

DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

MARINHO, Jefferson A.¹
DELUCA, Jessica²
CATANEO, Juliana³
SILVA, Claudinei M.⁴
PEDER, Leyde D.⁵

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo trazer informações relevantes sobre a sífilis congênita. Os resultados da pesquisa foram retirados de livros e sites de busca. A Sífilis Congênita é uma doença transmitida da mãe para o feto. A doença é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada. Ocorrendo a transmissão, cerca de 40 % dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. O tratamento adequado e a implementação de medidas para a prevenção são de suma importância para a regressão do número de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita, Doença infecto-contagiosa, Doenças Sexualmente Transmissíveis, *Treponema pallidum*.

1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, que evolui de forma crônica e que tem períodos de agutização (manifesta-se agudamente) e períodos de latência. Pode comprometer múltiplos órgãos (pele, olhos, ossos, sistema cardiovascular, sistema nervoso). De acordo com algumas características de sua evolução a sífilis divide-se em Primária, Secundária, Latente e Terciária ou Tardia. Quando transmitida da mãe para o feto é chamada de Sífilis Congênita (Cerri, 2014).

A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia. É possível transmissão direta no canal do parto. Ocorrendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal (Sec. Estado de Saúde de São Paulo, 2008). A sífilis congênita, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação.

Aproximadamente 40% das gestações resultam em perdas fetais e perinatais e, nas restantes,

¹Acadêmico do curso de Farmácia - FAG. E-mail: jefferson.a.marinho@hotmail.com

²Acadêmica do curso de Farmácia - FAG. E-mail: jessikadeluka86@hotmail.com

³Acadêmica do curso de Farmácia - FAG. E-mail: julianacataneo@hotmail.com

⁴Docente do curso de Farmácia - FAG. E-mail: leydepeder@yahoo.com.br

⁵Docente do curso de Farmácia - FAG. E-mail: claudineifarmaceutico@hotmail.com

em torno de 50% dos recém-nascidos poderão sofrer sequelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento (Komka, 2007).

Nas gestantes com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, a taxa de abortamento ou natimortalidade é de 25%, prematuridade ou baixo peso ao nascer, de 13%, neomortalidade, de 11%, e 20% dos lactentes são sintomáticos (Damasceno et al, 2014).

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi de trazer informações importantes sobre esta doença que nos últimos anos tem aumentado consideravelmente, bem como, informar como são realizados os testes para identificação da doença.

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis congênita pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal (Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2015). A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce e a tardia. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.

Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis; Ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas (Ministério da Saúde, 2006).

O diagnóstico da sífilis congênita depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos, radiográficos e microscópicos. No Brasil, o Ministério da Saúde normatizou a definição de caso para fins de vigilância epidemiológica (Paz et al, 2004).

A profilaxia da sífilis congênita é feita através da solicitação do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), exame de sangue para diagnosticar sífilis onde identifica-se anticorpos que o organismo produz para combater a bactéria *Treponema pallidum*, causadora da doença, e do tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante a consulta pré-natal. O diagnóstico e acompanhamento são realizados conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um levantamento bibliográfico das obras relacionadas ao tema sífilis congênita e seus principais métodos de diagnóstico, através de consulta às bases de dados Google Acadêmico, Scielo, e outras referências bibliográficas relacionadas ao tema nos últimos 10 anos.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de sífilis entre as parturientes brasileiras chega a 1,6%, ou seja, cerca de 50 mil gestantes infectadas. A estimativa é que anualmente ocorram 12 mil casos de sífilis congênita, ainda que somente 4 mil casos sejam oficialmente notificados no país (Lorenzi, 2009).

Para o rastreamento 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 no 1º e 3º trimestre (SONDA et al, 2013).

O diagnóstico da sífilis congênita é confirmado por provas diretas com o achado do *T. pallidum* nas lesões, líquidos corporais ou tecidos. Testes sorológicos do sangue do cordão umbilical e sangue periférico do recém-nato podem ser feitos. O diagnóstico na ausência de lesões deverá considerar que anticorpos maternos podem passar ao feto sem infecção, e, nesse caso, é necessário realizar sorologia quantitativa periódica (negativação em média dentro de seis meses após o nascimento) ou o FTA-ABS-IgM, já que a molécula de IgM não ultrapassa a barreira placentária, sendo diagnóstica quando positiva. Em relação ao VDRL, o diagnóstico de sífilis congênita é feito quando os resultados do recém-nato são iguais a quatro ou mais vezes o título materno (AVELLEIRA et al, 2006).

O VDRL e o RPR (Rapid Plasma Reagin) são os testes não-treponêmicos utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade (VDRL – 78 a 100% e RPR – 86 a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento (Ministério da Saúde, 2006).

No Brasil, o VDRL é o teste mais utilizado. O resultado é descrito qualitativamente (“reagente”, “não reagente”) e quantitativamente (titulações tais como 1:2, 1:32 etc). Mesmo sem

tratamento, o teste apresenta queda progressiva dos títulos ao longo de vários anos; com a instituição do tratamento há queda tendendo à negatificação, podendo, porém, se manter reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (“memória imunológica”).

Indica-se a comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica na criança com a da mãe, preferencialmente, de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório. Quando os títulos da criança forem maiores do que os da mãe indicam suspeita de sífilis congênita.

De uma forma geral, aplicando-se testes não-treponêmicos, os títulos de anticorpos começam a declinar a partir dos três meses de idade, negativando-se aos seis meses de idade. Após os seis meses de vida, a criança com VDRL reagente deve ser investigada.

Por outro lado, a negatividade sorológica do recém-nascido não exclui a infecção, especialmente quando a infecção materna se dá no período próximo ao parto. Deste modo, nos casos com suspeita epidemiológica, no recém-nascido não-reagente para os testes sorológicos devem ser repetidos após o terceiro mês de vida, pela possibilidade de positividade tardia.

Para a confirmação do diagnóstico, utilizam-se testes treponêmicos, como o FTA-Abs, MHA-TP, TPHA, ELISA e o teste rápido Determine TP®, todos com resultados qualitativos. Esses exames tornam-se positivos antes dos seus equivalentes não-treponêmicos (TABISZ et al, 2012).

A limitação do uso dos testes treponêmicos para o diagnóstico de sífilis congênita é justificada além da sua complexidade maior para realização, pelo fato de que tecnicamente a pesquisa de anticorpos IgM no soro de recém-nascido pode resultar em aproximadamente 10% de resultados falso-positivos e de 20 a 40% de resultados falso-negativos (mesmo considerando que anticorpos IgM maternos não atravessam a barreira transplacentária). Uma melhor performance pode ser obtida com a realização da sorologia com o FTA-Abs IgM (Teste de imunofluorescência indireta para a determinação de anticorpos contra o *Treponema pallidum*) em soro humano e líquidos biológicos, porém, não há disponibilidade comercial deste insumo, o que torna não recomendada a utilização de testes treponêmicos em recém-nascidos (Ministério da Saúde, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento das gestantes com exames pré-natais que possam diagnosticar mães que sejam portadoras da doença é importantíssimo no combate a Sífilis Congênita.

A notificação, a investigação de casos, o tratamento adequado e a implementação de medidas para a prevenção de novos casos de sífilis congênita contribuirão para a redução dos casos rumo à eliminação da doença.

REFERÊNCIAS

- CERRI; C. R; Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2014 – disponível em www.dst.com.br, acessado em 06/03/2016.
- Damasceno; A. B. A; Monteiro; D. L. M; Rodrigues; L. B; Barmpas; D. B. S; Cerqueira; L. R. P; Trajano; A. J. B – Sífilis na Gravidez – HUPE, 2014.
- Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais – Sífilis – disponível em www.aids.gov.br, acessado em 06/03/2016.
- KOMKA; M. R; Lago; E. G – Sífilis Congênita: Notificação e Realidade - Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.
- LORENZI; D. R. S; Fiaminghi; L. C; Artico; G. R – Transmissão Vertical da Sífilis: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento, Rev. Femina – Fev 2009 – Vol 37 – nº 2.
- Ministério da Saúde; Secretária de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; SÍFILIS: Estratégias para Diagnóstico no Brasil, 2010.
- Paz L C et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005; 58(4):486-487
- Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD; Secretaria de Estado da Saúde SES-SP – Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação, 2008.
- SONDA. E. C; RICHTER. F. F; BOSCHETTI. G; CASASOLA. M. P; KRUMEL. C. F; MACHADO. C. P. H – Sífilis Congênita: uma revisão da literatura, Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção – 2013 – Vol. 3 – nº 1.
- TABISZ. L; BOBATO. C. T; CARVALHO. M. F. U; TAKIMURA. M; REDA. S; PUNDEK. M. R – Sífilis: uma doenç a reemergente, Curitiba, 2012.