

142 P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO: MEDICINA

Nota 8 (oit)

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE *

FLÁVIO MARTINI **

* TRABALHO DE CONCLUSÃO DA 12ª FASE DO CURSO DE MEDICINA

** DOUTORANDO DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

Florianópolis, 02 de dezembro de 1982.

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

FLÁVIO MARTINI

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Moacir Zangelini ,
Residente em Pediatria Clínica do Hospital'
Infantil Joana de Gusmão a importante cola-
boração para a confecção do presente traba-
lho.

O Autor.

ÍNDICE

	Pág.
I - RESUMO	02
II - INTRODUÇÃO	03
III- MATERIAL E MÉTODOS	04
IV - RESULTADOS	05
V - COMENTÁRIOS	07
VI - CONCLUSÕES	10
VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

I - RESUMO

Os autores analisam os sinais e sintomas da Sífilis Congênita Precoce em 26 crianças. Descrevem a Sintomatologia nos recém-nascidos e lactentes, comparando seus resultados com os da Literatura.

Tecem comentários sobre o diagnóstico e tratamento da enfermidade.

II - INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o aumento da incidência da sífilis na população adulta, houve um paralelo aumento da forma congênita da doença.

Gonzaga e Col (3) analisaram as manifestações clínicas de 71 casos no Rio de Janeiro, entre 1968 e 1971.

Menezes (7), em 198 autópsias de recém-nascidos e lactentes, realizadas entre 1970 e 1972, encontraram 23 casos de sífilis, numa proporção de 11,6%. Mouraria Jr. e Faria (8), entre 361 natimortos autopsiados, entre 1966 e 1971, diagnosticaram 34 casos de sífilis, correspondendo a um percentual de 9,4%. Bittencourt e Barbosa (1) em uma série de 340 necropsias de prematuros, entre 1969 e 1971, encontraram 42 casos de infecção. Mais recentemente, Martino e Col. (5), referem que a frequência cresceu tanto que chegou a se registrar um caso de sífilis Congênita a cada 3 dias, aproximadamente.

A gestante sífilítica não tratada em tempo hábil poderá ter um feto natimorto (principalmente no último trimestre), um recém-nascido infectado ou excepcionalmente um RN sadio.

A criança infectada poderá nascer com as manifestações da doença ou aparentemente normal, apresentando Sintomatologia geralmente a partir da 2ª semana de vida.

O maior conhecimento da doença, através das manifestações, clínicas, exames de laboratório e RX, permite um diagnóstico precoce, diminuindo as seqüelas e o índice de mortalidade.

III - MATERIAL E MÉTODOS

Analisamos os prontuários de 26 crianças internadas no HIJG, nos Setores de Neonatologia, Neurologia, Gastroenterologia, entre fevereiro de 1980 e abril de 1982, que apresentavam sintomatologia e confirmação laboratorial de sífilis congênita precoce.

As idades variaram de zero a seis meses, sendo 15 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, conforme demonstra a tabela 1.

IV - RESULTADOS

Analisamos as manifestações clínicas avaliando a incidência dos sintomas de acordo com a faixa etária em que foi estabelecido o diagnóstico de sífilis, como demonstra o quadro 1. O quadro 2 enumera as lesões encontradas nas 13 crianças que apresentavam comprometimento cutâneo.

TABELA 1

Sífilis Congênita Precoce - Distribuição segundo o sexo.
HIJG - Fpolis, 1982.

Sexo	Nº	%
Masculino	11	42,4
Feminino	15	57,6
Total	26	100

QUADRO 1

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE - Relação Idade x Clínica

Manif. Clínicas	Idade de Apare cimento		1 dia		2 a 30 dias		1 a 6		TOTAL	
	3 casos		5 casos		meses(18)		26 casos			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hepatomegalia	-	-	4	80	12	66	16	61		
Esplenomegalia	-	-	5	100	9	50	14	53		
Anemia	-	-	2	40	13	72	15	57		
Rinite	-	-	2	40	10	55	12	46		
Lesões de pele	1	33	2	40	10	55	13	50		
Icterícia	-	-	1	20	2	11	3	11		
Dor ao manuseio	1	33	1	20	7	38	9	34		
Alt.respiratórias	2	66	2	40	7	38	11	42		
Edema	1	33	4	80	5	27	10	38		
Pseudoparalisia de Parrot.	-	-	1	20	3	16	4	15		

QUADRO 2

Incidência de lesões de pele na Sífilis Congênita Precoce, segundo a faixa etária

Tipo de lesão	Idade de Apare cimento		1 dia		2 a 30 dias		1 a 6		TOTAL	
	1 caso		2 casos		meses(10)		13 casos			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Descamação no corpo	-	-	-	-	4	40	4	30		
Descamação palmo plantar	1	100	2	100	1	10	4	30		
Eritemato-papulares Difusas	-	-	-	-	2	20	2	15		
Pênfigo palmo-plan- tar	-	-	-	-	1	10	1	7,7		
Perianais	-	-	-	-	2	20	2	15		

V - COMENTÁRIOS

As manifestações encontradas nos 3 RN que apresentavam sinais de sífilis ao nascimento não são semelhantes às descritas por Bittencourt (1), Menezes (7), onde foi alta a incidência de hepatoesplenomegalia (71%) e Icterícia (71%). Foram achados importantes : dificuldade respiratória(66%), edema (33%), lesões de pele (33%) e dor à mobilização (33%).

Dentre as lesões de pele foi predominante a descamação palmo-plantar. Deste grupo de 3 RN, todos obtiveram alta hospitalar.

Nas 5 crianças em que feias manifestações surgiram no decorrer do primeiro mês de vida, a esplenomegalia (100%), hepatomegalia (80%) e o edema (80%) foram os sinais mais importantes, juntamente com a anemia (40%). Neste grupo foram importantes ainda: Rinite (40%), lesões de pele (40%) e alt.respiratórias (40%). Dentre as lesões de pele, houve a predominância das lesões de descamação palmo-plantar. Duas crianças foram a óbito neste grupo, após 1 e 30 dias de internação.

No terceiro grupo, constituído de 18 lactentes, as manifestações da doença surgiram geralmente por volta do 2º mês de vida e somente em 2 pacientes o diagnóstico foi feito aos seis meses. De uma maneira geral, a incidência de sinais e sintomas seguiu a mesma ordem do grupo anteriormente descrito, constando-se: anemia (72%), hepatomegalia (66%), esplenomegalia (50%), rinite (55%) e lesões de pele (55%).

Dentre as lesões de pele, houve predominância das lesões descamativas generalizadas. Dor ao manuseio (38%) e pseudoparalisia de Parrot (16%) incidiram com maior frequência que no grupo em que as manifestações surgiram no 1º mês.

Deste grupo, apenas 2 foram a óbito, após 3 e 71 dias de internação.

Considerando-se o total de 26 casos analisados, os achados mais frequentes foram hepatomegalia (61%), Anemia (57%), Esplenome-

galia (53%), o que coincide com a maioria dos trabalhos (1,2,3,7,12)

A seguir, em frequência, aparecem lesões de pele (50%), rinite (46%), alterações respiratórias (42%). A dor ao manuseio (34%), e pseudoparalisia de Parrot (15%), tiveram maior incidência nos lactentes a partir do 1º mês de vida. Em nenhum dos nossos casos ocorreu síndrome nefrótica (9,10).

As lesões ósseas ao RX apareceram em aproximadamente 64% dos casos, manifestando-se principalmente como osteocondrite e periostite, sobretudo da tíbia e úmero (14).

Quanto ao diagnóstico sorológico, o VDRL (venereal Disease research laboratory) foi positivo em todos os casos, geralmente com titulagens altas. O teste I g M FTA-ABS (IgM Fluorescent Treponemol' Antibody Absorptium Test.) (11) foi realizado em 46% dos casos. Este teste é definitivo principalmente nos RN assintomáticos, pois quando (+) indica infecção ativa neonatal, já que os anticorpos IgM não ultrapassam a barreira placentária.

A pesquisa de neurosífilis através do exame do líquido deve ser conduta rotineira. Foi realizada por nós em número ainda pequeno de casos sendo portanto os resultados inconclusivos.

Segundo Mc Cracken e Kaplan (6), " a neurosífilis assintomática é comum e o aumento do número de células e da dosagem das proteínas no líquido podem ser visto em até 80% dos RN com sífilis Clínica. Como estes achados podem ser observados nos primeiros dias de vida, os testes sorológicos no Líquor devem ser realizados". Referem ainda que "embora os testes VDRL no LCR sejam correntemente os melhores procedimentos sorológicos para o diagnóstico da neurosífilis, nem todas as crianças terão reação sorológica no Líquor positivo". Assim, concluem, " o clínico é forçado a tratar algumas crianças como se elas tivessem neurosífilis, a despeito da falta de confirmação laboratorial".

Com relação ao tratamento, a droga de escolha é a penicilina ~~Utilyamis~~ a Penc. Cristalina (100.000 U/kg/dia) dividida em duas

doses nos RN e em quatro doses nos lactentes, ou Penicilina Procaína (50.000 U/kg/dia) em duas doses, por um período mínimo de 10 dias. Embora a Penicilina Benzatina tenha sido anteriormente recomendada e largamente usada, faltam dados clínicos publicados sobre sua eficácia na Neurosífilis (12).

Segundo Kaplan e Mc Cracken (4), "a falha na detecção da atividade da penicilina no Líquor em três de quatro crianças, que recebem penicilina benzatina, pode indicar inadequada penetração no Sistema Nervoso Central de crianças quando o nível sorológico de penicilina é baixo. Como o maior fator que influencia a penetração da penicilina no Líquor é o grau de inflamação meníngea e esta costuma ser mínima na sífilis precoce do SNC, é importante usar preparações que alcancem bons níveis sanguíneos, a fim de conseguir uma considerável atividade de penicilina no líquido".

VI - CONCLUSÕES

1. Dos 26 casos analisados, em 11% as manifestações de sífilis estavam presentes ao nascimento, em 19% os sinais e sintomas surgiram durante o 1º mês de vida e em 69%, após os 30 dias, mais especialmente em torno dos 60 dias.
2. No grupo em que as manifestações surgiram ao nascimento os sinais mais frequentes foram dificuldade respiratória, edema, lesões de pele e dor ao manuseio.
3. As manifestações clínicas mais importantes, tanto nos casos diagnosticados durante o 1º mês como no período de lactente, foram Hepatoesplenomegalia e anemia. Nestas crianças as lesões de pele aparecem em número apreciável de casos, seguidas em frequência dos sinais de comprometimento ósseo.
4. Na totalidade dos casos estudados os sinais e sintomas mais frequentes foram:

Hepatomegalia	- 61%
Anemia	- 57%
Esplenomegalia	- 53%
Lesões de pele	- 50%
Rinite	- 46%
Dificuldade respiratória	- 41%
Edema	- 38%
Dor ao manuseio	- 34%
Pseudoparalisia de Parrot	- 15%
Icterícia	- 11%

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BITTENCOURT, A.C.L.: Sífilis Congênita (um sério problema de Saúde Pública). JBM, 30(2): 40-44, 1976.
2. FIORI, M.R.; FREITAS, A.G.: Sífilis Congênita. Pesquisa Médica, Porto Alegre, 6(10): 393-398, 1974.
3. GONZAGA, M.A.; JACOB, N.N.; SERRÃO, M.J.N.; ALVES, M.A.C.A: Sífilis Congênita Precoce - Revisão. Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Pediatria, 1971.
4. KAPLAN, J.M.; MC CRACKEN, G.H.: Clinical Pharmacology of Benzathine Penicillin G in Neonates With regard to its recommended use in Congenital Syphilis. J. Pediat., 82(6) 1069-1072, 1973.
5. MARTINHO, H.; FIGUEIREDO, I.; ALVES, J.R.D.; SOUZA, N.T.: Sífilis Congênita. Recrudescimento e seus aspectos atuais. J.Ped., 42(4): 27-31, 1977.
6. MC CRACKEN, G.H.; KAPLAN, J.M.: Penicillin Treatment for Congenital Syphilis. A critical reappraisal. JAMA, 228(7): 855-858 1974.
7. MENEZES, D.M.F.: Sífilis Congênita. Uma importante causa de natimortos e neomortalidade. I.Ped., 38(3): 83-93, 1973.
8. MOURARIA JUNIOR, E.; FARIA, J.L.: Incidência de Sífilis em natimortos de um hospital geral. Rev. Assoc.Med.Bras., 20(11) : 403-404, 1974.
9. OLIVEIRA, L.M.C.; SERRA, G.A.; BARROS, N.C.A: Síndrome Nefrótica após tratamento de Sífilis Congênita. Ped. Trat., 50 (1) : 3-5, 1979.
10. REIS, S.I.; MATTOS, A.: Lues Congênita e Síndrome Nefrótica JBM, 18(4): 124-125, 1970.
11. ROSEN, E.U.; RICHARDSON, N.J.: A Reappraisal of the Value of the

IGM fluorescent treponemal antibody absorprium test in the diagnosis of congenital syphilis. J. Pediat. 87(1): 38-42 , 1975.

12. TADER, L.A; FEIGIN, R.D.: Infecções por Espiroquetas. Clin.Ped.Am. Norte, 2(26): 377-413,1979.
13. ELIZABETH M. BRYAN, M.D.; ELIZABETH NICHOLSON: A Study of physical and Biochemical Aspects. Clinical Pediatrics, 2(20) 81-87, 1981.
14. ARRATE, J.K., et aliu: A propósito de 11 observaciones. An Esp. Pediat., 12(12): 877-884, 1979.

**TCC
UFSC
PE
0142**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0142

Autor: Martini, Flávio

Título: Sífilis congênita precoce..



972805428

Ac. 253785

Ex.1 UFSC BSCCSM