

166P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

ESTÁGIO ROTATÓRIO EM PEDIATRIA

"SÍFILIS CONGÊNITA - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA"

AUTORES:

ELIAS FERREIRA DA SILVA

ROGÉRIO DE SOUZA

Florianópolis, 08 de Setembro de 1.977.

## "SÍFILIS CONGENITA - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA"

1. INTRODUÇÃO
2. CONCEITUAÇÃO
3. HISTÓRICO
4. ANATOMIA PATOLÓGICA
5. ETIOPATOGENIA
6. DIAGNÓSTICO
  - 6.1 - Quadro clínico
  - 6.2 - Diagnóstico radiológico
  - 6.3 - Diagnóstico laboratorial
7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
8. PROFILAXIA
9. PROGNÓSTICO
10. TRATAMENTO
11. CONCLUSÕES
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1. INTRODUÇÃO:

O fato fundamental que nos levou a rever sobre este tema tem por objetivo, chamar juntamente com a maioria dos autores, mais uma vez, a atenção para a triste realidade: A SÍFILIS ESTÁ VOLTANDO.

Até 1945 a sífilis constituía uma das principais causas de natá e neomortalidade. Após a descoberta da penicilina na década de 1940 e devido ao seu uso em larga escala em todos os berçários do mundo, tornou-se rara.

A sífilis tem sido muito bem controlada, mas de mais ou menos 12 anos para cá vem ressurgindo de maneira assustadora, preocupando seriamente aos obstetras e neonatologistas, fato que vem sendo salientado por vários autores. A maior ou menor incidência da sífilis congênita depende diretamente da infecção na mulher em

idade procriadora, pois esta quando infectada e não tratada, poderá num período de mais ou menos dois (2) anos, ao engravidar, contaminar o concepto em até 50% dos casos.

O recrudescimento da doença parece ligado à vários fatores, e em especial à precocidade e promiscuidade sexual e social, novos métodos de contracepção e movimentos migratórios populacionais, visto que a incidência das doenças venéreas também assume importância nos índices estatísticos de morbidade. Também contribui a falsa segurança do leigo de que a doença é de fácil tratamento e não há mais perigo em contraí-la e deixar o tratamento para mais tarde.

A vulgarização do emprego de antibióticos de largo espectro por auto-recreação, a substituição da penicilina por receio da reação alérgica contribui para sua reincidência, mascarando a sintomatologia clássica e dificultando a suspeita clínica. Por outro lado, as condições sócio econômicas, tornando cada vez mais difícil a aquisição de medicamentos para um tratamento adequado, leva a uma redisseminação de germe com produção de lesões contagiosas mucosas e cutâneas graves; daí concluir-se que um tratamento da sífilis mal feito, é pior do que nenhum.

## 2. CONCEITUAÇÃO:

A sífilis é uma moléstia infecto contagiosa, específica pandêmica, determinada por um microorganismo espiralado, o *TREPO - NEMA PALLIDUM*, sendo na infância em geral inata, transmitida pela mãe à criança. Adquirida ou congênita, sistêmica desde o início, podendo atingir praticamente todas as estruturas do organismo, apresentando-se caracteristicamente com evolução crônica, na qual se distinguem períodos de atividade e de latência clínica, simulando grande número de outras doenças das mais diversas especialidades e apresentando resposta terapêutica regular, rápida e completa a certos medicamentos.

### 3. HISTÓRICO:

O agente etiológico, *TREPONEMA PALLIDUM* foi descoberto por Schaudin e Hoffmann em 1905.

Em 1907 Wasserman descobre a reação de fixação de complemento, hoje universalmente empregada para o diagnóstico apesar de inespecífico para sífilis.

Na era pre-Wasserman até 1943, quando Mohoney e cols. verificaram a eficácia da penicilina, que revolucionou totalmente o tratamento de Lues, a sífilis era responsável por boa parte dos abortos e mortalidade infantil. Apesar disso, naquela época existia uma tendência de não responsabilizar a sífilis pela matança de crianças, como escreve no Rio de Janeiro Antonio Epaminondas Gouveia em 1902 e sua tese sobre sífilis hereditária: "Os abortos se multiplicam, os partos prematuros aumentam e a sua procedência sífilítica é desprezada. São muitas vezes ridicularizados os que ousem protestar. "Pobreza evangélica! Aqui, um aborto é um aborto, de mais não se cogita." Esta tendência pouco mudaria até os idos de 1965, como afirma José Pinto Soares em trabalho apresentado à XIV Jornada de Pediatria e Puericultura no Rio de Janeiro, quando diz "Por acaso as estatísticas que atualmente podem ostentar de mortalidade infantil e de natimortalidade não expressa índices vexatórios, elevados, mesmo os obtidos nos Estados mais ricos da Federação? Por acaso esta mortalidade infantil avantajada passa sempre pelo prisma do diagnóstico diferencial de causa mortis? Temos estatísticas fidedignas de causa mortis na infância? Reina ignorância neste particular.

Hoje a importância da Lues congênita está relacionada com o aumento do número de casos que se avulta cada vez mais deixando a cada ano que passa, seu saldo sinistro de mortalidade infantil, natimortalidade, abortos, prematuros, etc.

#### 4. ANATOMIA PATOLÓGICA

No feto, uma vez que a disseminação da infecção se faz através da via hematogênica, todas as vísceras podem estar comprometidas.

A anatomia patológica mostra que a *Treponema* tem preferência pelo tecido conjuntivo. O tecido ósseo nunca é poupado e quase todos os órgãos são atingidos, principalmente fígado, baço, rins, pâncreas e pulmões (pneumonia alba). O aspecto microscópico dos órgãos mostrava semelhança em todos os tecidos atingidos. Há inicialmente infiltração das paredes vasculares e espaços perivascularares por plasmócitos, grandes células mononucleares e linfócitos.

Nas lesões tardias ocorre necrose e formação de granuloma ou goma; a necrose parece resultante de uma resposta exagerada ou hipersensível a um pequeno número de *Treponema*. Nas formas mais avançadas há lesões no sistema nervoso (inflamação meningo-vascular), queratite intersticial, retinocoroidites, derrame sinovial, etc.

## 5. ETIOLOGIA:

O *Treponema Pallidum* é uma célula helicoidal com cerca de 0,15 micra de largura e 6 a 15 micra de comprimento. Em torno de seu protoplasma central está situado um feixe de 3 ou 4 fibrilas axiais que fornecem o músculo, dando ao espiroqueta um padrão característico de motilidade. O prazo de multiplicação é de 30 a 35 horas. O *Treponema Pallidum* não foi cultivado in vitro. Pode permanecer viável durante horas em meios especiais, ou indefinidamente, se preservado em temperaturas extremamente baixas (CO<sub>2</sub> congelado, nitrogênio líquido). É rapidamente destruído por sabões, antissépticos comuns, pelo secamento e pelo calor.

Uns poucos treponemas bastam para fixar a infecção. A transmissão é favorecida por condições de umidade e temperatura, e ocorre, quase exclusivamente, pelo contato com lesões infecciosas. Áreas lesadas ou inflamadas favorecem a implantação. A transmissão sexual é a regra.

A transmissão indireta da sífilis, isto é, por agentes contaminados é excepcional. O sangue de doentes com sífilis recente contém espiroquetas e por isso não pode ser usado em transfusão. Não raro se verifica a transmissão genito oral, genito retal, ou boca a boca. A cadeia de infecção envolve práticas homo e heterossexuais.

A sífilis congênita é devido à infecção do feto pelo *Treponema Pallidum*, por via transplacentária, depois do quarto mês de gestação; antes a membrana celular das vilosidades coriônicas parece constituir um obstáculo à passagem de *Treponema*. A mãe sífilítica pode transmitir a sífilis ao feto mesmo que tenha passado 10 anos ou mais desde o início da doença, mas a maioria dos casos de sífilis congênita ocorre nos quatro primeiros anos de sífilis materna. Se não houver tratamento, quanto mais recente é a infecção da mãe maior é a probabilidade de contaminação fetal. Todo recém nascido sífilítico é filho de mãe sífilítica, quer a mesma goze da melhor saúde. Mas nem toda mãe sífilítica transmite a doença a seu filho. Este pode ser sífilítico ou não, porém, devido a dificuldade diagnóstica, há quem ache que todos os recém nascidos de tal origem deveriam ser tratados.

## 6. DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da sífilis se pousa sob três pilares, ca qual mais importante, O clínico, o radiológico e o laboratório, e às vezes o terapêutico.

A sífilis congênita pode ser precoce ou tardia, desde o nascimento até os dois anos de vida. Os casos mais graves podem apresentar-se sob a forma septicêmica maciça, havendo morte do feto antes do nascimento ou logo após as primeiras horas de vida.



### 6.1- QUADRO CLÍNICO:

a) Na sífilis precoce ( Menos de 2 anos ): Da clínica na sífilis precoce, menos grave, que é a mais frequente, sobressaem a anamnese e o exame clínico. A anamnese oferece dados inestimáveis que coloca o clínico na pista da sífilis, tais sejam: história de aborto, natimortalidade, mortalidade infantil e prematuros. A seguir cuidamos da verificação da vida pregressa do pai, quando solteiro ou, mesmo depois de casado, em função de suas relações com prostitutas e o possível comemorativo do cancro duro, bem como verificar se o pai possui hábitos alcoólicos. Indagar se o pai fizera reações serológicas pré-nupciais, pré-natal ou pós-natal. Informações quanto à placenta. Situação instável e irregular da mãe: mãe solteira, abandonada, mãe menor e principalmente do lactante, quando este é abandonado por sua mãe, etc.

Quanto ao exame clínico devemos destacar sinais fidedignos de doença, tais como:

1. Os achados clínicos mais importantes e frequentes são os seguintes:

1- O baixo peso e a prematuridade são dados importantes num grande número de casos. Isto deve-se a lesão muscular ao nível da placenta e dos órgãos fetais levando a uma má nutrição e desenvolvimento pouco satisfatório.

2- As lesões cutâneo-mucosas aparecem segundo alguns autores em até 97 % dos casos. São variáveis, mas entre elas há algumas que são sugestivas:

- Manifestações cutâneas: Podem ser circunscritas ou difusas dando alterações de cor e aumento da espessura, e diminuição da elasticidade da pele, permitindo o aparecimento de fissuras lineares ( rágades ) em torno dos orifícios naturais pela motiligaçãõ do Treponema. É comum em torno da boca, na sobancelha, região anal genital, palmar e plantar.

- Pênfigo palmo-plantar - pode ser visto em qualquer lugar no corpo mas prefere as palmar e as plantar. São

lesões pequenas e bolhosas, cercadas por uma área mais avermelhada, contendo um líquido seroso ou hemorrágico.

- Coriza sífilítica é consequência de uma sinusite sífilítica que inicia-se com edema da mucosa nasal e ao progredir surge ulceração da mucosa e submucosa, eliminando uma secreção mucopurulenta ou seroangui-nolenta, dando obstrução nasal, dificultando a supuração e a sucção, havendo parada de desenvolvimento de cartilagem e consequente achatamento do dorso do nariz (nariz em sela).
- As erupções sífilides maculo-papulosas e papulo-esca-mosas podem ser distribuídas em todo corpo mas são mais abundantes na cabeça e extremidades; são circulares ou ovóides de 0,5 a 2 cm de diâmetro, pruriginosas, geralmente avermelhadas no início e depois esmerece adquirindo cor de metal (cobre). Podem ser encontradas condelomas perianais e perinelvares, descritos como formações papilomatosas vegetantes, de tamanho variável e forma de couve flor, apresentando uma superfície úmida e rica em Treponemas.
- Em ocasiões de recidivas, quando a criança é tratada ou faz tratamento insuficiente, aparecem entre 1 e 4 anos de idade, sendo mais comuns os condelomas e as placas mucosas; estas em geral no lábio superior, amígdalas e faringe. A sífilis serpiginosa, com aspecto circinado é muito comum na face das crianças negras.

### 3- Lesões viscerais devem ser pesquisadas:

- Espleno megalia - ocorre em 70 a 80 % dos casos, segundo alguns autores.
- Hepatite intersticial difusa.
- Micropoliadenia

- Aumento unilateral do volume do testículo que se torna denso e indolor (quando isto ocorre na primeira infância deve-se pensar em sífilis).
- Lesões do aparelho respiratório, dando a pneumonia intersticial ou "pneumonia alba", em geral de prognóstico grave.
- Anemia com eritroblastemia e manifestações hemorrágicas por alterações da parede vascular, às vezes há plaquetopenia.
- Lesões do sistema nervoso central, ocorrendo no líquor pleiocitose leucocitária e aumento das proteínas além da sorologia positiva.

Outros sinais menos frequentes devem ser lembrados: sossos habituais, atraso de ossificação da grande fontanela, ectásio das veias da base do crânio, hidrocele irreductível unilateral corizo do lactente, melena neonatal, hipertrofia dos gânglios epitrocleares, alopecia, hipertrofia do timo, convulsões ou hipertermia, encefalopatia, debilidade congênita, estrabismo convergente se causa acidente, vegetações adenóides, etc.

b) Na sífilis tardia:

Na sífilis congênita tardia as manifestações clínicas aparecem depois dos dois anos de vida; corresponde em linhas gerais à sífilis terciária do adulto. As manifestações mais encontradas são:

- 1) Goma do veu do paladar - as gomas são lesões destrutivas, profundas do osso, podendo acarretar fratura ou ulceração superficial, com fistulização e infecção secundária. As gomas contêm poucos espiroquetas.
- 2) Lesões ósteo-articulares - É muito comum a osteoperiostite da tíbia, dando a tíbia em sabre que nada mais é que um espessamento do bordo anterior da tíbia, em curvatura de convexidade anterior. Das afecções articulares a mais comum é a dos joelhos onde se instala uma hidrartrose; quando localizado nos do

is joelhos é chamado sinal de Clutton.

- 3) Lesões dos órgãos dos sentidos - São mais comuns a queratite intersticial é caracterizada por lacrimejamento, hiperemia em torno da córnea e opacidade da córnea.
- 4) Deformidades dentárias - Ocorrem na segunda dentição, por hipoplasia dentária. As alterações mais características são encontradas nos incisivos medianos superiores, que apresentam uma chanfradura em / crescente na extremidade livre (dentes de Hutchinson); nos primeiros molares ocorrem dentes em bolsa de Mozer. A associação de deformidades dentárias, surdez e queratite intersticial se conhece com o nome de "triade de Hutchinson".
- 5) Lesões do sistema nervoso - Sequela de meningites, meningoencefalite e neurosífilis; hidrocefalia, hemiplegia, fenômenos espasmódicos, diminuição ou ausência do reflexo fotomotor, convulsões, etc. No crânio poderá haver destruição do tecido ósseo, dando origem perióstica; bossas frontais e parietais se a volumam dando o crânio natiforme; quando as bossas frontais são muito salientes dão à cabeça um aspecto chamado "fronte olímpica"; quando a deformação se produz no sentido transversal, temos o "caput quadratum". Todas essas deformações não são específicas e aparecem também no raquitismo.

Obs.: Trabalhos modernos indicam um grande número de casos em que os pacientes não apresentavam nenhuma manifestação clínica condizente com a enfermidade. O quadro clássico segundo os mesmos trabalhos, raramente é encontrado a não ser naqueles recém nascidos graves, que falecem nos primeiros dias de vida.

## 6.2 - DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO:

Os achados radiológicos que podem ser encontrados são:

1- Ósteo condrite que radiologicamente pode apresentar-se sob vários aspectos:

- Linha de calcificação provisória espessa, irregular com aumento da densidade (normalmente é como se fosse um traço transversal, feito por lápis).
- Zona de rarefação transversal, no lado da diáfase, a cima da zona de calcificação provisória que é mais / densa.
- Por vezes um aspecto de serrilha (sinal de Vagner) , com os dentes voltados para a epífise.
- Não raro uma sucessão de faixas alternando-se sempre uma escura (rarefação) e outra clara.
- Desprendimento epimetafisiário - nos casos mais avançados, dando margem de solução de continuidade dos ossos interessando a metáfise. Clinicamente observa-se pseudo paralisia de Panot em que o membro fica imóvel, neste, colado ao tronco e em rotação interno; e uma paralisia reflexa, entalpica. Pode haver tumefação dolorosa na região, acompanhado ou não de aumento da temperatura local.

2- Periostite - Quase sempre acompanha a Ósteo condrite e caracteriza-se radiologicamente por um espessamento da cortical da diáfase com aspecto estratificado.

3- Alterações típicas - as rarefações ósseas são as alterações tró picas. São muito características quando instalam no lado inter no da extremidade superior da tibia e bilateralmente constituindo o sinal de Wimberger que é patognomônico de sífilis.

### 6.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

1) Reações sorológicas para lues -- Os testes sorológicos são baseados na presença de anti-corpos, que surgem no soro do paciente, logo após o início da doença; são substâncias anti-lipídicas, não específicas, podendo haver falsas reações positivas na eventualidade de outras afecções, como: lepra, malária febre recorrente, leptospirose, hepatite infecciosa, pneumonia atípica primária, mononucleose infecciosa, periarterite nodosa, artrite reumatoide, febre reumática e lupus eritematoso sistêmico, onde a positividade pode ser permanente. Há 3 tipos principais de reações:

- a) Teste V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory) ou da microaglutinação em lâmina, que usa com antígeno a cardiolipina e tem alto grau de sensibilidade e especificidade.
- b) Reação de Wasserman ou de fixação de complemento em que o soro sífilítico reage com um antígeno obtido de um extrato alcoólico do coração de boi.
- c) Reação de Kahn -- é um teste de floculação, em que se emprega o mesmo antígeno anterior.

O recém-nascido normal pode apresentar estas reações positivas apenas pela transferência dos anticorpos maternos por via transplacentária ao feto, mas estes títulos esgotam-se gradualmente e por volta dos tres meses de vida as reações se negativam. Pode um feto nascer com manifestações clínicas de sífilis e reações negativas, como no caso da mãe ser contaminada no fim da gestação (8º mês) e os anticorpos maternos por ocasião do parto serem insuficientes para positivarem as reações e ambos, mãe e filho, terão reações negativas; mas os exames repetidos quinzenalmente vão confirmar o diagnóstico. Quando a mãe tem sífilis secundária na segunda metade da gestação o feto se infecta em 90 % dos casos podendo haver abortamento, natimortalidade ou sífilis congênita de variada gravidade. Quando a mãe não fez tratamento, as sucessivas gestações darão formas menos graves de sífilis e até

recém-nascidos são, pois há um período de acalmia, de latência de sífilis. A sífilis é causa de prematuridade e de ineuficiência ponderal do recém-nascido. A sífilis de 3ª geração, isto é, aquela transmitida ao feto por mãe portadora de sífilis congênita, não existe ou é excepcionalmente rara.

Para o diagnóstico e controle da evolução da sífilis, fazemos hoje as reações sorológicas quantitativas que medem a quantidade de anticorpos. Assim, um título fortemente crescente indica uma sífilis adquirida recente; um título estacionário, indica processo de maior duração; um título rapidamente decrescente em criança que não fez tratamento fala contra o diagnóstico de sífilis, pois estas reações podem ser positivas na vigência de outras infecções, como já dissemos anteriormente, sendo chamadas falsas reações sorológicas positivas para lues. A presença de uma reação negativa nem sempre afasta a existência de sífilis, como também, uma reação positiva, nem sempre prova a existência da doença. As reações sorológicas são negativas durante o período de incubação e nas primeiras semanas da sífilis; também podem ser negativas nas manifestações tardias (neurosífilis, sífilis cardiovascular, etc).

Na sífilis congênita tardia o líquido deve ser examinado, pois podemos surpreender uma sorologia positiva, indicando comprometimento do sistema nervoso central (S.N.C.) numa fase assintomática da doença; uma cifra de mais de 8 linfócitos por milímetro cúbico deve ser considerada anormal bastante sugestiva se houver aumento das proteínas no líquido. Na punção é preciso ter cuidado para não entrar sangue no líquido porque acarretará aumento das proteínas e por conseguinte, falsas reações biológicas positivas de fixação de complemento ou floculação. Lembremos aqui também que a presença de tumor cerebral, meningite bacteriana ou virótica, encefalites ou hemorragia subaracnoidea, podem causar falsa reação positiva para lues.

2) Reação de imobilização do Treponema - O soro dos pacientes com sífilis desenvolvem anti-corpos que

que imobilizam e tornam não infecciosas raças viru lentas; tais anti-corpos aparecem nos estágios iniciais da sífilis e persistem por tempo indefinido, a não ser que seja instituído um tratamento precoce e adequado; são demonstrados pela prova de imobilização do *T. pallidum* aperfeiçoado por Nelson, que evidencia anti-corpos específicos.

- 3) Imuno aderência do Treponema.
- 4) Imunofluorescência do Treponema em cortes ou esfregaços.
- 5) Reação de Reiter - em que se utiliza o Treponema não patogênico em reação de fixação do complemento sendo mais específica e de positividade mais precoce.
- 6) A pesquisa do Treponema (técnica de ultramicroscopia- campo escuro), que evidencia o Treponema vivo com seus movimentos típicos, sendo feita com material de qualquer lesão úmida geralmente coriza. Negativa-se após o primeiro dia de tratamento.
- 7) O hemograma mostra uma anemia, leucocitose com linfocitose, eritroblastemia e não raro, queda das plaquetas.



## 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- 1) Com a septicemia bacteriana - no caso de manifestações viscerais ecentuadas.
- 2) O penfigoide palmo-plantar - não deve ser confundido com o impetigo estafilocócico bolhoso do recém-nascido que em geral não tem localização palmo plantar, tem evolução em surtos sucessivos e não se acompanha de outras manifestações de sífilis.
- 3) Toxoplasmose congênita - (forma visceral) - há positividade da reação de Sabin-Feldman; presença de toxoplasma no líquido e prova de imunofluorescência para toxoplasma.
- 4) A pseudo paralisia de Parrot deve ser diferenciada da impotência do membro determinada por fratura ou artrite; da paralisia obstétrica, doença de Heine-Medin e doença de Moeller-Berlow (escorbuto).
- 5) As placas mucosas das amígdalas não devem ser confundidas com falsas membranas diftéricas (em geral no período de recidiva).

## 8. PROFILAXIA:

Para que a sífilis não volte e sua incidência continue declinando é necessário que as autoridades responsáveis pelos serviços de Saúde Pública não a esqueçam e a abandonem, fazendo provas sorológicas em massa e tomem medida epidemiológicas amplas levadas a efeito pelos departamentos de Saúde com medidas de controle sanitário intensivo em todos os estados da Federação. Ao médico cabe esforçar-se para descobrir a fonte de infecção nos familiares e localizar as pessoas que porventura o doente possa ter transmitido a infecção.

Embora seja pouco provável que gestantes com sífilis de muitos anos dêem à luz crianças sífilíticas, recomendamos de qualquer maneira o seu tratamento, de preferência antes do último trimestre da gravidez, porque até então, o feto ainda não está maciçamente infectado. Estes pacientes devem ser acompanhados mensalmente com reações sorológicas quantitativas. Se a mãe recebeu um tratamento adequado não é necessário recomeçar o tratamento na gestação seguinte desde que o título da reação sorológica seja negativo ou permaneça baixo isto é, menos do que 1:4. Só se reinicia o tratamento durante a gravidez se houver uma elevação do título sorológico.

Os filhos de gestantes com sífilis recente poderão ter as reações sorológicas positivas mesmo na ausência de sífilis pela transmissão passiva dos anticorpos ao feto. As reações feitas quinzenalmente vão mostrar queda da titulação e posterior negatificação.

Ainda como profilaxia é preciso verificar nos pais a existência de doenças venéreas que, tratadas com penicilina, acarretam confusão no diagnóstico e controle da sífilis. Os doentes com gonorréia são propensos a apresentar simultaneamente sífilis adquirida e a penicilina nesses casos poderá retardar o aparecimento das lesões ou evitar o seu desenvolvimento. É recomendável que indivíduos com blenorragia, tratados com penicilina ou outros antibióticos espiroquetídeos, façam sorologia mensalmente durante 4 meses. Deve-se esclarecer ao leigo a necessidade e o valor da sorologia.

rologia; que o perigo da infecção poderá ser reduzida quando a genitalia é bem lavada com água e sabão; que a penicilina indiscriminadamente empregada depois do contato com pacientes portadores de sífilis primária ou secundária, sem orientação médica, só servirá para dificultar o diagnóstico ou dar falsa impressão de segurança.

Além do tratamento medicamentoso instituído na mãe e nos familiares, é preciso garantir à mãe da criança a segurança do tratamento. O médico não deverá censurá-la; mas ficar ciente dos aspectos sociológicos e psicológicos que a sífilis poderá trazer; não raro, os pais apresentam sentimento de vergonha ou culpa e muitas vezes adiam ou suspendem o tratamento. É necessário afastar as idéias errôneas que dizem respeito à sífilis e esclarecer sobre seu bom prognóstico quando bem tratada. Fazer sistematicamente as reações sorológicas no casal durante o período pré-nupcial, matrimonial e na gestante nos exames pré-natais. Com todos os cuidados profiláticos citados acima, temos certeza que a sífilis congênita desaparecerá e a mortalidade infantil diminuirá face à sua participação em todas as estatísticas de natimortalidade e mortalidade infantil.

## 8. PROGNÓSTICO:

Esta na dependência de sífilis materna; quanto mais recente é a sífilis da mãe maiores as possibilidades de comprometimento fetal dando origem a prematuros sífilíticos e recém-nascidos com lesões luéticas graves, muitas falecendo nos primeiros dias de vida. Depois da primeira infância o prognóstico é melhor em relação à vida da criança, mas, por outro lado, se não houver tratamento ou a terapêutica for inadequada ocorrerá fatalmente lesão do sistema nervoso central (S.N.C.); o tipo de lesão predominante, as estruturas atingidas e a localização exata da lesão no sistema nervoso, representam três fatores de real importância para o prognóstico. As gomas no cérebro e na medula produzem sintomas semelhantes aos tumores do cérebro, não sendo fácil a sua diferenciação. A reação de Wassermann positiva no líquido indica que ocorreu infecção do S.N.C. mas as células e as proteínas é que indicam a atividade do processo sífilítico; as taxas normais de células e proteínas indicam que a infecção sífilítica foi interrompida, não sendo mais necessário o prosseguimento da terapêutica. Simultaneamente, fazemos as reações sorológicas quantitativas no sangue, mas nem sempre essas reações seguem paralelamente aos achados líquidos. O prognóstico da neurosífilis congênita é grave pois essas crianças respondem pouco ao tratamento.

A meningite sífilítica é rara na criança e de prognóstico grave e suas primeiras manifestações são as convulsões, os delírios e o aumento da pressão intracraniana; ocorre com mais frequência em crianças que fizeram um tratamento inadequado; o exame de fundo de olho mostra edema da papila e muitos casos são erroneamente diagnosticadas como tumores cerebrais.

O acometimento cardiovascular é muito raro na lues congênita.

## 10. TRATAMENTO:

Considerando a gravidade da doença em seus vários ângulos, é preferível instituir tratamento em todos os recém nascidos, com titulação sorológica igual ou menor a 1/16 (V.D.R.L.) embora há serviços que recomendem o tratamento específico qualquer que seja a titulação apresentada pelo recém nascido.

Esquemas recomendados:

### 1. Penicilina Cristalina

100.000 U/Kg - 12/12 horas durante os cinco primeiros dias, passando a 8/8 horas mais de 3 dias e de 6/6 horas nos últimos 2 dias. Nos casos graves mais 5 ou 10 dias de tratamento. Na alta uma dose de 300.000 U de penicilina Benzatina.

### 2. Penicilina Benzatina

300.000 U de 7/7 dias (3 doses), em paciente ambulatorial.

### 3. Ampicilina

100 mg e 200 mg por kg/dia nas mesmas condições da penicilina cristalina, se houver intolerância ou resistência a esta.

### 4. Controle

Sorológico e eventualmente radiológico cada 18 dias até completar 4 meses de idade.

Observação:

Segundo Mc Creker e Kaplan nas crianças com evidência clínica ou laboratorial ou neurosífilis e naquelas nas quais o comprometimento do sistema nervoso central não pode ser excluído, deve ser feito o tratamento com a Penicilina G Procaína, na dose de 50.000U/Kg administrada uma só vez, diariamente, durante 10 a 14 dias. A Penicilina fenoximetil-potássica é uma alternativa desejável, mas a Penicilina G Procaína é mais conveniente por ser administrada apenas uma vez, diariamente. Dehman considera como droga de eleição a Penicilina G Procaína em solução aquosa, durante 10 dias, ou a Penicilina G Benzatina na dose de mais ou menos 50.000 U/Kg como dose única.

**11. CONCLUSÕES:**

1. A sífilis deve voltar a ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças que acometem as crianças no período neonatal.
2. O aumento da incidência da sífilis congênita justifica a necessidade de investigação sorológica para a lues na rotina de pré-natal.
3. A sífilis do lactente, principalmente no primeiro trimestre de vida é pouco diagnosticada, por exibir frequentemente ao Pediatra, sinais que também podem ocorrer em outras moléstias, que são os chamados sinais sífilíticos miméticos.
4. Onde a prevalência da sífilis é alta, o seu diagnóstico se impõe quer exclusivamente pelo diagnóstico clínico ou pelo radiológico, ou pelo raio X, dependendo dos recursos médicos da região. O ideal é ser o diagnóstico resultante de todos os métodos acima mencionados. O importante é tratar o lactente desde que suspeitemos de sífilis, considerando ser doença muito frequente.

TCC  
UFSC  
PE  
0166  
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0166  
Autor: Silva, Elias Ferre  
Titulo: Sífilis congênita : revisão bib



972806746 Ac. 253807

Ex.1 UFSC BSCCSM