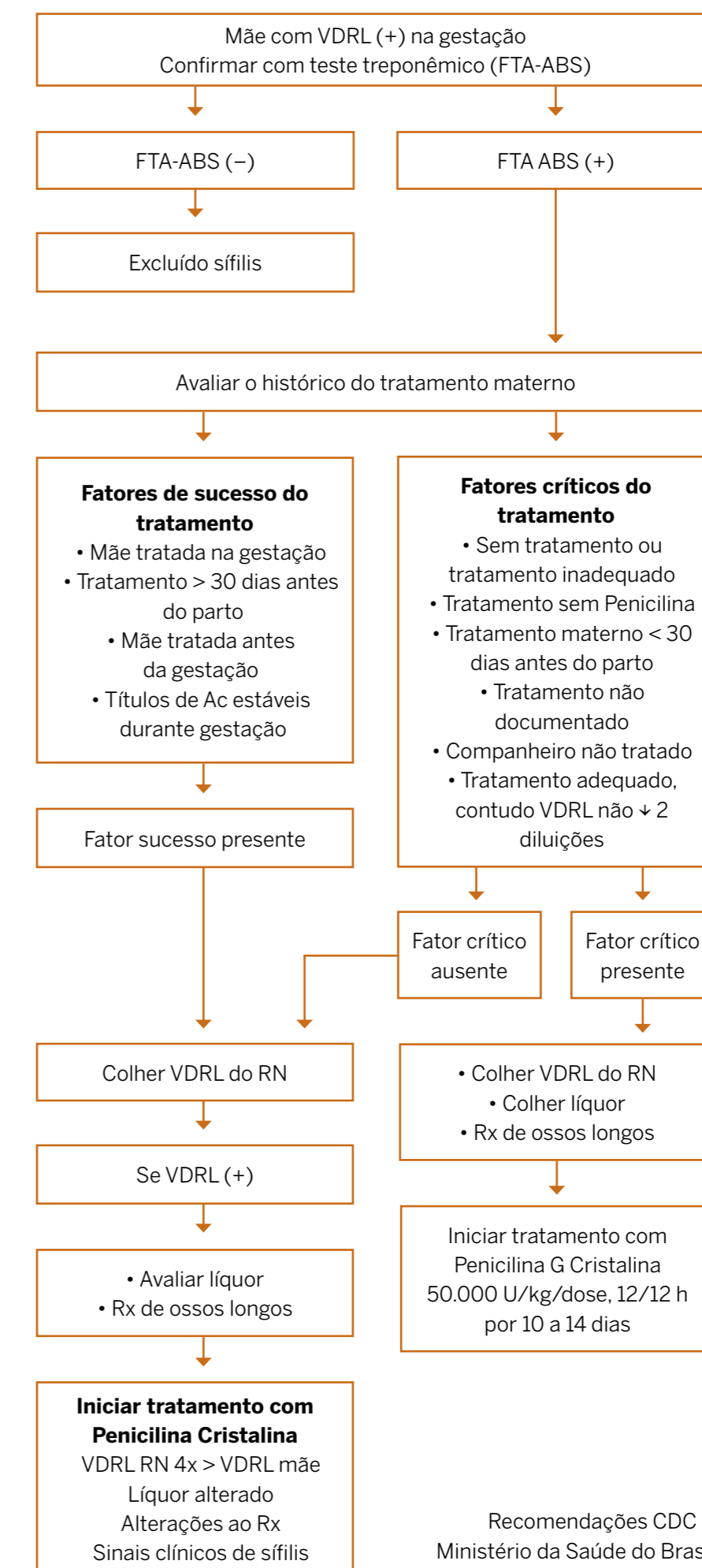
Terapia

Abordagem terapêutica

Como a interpretação dos testes sorológicos no recém-nascido é difícil, o tratamento deverá ser baseado na identificação da sífilis materna, tratamento materno, nos dados clínicos, radiológicos ou laboratoriais da sífilis e na comparação do título de anticorpos materno e do RN utilizando os anticorpos não-treponêmicos ou testes reagínicos (VDRL). Não é necessário realizar os testes treponêmicos (FTA-ABS) no recém-nascido, como também não se indica no líquido. A abordagem diagnóstica e terapêutica está resumida ao lado:

Terapia

Algoritmo de abordagem diagnóstica e terapêutica da Sífilis Congênita



Terapêutica da Sífilis Congênita

Sífilis Congênita	Terapia
Confirmada ou provável	Penicilina G Cristalina • 50.000 U/kg/dose, de 12/12 h por 10 a 14 dias ou • 50.000 U/kg/dose, 12/12 h por 7 dias e, após 7 dias, de 8/8 h, IV, por 10 dias Penicilina G Procaína 50.000 U/Kg/dia, 1 vez/dia, IM, por 10 dias
Neurosífilis ou RN de mãe (+) para sífilis + HIV	Penicilina G Cristalina • 50.000 U/kg/dose, de 12/12 h por 10 a 14 dias ou • 50.000 U/kg/dose, 12/12 h por 7 dias e, após 7 dias, de 8/8 h, IV, por 10 dias

Acompanhamento do RN com sífilis congênita

O RN deve ser acompanhado por período em torno de 2 anos seguindo os parâmetros:

- VDRL com 3 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses
- Líquor a cada 6 meses até normalização bioquímica, citológica e sorológica
- Avaliação neurológica, auditiva e oftalmológica com 6 meses, 12 meses e 24 meses

Critérios de efetividade de tratamento

- Queda dos títulos do VDRL em 3 meses
- VDRL negativo entre 6 meses e 12 meses
- VDRL negativo no líquido em 6 meses
- Líquor normal entre 1 e 2 anos