

Brenda Lavínia Calixto dos Santos Guedes
Bianca Taveira Gonçalves Melo
Gessymara Cainã Sales da Silva
Abrahão Alves de Oliveira Filho
Heloisa Mara Batista Fernandes de Oliveira

SÍFILIS CONGÊNITA:

UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA



2020

Brenda Lavínia Calixto dos Santos Guedes
Bianca Taveira Gonçalves Melo
Gessymara Cainã Sales da Silva
Abrahão Alves de Oliveira Filho
Heloisa Mara Batista Fernandes de Oliveira

SÍFILIS CONGÊNITA:

UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA



2020

2020 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os Autores

Todo o conteúdo deste livro, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Dr^a Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Dr^a Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dr. Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dr. Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Me. Doutorando Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

Me. Doutorando Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Me. Doutorando Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

M^a Doutoranda Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

M^a Doutoranda Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Me. Doutorando Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

M^a Doutoranda Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas

M^a Doutoranda Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará

M^a Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

M^a Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Me. Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Me. Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense



2020

Me. Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

M^a Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes

Dr^a. Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista

Dr. Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz

Dr. Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dr^a. Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará

Dr^a. Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S571 SÍFILIS congênita [recurso eletrônico] : uma breve revisão da literatura / Brenda Lavínia Calixto dos Santos Guedes... [et al.]. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87207-46-9

1. SÍFILIS congênita, hereditária e infantil. I. Guedes, Brenda Lavínia Calixto dos Santos, 1996-. II. Melo, Bianca Taveira Gonçalves, 2000-. III. Silva, Gessymara Cainã Sales da, 1999-. IV. Oliveira Filho, Abrahão Alves de, 1987-. V. Oliveira, Heloisa Mara Batista Fernandes de, 1988-.

CDD 616.95

Elaborado por Ana Carolina Silva de Souza Jorge – CRB6/2610

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2020

SÍFILIS CONGÊNITA: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser evitada e, se não for tratada precocemente, pode evoluir para uma doença crônica com sequelas irreversíveis. Quando ocorre em gestante há transmissão vertical mãe-bebê, desencadeando no quadro de sífilis congênita (SC) que é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, da família *Treponemataceae*. O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem como objetivo analisar os aspectos fisiopatológicos da sífilis congênita, bem como as formas de transmissão, diagnóstico e tratamento. No seu desenvolvimento realizou-se uma coleta de dados através de levantamento bibliográfico utilizando as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e BVS – Biblioteca virtual em Saúde (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências as Saúde (LILACS). Observa-se o aumento dos casos da SC no Brasil nos últimos anos, enfatizando a necessidade da realização de um tratamento adequado, o uso da penicilina cristalina é a primeira escolha no tratamento de recém-nascidos, podendo haver tratamento com penicilina procaína e benzatina. Já o diagnóstico é complexo, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos exames, incluindo os exames radiológicos. Dessa forma, tratamento e o diagnóstico precoce, bem como ações de pré-natal que envolvam o contexto onde a mulher está inserida, buscando igualdade e abrangência entre diferentes nichos sociais no acesso aos serviços de saúde são fatores essenciais para a erradicação da SC.

Palavras-chave: Sífilis congênita, tratamento, recém-nascido.



Sumário

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	9
RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
Fisiopatologia	10
Contaminação/ transmissão	10
Manifestações clínicas	11
Diagnóstico.....	12
Tratamento.....	14
Seguimento	18
CONCLUSÃO	19



INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser evitada e, se não for tratada precocemente, pode evoluir para uma doença crônica com sequelas irreversíveis. Quando acomete gestantes, a sífilis provoca transmissão vertical e desenvolve o quadro clínico de sífilis congênita (SC) no bebê. Com isso, pode causar sérias consequências ao feto: aborto espontâneo, morte fetal e doenças físicas e neurológicas graves. Além disso, a SC é classificada em precoce, quando as manifestações clínicas aparecem nos dois primeiros anos de vida, ou tardia, quando as manifestações aparecem após o segundo ano (ANDRADE et al., 2018; BEZERRA et al., 2019; DIORIO; KROEGER; ROSS, 2018).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a SC é considerada um problema de saúde pública, tendo em vista que ela resistiu a todas as tentativas de sua eliminação. Estima-se que mais de 1 milhão de novas mulheres grávidas em todo o mundo são infectadas pelo *Treponema pallidum* a cada ano, e 65% delas apresentam resultados adversos. A SC é responsável por aproximadamente 40% de mortalidade perinatal, 25% de natimortalidade e 14% de mortes neonatais, além de sérias consequências para o feto (ANDRADE et al., 2018; CARDOSO et al., 2018; NUNES et al., 2018).

Os dados mais recentes mostram que a incidência de SC na América do Sul permaneceu estável, com exceção do Brasil. Nos últimos anos o número de casos de SC no Brasil aumentou expressivamente. Em 2018 a taxa de incidência foi 9,0/ 1.000 nascidos vivos e o coeficiente de mortalidade infantil foi de 8,2/ 100.000 nascidos vivos (BEZERRA et al., 2019; BRASIL, 2019).

A transmissão da SC é vertical, da mãe para o feto através da placenta, o que pode levar a perda do embrião após o início da gravidez ou a morte do recém-nascido. Além disso, se a mãe apresentar danos nos órgãos genitais, a doença poderá ser transmitida ao recém-nascido durante o parto. A infecção pode ser transmitida ao feto em qualquer estágio da gestação, porém é mais provável que ocorra durante a sífilis primária e secundária (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018; BEZERRA et al., 2019).

Dessa maneira, em comparação à intervenção medicamentosa em estágio avançado, as mulheres grávidas diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam menor risco de

transmissão vertical da sífilis e menor chance de consequências adversas para o feto (NUNES et al., 2018).

O tratamento quando ausente eleva a taxa de transmissão, atingindo um valor de quase 100% nos diferentes estágios da doença. A partir disso, a atenção primária à saúde é fundamental para intervir na redução da SC, tendo em vista que é a principal maneira de prestar serviços à população, levando em consideração o controle mediante triagem e tratamento durante a gestação (DOMINGUES; LEAL, 2016; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018)

A introdução do exame geral de sífilis no pré-natal demonstrou melhora no tratamento materno e redução da dificuldade de monitorar as pacientes, contudo ainda se percebeu alta incidência de sífilis no Brasil. A SC é uma infecção neonatal de causa evitável, mesmo que apresente um grande impacto na saúde pública de mulheres grávidas e crianças (CARDOSO et al., 2018; BEZERRA et al., 2019).

A OMS recomenda que os países levem em consideração as últimas diretrizes globais como procedimentos nacionais padronizados e adaptem as diretrizes aos dados locais de epidemiologia e suscetibilidade a antimicrobianos (WHO, 2017).

O diagnóstico de SC é complicado, principalmente, porque aproximadamente 50% das crianças infectadas não apresentam sinais ou sintomas ao nascer. Com base nisso, o diagnóstico de SC continua sendo um problema, devido à incapacidade de ter evidências do *Treponema pallidum* através de amostras clínicas. Desse modo, é necessário o uso de testes de laboratório para detectar anticorpos IgG maternos, em testes treponêmicos e não treponêmicos, que são passados para o feto pela via placentária (COOPER et al., 2016; CARDOSO et al., 2018).

Considerando a persistência da sífilis congênita, a sua incidência, o diagnóstico tardio e as falhas nas estratégias de prevenção, o presente estudo teve como objetivo analisar os aspectos fisiopatológicos da sífilis congênita, bem como as formas de transmissão, diagnóstico e tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, no seu desenvolvimento realizou-se uma coleta de dados através de levantamento bibliográfico utilizando as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e BVS – Biblioteca virtual em Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências as Saúde (LILACS).

A busca realizada por leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, ocorreu em julho de 2020, nos idiomas português e inglês. Como critério de inclusão foram utilizados artigos referentes ao período de 2015 e 2020. Foram utilizadas como descritores: sífilis congênita, infecção, neonatal, complicação, tratamento, gravidez e transmissão juntos ou em combinação.

Ao todo foram utilizados 21 artigos. Foram excluídos os trabalhos que não apresentaram referências confiáveis, não abordaram a temática proposta, ou não atenderam aos critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

O *Treponema pallidum* tem forma espiralada, com tamanho entre 5-20 μ m de comprimento, por 0,1 a 0,2 μ m de espessura. Sem membrana celular e protegida por uma estrutura externa, com camada tripla rica em molécula de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Ele tem flagelos na parte mais distal da bactéria, que se estende por toda camada externa da célula, ao longo do eixo longitudinal. Sua movimentação é por rotação do corpo em volta dos filamentos citados. Já sua virulência é multifatorial, ou seja, depende do sistema imunológico da mãe e/ou da patogenicidade da bactéria sendo variável de acordo com o ambiente, estado nutricional, entre outros fatores que possam agravar a infecção (PEREIRA et al., 2019).

Após a infecção as espiroquetas agregam-se às células do hospedeiro facilitando a colonização bacteriana nos tecidos e órgãos. Essa ação ocorre através da ação das adesinas, assim como de complexos proteicos que estão na parte superficial do patógeno que se fixa aos receptores de superfície celular do hospedeiro. Simultaneamente, a motilidade e a produção de enzima metaloproteinase-1, induz a quebra do colágeno, favorecendo a sobrevivência bacteriana (MACHADO, 2018).

Contaminação/ transmissão

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto. A via mais comum de transmissão é a transplacentária podendo ocorrer em qualquer fase gestacional, sobretudo no terceiro trimestre, visto que o fluxo placentário está mais desenvolvido. Contudo, quando a infecção se dá no último trimestre, devido à maior imunocompetência do feto, tende a haver menor morbimortalidade. Quanto mais recente a infecção materna, maior o número de espiroquetas na corrente sanguínea, conseqüentemente maior risco de transmissão e gravidade (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2015; SILVA, ROCHA, COSTA, 2016; SARACENI et al., 2017).

O risco de transmissão vertical é de 70-100% na sífilis primária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia (CHAKRABORTY, LUCK, 2008). Outros momentos menos frequentes em que ocorre transmissão da sífilis no início da vida, consideradas sífilis adquirida, são parto através da deglutição de líquido amniótico contaminado e contato com

lesão materna genital e amamentação através do contato com lesões mamária, principalmente na aréola, estudos demonstram que em até 24 horas após o início do tratamento adequado o agente infeccioso (espiroquetas) raramente são encontrados nas lesões. Dessa maneira, 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 (MINISTERIO DA SAUDE, 2015).

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da sífilis inicialmente aparece de forma isolada, no ponto da entrada da bactéria, em seguida evoluindo para manifestações sistêmicas. Em anos posteriores a infecção, as lesões podem reincidir, porém de forma granulomatosas esparsas e destrutivas. O treponema predominantemente produz efeitos locais, diferenciando das toxinas que agem de forma sistêmica, todavia a bactéria é bastante vulnerável, sendo rapidamente destruída se exposta a temperaturas elevadas ou rebaixadas (ABRANTES, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os sintomas também podem variar de acordo com o estágio da doença, na Sífilis primária, observa-se ferida única, no local de contágio, lesão sem dor, prurido, ardência ou secreção. Na sífilis secundária, pode ocorrer eritema no corpo, normalmente sem prurido. Pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça e inflamação de gânglios pelo corpo (SANTANA et al., 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A fase latente, que pode ser recente (menos de dois anos de infecção) ou tardia (mais de dois anos de infecção) não apresenta manifestações clínicas, tem duração variável e pode ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária. Por fim, a fase terciária pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar manifestações, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo evoluir à óbito (AMEMIYA, GAGLIANI, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já no recém-nascido, além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais manifestações clínicas são: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos

membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitroclear). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais, incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (podendo ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) e leucopenia (GUERRA et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Diagnóstico

Para o rastreamento da sífilis, o Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos dois exames de VDRL durante o pré-natal, sendo o primeiro na primeira consulta que deveria ser realizada no 1º trimestre e outro no início do 3º trimestre. Em caso de resultado positivo o tratamento é iniciado imediatamente, a fim de evitar a transmissão para o feto, ou, em casos avançados, consequências mais graves. Apesar do diagnóstico e tratamento simples, muitas gestantes seguem contaminadas e sem realizar o acompanhamento necessário (NONATO et al., 2015; BRASIL 2019).

As manifestações clínicas surgem até o segundo ano de vida e devem ser avaliadas por meio de critérios epidemiológicos maternos e avaliação clínico-laboratorial da criança. Entretanto, o diagnóstico na criança é considerado um processo complexo, devido ao fato mais de cinquenta por cento das crianças infectadas serem assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sinais e sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida, onde os mesmos são discretos ou pouco específicos. Não se conhece uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Neste cenário, observa-se que a associação entre critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico assertivo da sífilis congênita (SILVA, ROCHA, COSTA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O diagnóstico da Sífilis Congênita é complexo, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos exames, incluindo os exames radiológicos. Os exames laboratoriais para auxiliar o diagnóstico da sífilis congênita utilizam as mesmas metodologias, mas com particularidades de indicação e interpretação (COOPER et al., 2016; CARDOSO et al., 2018).

O exame direto, pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro, é considerado o teste padrão-ouro, utiliza material coletado de lesão cutâneo-mucosa e de mucosa nasal é útil para diagnosticar a infecção, embora a solicitação desse exame não seja prática comum nos

serviços que atendem RN, lesão oral não é adequada, pois há espécies treponêmicas presentes na flora normal da boca. Este teste apresenta sensibilidade baixa e seu resultado depende da obtenção de amostras frescas e de boa qualidade, onde visualiza-se os treponemas vivos e móveis. Algumas técnicas de coloração especiais ou técnicas de imuno-histoquímica possibilitam a visualização do *T. pallidum* em amostras de biópsia ou necrópsia, embora o treponema esteja morto (ANDRADE et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os testes imunológicos, classificam-se em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos ou confirmatórios (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA ou testes rápidos) são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado em RN, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. No caso de confirmação diagnóstica da sífilis congênita, a presença de anticorpos IgM indica infecção congênita, porém, não são preconizados pois a sensibilidade do teste IgM é baixa. Em crianças maiores de 18 meses, um resultado reagente de teste treponêmico confirma a infecção, uma vez que os anticorpos maternos transferidos passivamente já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança. Embora existam testes treponêmicos específicos capazes de detectar IgM no RN, esses testes possuem baixa sensibilidade. Por isso quando utilizados deve-se considerar que um resultado negativo nesse tipo de teste, não exclui o diagnóstico de sífilis congênita (SILVA, ROCHA, COSTA, 2016; SARACENI et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já os testes não treponêmicos (VDRL, RPR ou TRUST) são indicados para diagnóstico e seguimento terapêutico, devido ao fato de serem testes qualitativos e quantitativos. Devem ser realizados no sangue do neonato, evitando-se o uso do sangue do cordão umbilical, pois devido à presença de sangue materno e ocorrência de atividade hemolítica, pode determinar resultados falsos. RN de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente através da placenta (SANTOS et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Um resultado reagente no teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico quando o título encontrado de anticorpos IgG no RN for quatro vezes maior que o da mãe (ou duas diluições maiores), pois indicam produção própria de anticorpos, e deve ser confirmado com uma segunda amostra coletada na criança. Em RN que apresente resultado não reagente nos testes, se persistir a suspeita epidemiológica de ocorrência de sífilis, o teste não treponêmico deve ser repetido com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, interrompendo o

seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos. Além disso, nos casos em que a transmissão de anticorpos é passiva, o exame reagente tende a negativar por volta dos três meses de idade (FEITOSA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Para determinar o diagnóstico da sífilis congênita, recomenda-se ainda que sejam realizados os exames complementares sendo eles: hemograma, perfil hepático, eletrólitos, avaliação neurológica, incluindo punção líquórica (células, proteínas), testes treponêmicos e não treponêmicos, Raio-X de ossos longos, avaliação oftalmológica e audiológica (FEITOSA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Apesar da grande dificuldade no diagnóstico da neurosífilis, tendo em vista que as alterações líquóricas em relação a células, proteínas e glicose são pouco específicas e a sorologia do LCR é pouco sensível, o exame líquórico é imprescindível perante qualquer caso suspeito de sífilis congênita, com a finalidade de afirmar ou descartar a presença de neurolues e tomar as devidas medidas do tratamento e do acompanhamento (GUINSBURG, SANTOS, 2010; GUERRA et al., 2017).

Tratamento

Em meados de 1780 relata-se o uso de mercúrio e leite de cabra e de burro para o tratamento da sífilis. Após a chegada da era do antimicrobiano, mais especificamente em torno da década de 40 discute-se sobre o primeiro tratamento de sífilis com penicilina, medicamento utilizado até hoje no tratamento da doença. A incidência de reações adversas graves nas gestantes em tratamento com penicilina é baixa, sendo indicado o tratamento no primeiro trimestre para evitar a infecção fetal e, nos demais trimestres para tratamento também do feto. Em casos de alergia a penicilina é recomendado realizar a dessensibilização da gestante e posterior uso de penicilina. Vale ressaltar a importância do conhecimento da reação de Jarisch-Herxheimer, que se trata de complicação benigna e autolimitada do tratamento antimicrobiano, caracterizada por um quadro febril após a primeira dose de penicilina, devido à lise das bactérias, podendo ocorrer em 30 a 70% dos casos de sífilis primária e secundária, facilmente compreendido como alergia (Obladen, 2013; SANTOS et al., 2014; FEITOSA, ROCHA, COSTA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O uso da penicilina cristalina é a primeira escolha no tratamento de recém-nascidos, podendo haver tratamento com penicilina procaína e benzatina, nos casos de exame de líquido sem alterações ou quando for infecção pouco provável, respectivamente. Leva-se em consideração também na escolha da conduta se a genitora realizou o tratamento adequadamente, onde o mesmo realizado apenas no terceiro trimestre é configurado como não adequado, visto que as mudanças fisiológicas ocorridas provocam alterações na

farmacocinética da penicilina. Caso o tratamento seja interrompido por mais de 24h, é preciso reiniciar o esquema. Na tabela 1 podemos observar de forma didática os esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Tabela 1. Esquemas terapêuticos para o tratamento de Sífilis Congênita.

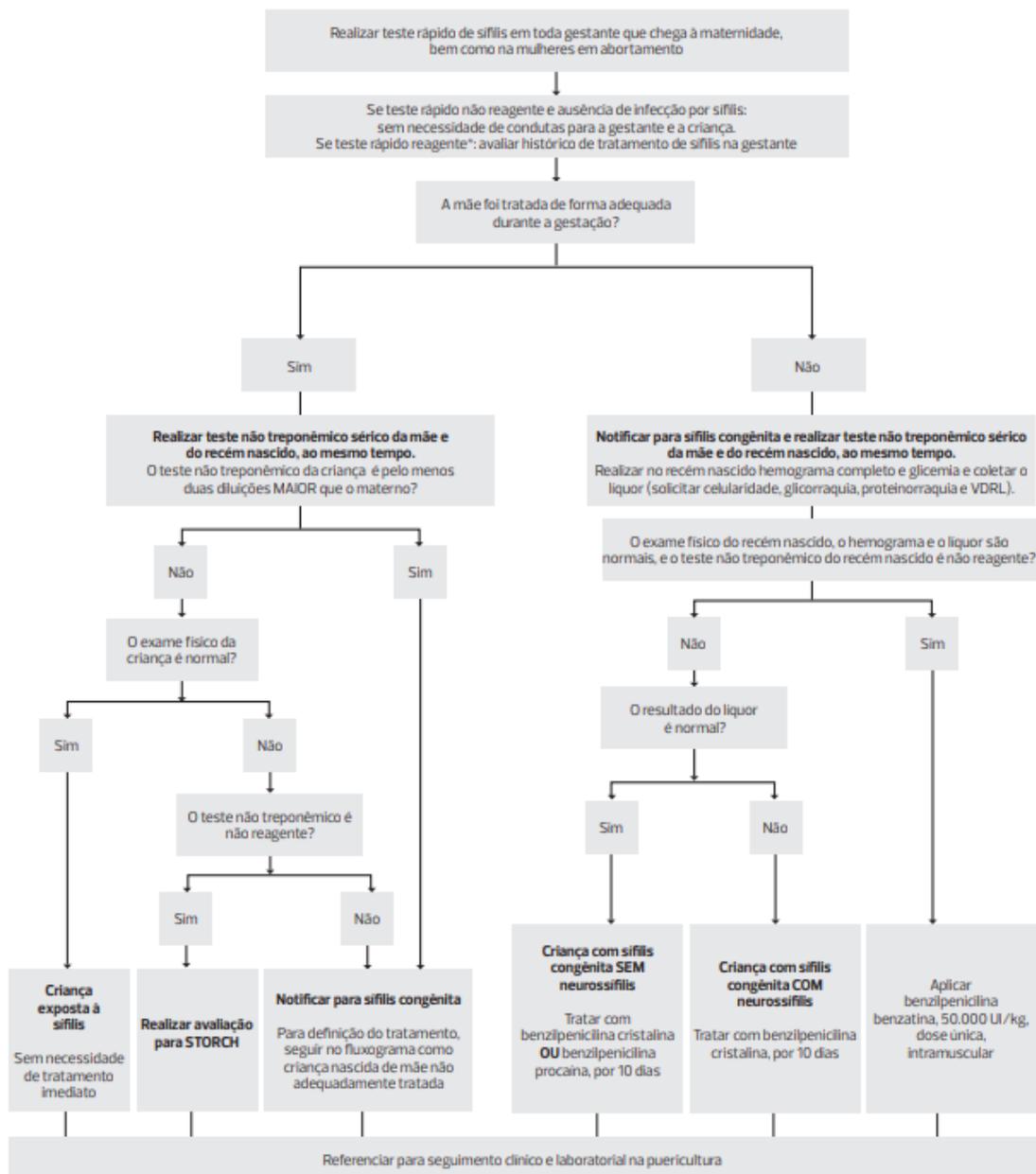
Tratamento A - RN's de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido		
Protocolo	Clínica	Medicamentos
A1	Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas.	Penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, EV12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, IM, durante 10 dias.
A2	Se houver alteração líquórica.	Penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, EV, 12/12 (nos primeiros 7 dias de vida) e a 8/8 (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
A3	Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa.	Penicilina G benzatina por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg.
Tratamento B – RN's de mães adequadamente tratadas		
B1	Se houver	Penicilina G cristalina na dose de

	alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas.	50.000 UI/Kg/dose, EV12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, IM, durante 10 dias.
B2	Se houver alteração líquórica.	Penicilina G cristalina 6 , na dose de 50.000 UI/Kg/dose, EV, 12/12 (nos primeiros 7 dias de vida) e a 8/8 (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
Tratamento C – RN's de mães adequadamente tratadas, dependente do resultado do VDRL do recém-nascido		
C1	Se for assintomático e o VDRL não for reagente.	Seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
C2	Se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno.	Acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1(sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Já no fluxograma 1, pode-se observar como proceder para alcançar a conduta terapêutica mais adequada para o recém-nascido com suspeita de Sífilis Congênita.

Fluxograma 1. Fluxograma para conduta no tratamento de recém-nascidos com suspeita de Sífilis Congênita.



Fonte: Ministério da Saúde, 2019

Seguimento

O seguimento adequado das crianças expostas a sífilis congênita é fundamental para evitar complicações e sequelas tardias na criança. Estudos que avaliaram o seguimento das crianças expostas a SC foram realizados em serviços de referência e encontraram elevada taxa de abandono (CAVALCANTE et al., 2019).

Crianças que sofreram exposição à SC na gestação, mesmo com mães adequadamente tratadas, devem receber acompanhamento com consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimestrais do 6º ao 18º mês. O acompanhamento da criança é realizado pelo teste não treponêmico *venereal disease research laboratory* (VDRL), com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida, podendo ser interrompido após dois exames consecutivos negativos. Diante da elevação do título do VDRL ou da não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao tratamento (SILVA, ROCHA, COSTA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Também se faz necessário a avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica semestral por dois anos, uma vez que o teste orelhinha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano. Nas crianças em que a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) ao nascimento tenha apresentado resultado alterado, deve-se repetir a cada seis meses, até a normalização dos parâmetros bioquímicos (proteína), citológicos e imunológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).



CONCLUSÃO

Portanto, apesar da Sífilis Congênita ser um quadro clínico antigo do *Treponema pallidum*, com tratamento acessível e de baixo custo, ainda é considerada uma doença de alta prevalência na transmissão vertical, podendo deixar sequelas irreversíveis no bebê, o que se torna um reflexo da deficiência no atendimento a gestantes, tornando clara a necessidade de melhores estratégias de prevenção e controle por parte das políticas públicas e profissionais de saúde.

Além de envolver aspectos comportamentais e socioculturais, o tratamento e o diagnóstico precoce, bem como ações que envolvam o contexto onde a mulher está inserida, buscando igualdade e abrangência entre diferentes nichos sociais no acesso aos serviços de saúde são fatores essenciais para a erradicação da SC.

REFERÊNCIAS

1. Andrade, A. L. M. B., Magalhães, P. V. V. S., Moraes, M. M., Tresoldi, A. T., & Pereira, R. M. (2018). Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(3), 376-381.
2. BEZERRA, Maria Lusia de Morais Belo et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. **Emerging infectious diseases**, v. 25, n. 8, p. 1469, 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis 2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 01, p.1-44, 2019.
5. CARDOSO, Ana Rita Paulo et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 563-574, 2018.
6. Cavalcante, A. N. M., Araújo, M. A. L., Nobre, M. A., & Almeida, R. L. F. D. (2019). Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Revista de Saúde Pública*, 53, 95.
7. CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 255-264, 2017.
8. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *ArchDisChild*. 2008 Feb;93(2):105-9.
9. COOPER, Joshua M. et al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil-More progress needed!. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.
10. da Silva Feitosa, J. A., da Rocha, C. H. R., & Costa, F. S. (2016). Artigo de revisão: Sífilis congênita. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2).
11. DIORIO, Dawne; KROEGER, Karen; ROSS, Amara. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014–2016. **Sexually transmitted diseases**, v. 45, n. 7, p. 447, 2018.
12. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita y factores asociados a la transmisión vertical de la sífilis: datos del estudio Nacer en Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

13. dos Santos, J. V. R., Resende, A. F., Sarmiento, C. B., Barreto, L. S., dos Santos, R. W. F., & de Oliveira Guimarães, A. (2018). SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq*, (19).
14. Guerra, H. S., da Costa, C. V., dos Santos, I. A. B., da Silva, J. M., & Barcelos, T. F. (2017). Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46(3), 194-202.
15. Guinsburg, R., & Santos, A. D. (2010). Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. *São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria*.
16. Ministério da saúde (2015). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_at_enciao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf> acessado em 01 de agosto de 2020.
17. MNISTÉRIO DA SAUDE (2005). Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2020.
18. MNISTÉRIO DA SAUDE (2019). PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. Disponível em: <[file:///C:/Users/BRENDA.CALIXTO/Downloads/miolo_pcdt_tv_08_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/BRENDA.CALIXTO/Downloads/miolo_pcdt_tv_08_2019%20(1).pdf)>. Acesso em 01 de agosto de 2020.
19. Nonato, S.M., Melo, A. P. S., GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2015, v. 24, n. 4 [Acessado 14 Agosto 2020] , pp. 681-694.
20. NUNES, Patrícia Silva et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. ***Epidemiologia e Serviços de Saúde***, v. 27, p. e2018127, 2018.
21. Obladen M. Curse on two generations: a history of congenital syphilis. *Neonatology*. 2013;103(4):274-80.
22. Santos, T. B. P. D., Vendramini, D. L., Castro, G. M. D., Barreto, T. D. M., Paolini, K. S., & Meotti, C. D. (2014). Reação de Jarisch-Herxheimer na sífilis secundária-apresentação incomum. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 71, n. esp. g1.
23. Saraceni, V., Pereira, G. F. M., da Silveira, M. F., Araujo, M. A. L., & Miranda, A. E. (2017). Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e44.

24. SLUTSKER, Jennifer Sanderson; HENNESSY, Robin R.; SCHILLINGER, Julia A. Factors contributing to congenital syphilis cases—New York City, 2010–2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 67, n. 39, p. 1088, 2018.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women**. World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/>> Acesso em: 30/07/2020.
26. Pereira, J. B., Júnior, W. L. B., da Silva, E. D., de Aquino, A. E. C. A., de Oliveira, P. M. S., & de Melo, F. L. (2019). Comparação de técnicas de extração de DNA de *Treponema Pallidum* para o diagnóstico molecular da sífilis/Comparison of *Treponema Pallidum* DNA Extraction Techniques for Molecular Diagnosis of Syphilis. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3681-3697.
27. MACHADO, J. D. S. (2018). SÍFILIS CONGÊNITA: UMA VISÃO PREVENTIVA.
28. Santana, P. S., de Sá Santos, A. L., de Almeida, L. P. N., & Rocha, A. M. (2019). Manifestações clínicas orais da sífilis. *Revista de Odontologia Contemporânea*, 3(1 Supl 1), 46-46.
29. Abrantes, F. M. F. V. P. (2019). *Sífilis congênita, uma problemática atual: a propósito de um caso clínico* (Doctoral dissertation).
30. AMEMIYA, É. E., & Gagliani, L. H. (2016). SÍFILIS: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS NO BRASIL. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 13(30), 134-153.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

SÍFILIS CONGÊNITA:

UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Brenda Lavínia Calixto dos Santos Guedes
Bianca Taveira Gonçalves Melo
Gessymara Cainã Sales da Silva
Abrahão Alves de Oliveira Filho
Heloisa Mara Batista Fernandes de Oliveira



2020

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

SÍFILIS CONGÊNITA:

UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Brenda Lavínia Calixto dos Santos Guedes
Bianca Taveira Gonçalves Melo
Gessymara Cainã Sales da Silva
Abrahão Alves de Oliveira Filho
Heloisa Mara Batista Fernandes de Oliveira



2020