

221P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERNATO EM PEDIATRIA

SÍFILIS CONGÊNITA

(RELATO DE CASO)

DOUTORANDA: BEATRIZ MAYKOT KUERTEN

FLORIANÓPOLIS/NOVEMBRO/1.986

# SÍFILIS CONGÊNITA

(RELATO DE CASO)

## ÍNDICE

MATERIAL E MÉTODOS .....	4
1 - INTRODUÇÃO .....	6
2 - ANAMNESE .....	11
3 - EXAME FÍSICO .....	16
3.1 - EXAME FÍSICO GERAL .....	17
3.2 - EXAME FÍSICO ESPECIAL .....	19
4 - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS .....	21
5 - DISCUSSÃO .....	25
6 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32

## MATERIAL E MÉTODOS

FOI ANALISADO O CASO DA PACIENTE S. F. A., QUATRO ME  
SES, B, F, NATURAL DE FLORIANÓPOLIS E PROCEDENTE DE BIGUAÇU/SC,  
INTERNADA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO DIA 21/10/86, AO QUAL  
FOI ENCAMINHADA COM QUADRO DE HEPATOSPLENOMEGALIA. À ESCLARE  
CER, OBTENDO ALTA NO DIA 5/11/86 PARA ACOMPANHAMENTO À NÍVEL  
AMBULATORIAL.

## 1 - INTRODUÇÃO

A SÍFILIS CONGÊNITA é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Treponema pallidum*.

É conseqüente a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via transplacentária, sendo que a transmissão faz-se no período fetal, a partir do quarto ou quinto mês de gestação. Antes desta fase, a membrana celular das vilosidades coriônicas parece constituir-se num obstáculo intransponível para o *Treponema pallidum*. Após a sua passagem transplacentária, o microorganismo ganha os vasos umbilicais e multiplica-se rapidamente em todo o organismo fetal.

Os órgãos e tecidos em que as lesões são mais frequentes e abundantes são o fígado, baço, ossos, pele, mucosas, sistema nervoso, pâncreas e pulmões.

A probabilidade de correr infecção fetal depende do estágio em que se acha a doença materna e do tratamento prévio.

Quando a mãe tem lesões de secundarismo na segunda metade da gestação, o feto se infecta em 90% dos casos, podendo ocorrer abortamento, nati-mortalidade ou SÍFILIS CONGÊNITA de gravidade variável.

A SÍFILIS CONGÊNITA constitui-se em causa de prematuridade e insuficiência ponderal no recém-nato.

Na SÍFILIS CONGÊNITA precoce, as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os dois primeiros anos de vida. Na maioria, já nos primeiros dois ou três meses de vida.

Atualmente são mais frequentes os casos atípicos sem sintomatologia exuberante, sem sinal específico: é o conjunto de dados clínicos, radiológicos e laboratoriais que importam para o diagnóstico.

Os principais sinais clínicos podem ser divididos em três grupos:

- a) Lesões cutâneo-mucosas
- b) Lesões ósseas
- c) Lesões viscerais

a) LESÕES CUTÂNEO-MUCOSAS

- Pênfigo palmo-plantar → bolhas cercadas de halo eritematoso com líquido seroso ou hemorrágico (é lesão precoce e pouco presente).

- Sifíides maculosas → máculas róseas arredondadas, disseminadas, principalmente em tronco, palma das mãos e plantas dos pés.

- Sifíides papulosas, pápulo → escamosas, pápulo-erosivas ou pápulo-crostosas → são encontrados à nível de pregas ano-genitais.

- Coriza sifilítica → é freqüente; é intensa, com fluxo contínuo, secreção espessa sero-sangüinolenta ou purulenta com obstrução nasal, prejudicando a respiração por ocasião da mamada.

- Alopecia.

- Parioníquia.

As lesões de pele são encontradas em 50% dos casos. Geralmente manifestam-se após semanas ou meses, mas podem estar presentes na ocasião do parto.

b) LESÕES ÓSSEAS

Lesões bastante importantes e freqüentes, podendo ser o primeiro sinal de alerta.

Geralmente as lesões são difusas e simétricas. Os tecidos cartilagosos são comprometidos, instalando-se Treponemas nas metáfises e diáfises, provocando lesões destrutivas



e proliferativas em que os tecidos ósseos e medular são substituídos por tecido de granulação sífilítica.

São três tipos de lesões:

- Osteocondrite metaepifisária (80% dos casos) → É a lesão mais precoce. Corresponde à irregularidade, serrilhamento e as vezes formação "em taça" de extremidade óssea.

- Periostite → Ocorre um espessamento cortical da diáfise com aspecto estratificado, ocorrendo principalmente em tíbia, fêmur e úmero.

- Imagens de rarefação óssea → Clinicamente a Sífilis óssea precoce pode acompanhar-se de impotência funcional dos órgãos acometidos (Pseudo-paralisia de Parrot).

#### c) LESÕES VISCERAIS

- Hepatite

- Hepatomegalia

- Comprometimento esplênico → é a forma mais frequente das lesões viscerais

- Anemia

Outras manifestações podem ser encontradas, por exemplo, desnutrição fetal, falta de ganho de peso do recém-nato, febre, hiperplasia de gânglios linfáticos, entre outras.

No diagnóstico da patologia, a suspeita clínica deverá ser levantada em primeiro lugar pela história materna. A confirmação diagnóstica deverá ser fornecida pela clínica, RX e exames laboratoriais (principalmente as reações sorológicas para sífilis e pesquisa direta do Treponema nas lesões).

Uma prova sorológica positiva nos dois primeiros meses de vida não significa sempre sífilis no feto, porque as substâncias reagentes podem ter sido transferidas da circulação

materna. Um título muito elevado da reação sorológica ou uma nítida ascensão no título, são indicativos de SÍFILIS CONGÊNITA.

Ao Hemograma detecta-se uma anemia e Leucócitos variável, mas com tendência à leucocitose.

As Bilirrubinas Totais, Direta ou Indireta costumam estar aumentadas, assim como as Transaminases.

Embora seja clinicamente raro o envolvimento do sistema nervoso central na SÍFILIS CONGÊNITA precoce, deve ser sempre examinado o líquido.

Quanto ao tratamento, escolas diferentes, propõem abordagens distintas.

Os autores americanos preconizam a Penicilina G Procaína numa dose de 100.000 U/Kg/dia. ALCANTARA e MARCONDES (1) propõem uma dose de 100.000 U/Kg - 12/12 horas IM devido à gravidade da doença, e VAUGHAN e colaboradores (4) 50.000 U/Kg/dia por 10-14 dias.

Outros antibióticos usados seriam a Eritromicina, a Tetraciclina e a Espiramicina.

Deve-se ainda tratar-se os pais, bem como isolar a criança, visto que as lesões de pele são ricas em Treponemas.

O critério de cura consiste na melhora clínica, radiográfica e no decréscimo dos títulos sorológicos.

Apesar de que a resposta à Penicilina geralmente é boa, alguns casos não respondem e evoluem à óbito ainda no período de recém-nascido. São os casos em que predominam as manifestações viscerais.

## 2 - ANAMNESE

### - IDENTIFICAÇÃO

S. F. A., quatro meses, B, F, natural de Florianópolis e procedente de Biguaçu/SC, sem internações anteriores.

### - INFORMANTE

Mãe. (confiável)

### - QUEIXA PRINCIPAL

HEPATOESPLENOMEGALIA à esclarecer.

### - HISTÓRIA MÓRBIDA ATUAL

A paciente foi levada ao Posto de Saúde local (Biguaçu), com história de diarreia, de coloração esverdeada, consistência semi-líquida, sem muco, pús ou sangue, com a frequência aproximada de cinco evacuações/dia e dor abdominal.

Ao exame físico, o médico local detectou HEPATOESPLENOMEGALIA e encaminhou a menor para o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO para investigação à nível hospitalar.

### - HISTÓRIA DIVERSOS APARELHOS E SISTEMAS

- . Geral - nega queixas.
- . Olhos, nariz, boca, garganta, ouvidos - nega queixas.
- . Córdio-pulmonar - "cansaço" ao mamar.
- . Gastro-intestinal - vide História Doença Atual.
- . Gênilo-urinária - refere urina "de coloração amarelo forte, manchando as fraldas" (Sic).
- . Músculo-esquelético - nega queixas.
- . Sistema Nervoso - criança bastante irritada, acordando várias vezes à noite.

### - GESTAÇÃO

Parto normal com episiotomia, hospitalar. (Não consta da história dados como duração de parto, ruptura de bolsa, cor do líquido amniótico e apresentação do feto).

### - PERÍODO NEO-NATAL

Chorou logo ao nascer.

Peso = 2.460 gr

Estatura = 47 cm

Pc = 30 cm

PT = 29 cm

PA = 29 cm

Apgar 1º MIN = 7

Nega cianose e icterícia.

Queda do colo umbilical com oito dias.

(Permanência no berçário - não consta da ANAMNESE)

Refere "cansaço" durante a sucção.

### - ALIMENTAÇÃO

Leite materno por quinze dias. Mamadeira de três em três horas contendo: leite de vaca (240 ml), meia colher de sopa de Nestôgeno e uma colher de chá de açúcar por dois meses.

Após introduziu o leite Ninho, quando então iniciou a diarréia. (Não consta a diluição da mamadeira).

### - CRESCIMENTO E D.N.P.M.

Sorriso Social = dois meses

Seguimento Ocular = dois meses

Sustentação Cefálica = três meses

Senta com apoio.

- IMUNIZAÇÕES

Fez uma dose de Sabin e uma Tríplice.

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Nega.

- CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICA E CULTURAL

Reside em casa de madeira, com uma peça, três pes  
soas, sem água encanada, com luz elétrica. Esgoto à céu aber  
to.

Pai - Guarda Noturno

Mãe - Do lar

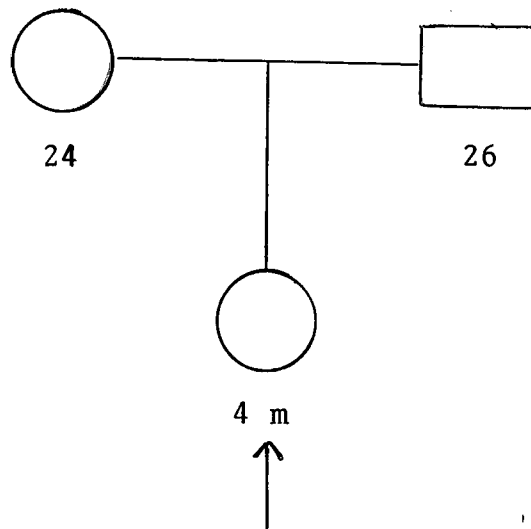
(Não consta nível cultural e a renda familiar).

- HÁBITOS E CONDUTAS

Criança dorme embalada pela mãe.

- ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS

. Heredograma:



- ANTECEDENTES FAMILIARES

Nega cardiopatia, Hipertensão, CA, TB, Asma, Sífi  
lis e Nefropatia.

### 3 - EXAME FÍSICO



### 3.1 - EXAME FÍSICO GERAL

- . Temperatura = 36,5°C
- . Peso = 6.300 gr (perdeu 1.100 gr durante a inter  
nação)
- . Estatura = ?
- . PC = ?
- . PT = ?
- . PA = ?
- . Impressão Geral = Boa
- . Estado Geral = Bom
- . Estado Nutritivo = Eutrófica
- . Estado de Hidratação = Hidratada
- . Pele = Lesões papulares não pruriginosas em face e couro cabeludo. Em tórax e membros inferiores apresentava lesões vesiculares e em períneo, le  
sões hiperemiadas.
- . Mucosas = Normocoradas, hidratadas, anictéricas.
- . Tecido Cecular Sub-cutâneo = Presente
- . Gânglios = Retro-auriculares <sup>+</sup> 1,5 cm sem outras adenomegalias, móveis, indolor, fibro-elástico.
- . Musculatura = Sem particularidades.
- . Esqueleto = Sem particularidades.

## 3.2 - EXAME FÍSICO ESPECIAL

- . Segmento Cefálico
  - Crânio - simétrico
  - Olhos - Sp
  - Ouvidos - Sp
  - Nariz - Sp
- . Boca e Cavidade Bucal
  - Lábios - Sp
  - Dentes - Sp
  - Gengivas - Sp
  - Língua - Sp
  - Amígdalas - Sp
  - Faringe - Sp
- . Pescoço - Sp
- . Tórax: geral
  - Simétrico, sem retrações ou abaulamentos
  - Pulmões - MV fisiológico, sem ruídos adventícios
  - Coração e Vasos - BRNF 2T sem sopros
- . Abdomen
  - Simétrico, plano, sem massas palpáveis, flácido, Fígado palpável aproximadamente a 7 cm RCD. Baço palpável. (Não consta quantos cm).
- . Órgãos Genitais - Sp
- . Ânus - Sp
- . Coluna - Sp
- . Membros - Sp
- . Sistema Nervoso - Ausência de sinais meníngeos.  
Não foram pesquisados outros sinais neurológi  
cos.

## 4 - PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Como auxílio diagnóstico foram solicitados exames complementares, descritos a seguir:

Em 22/10/86

a) **Hemograma**

- Hemáceas = 3,7 milhões/mm<sup>3</sup>

HT = 30%

Hb = 9g

Discreta hipocromia e anisopoiquilocitose com Policromatofilia

- Leucócitos = 15.000/mm<sup>3</sup>

Mielócitos = 0

Metamielócitos = 0

Bastonetes = 1% (150)

Segmentados = 22% (3.300)

Eosinófilos = 1% (150)

Basófilos = 0

Linfócitos Típicos = 71% (10.656)

Linfócitos Atípicos = 0

Monócitos = 5% (750)

(Anemia ferropriva, Leucocitose com linfocitose)

b) **Parasitológico de Fezes**

Negativo

c) **VDRL**

Qualitativo = soro puro, reagente.

Quantitativo = soro diluído 1/2 até 1/128 reagente  
1/256 não reagente

d) **Pesquisa de Anticorpos Antitreponêmicos com Absorção**

Positivo +++

e) **Parcial de Urina**

Bacteriúria intensa

f) **Bacteriologia Urina**

Cultura E. Coli  $10^6$

g) **Urocultura**

Negativa

h) **Bioquímica Sangue**

Fosfatase Alcalina = 222

GOT = 161,5 UK - aumentado

GPT = 387 UK - aumentado

Relação GOT/GPT = 0,42

BT = 1,18 - normal

BD = 0,63 - normal

BI = 0,55 - normal

i) **Imunofluorescência para Toxoplasmose**

IGG = Soro não reagente - negativo

IGM = Soro não reagente - negativo

Em 24/10/86

a) **VDRL**

Qualitativo - soro puro, reagente

Quantitativo - soro diluído 1/256 reagente

1/152 não reagente

b) **VDRL (Pais)**

Pai = reagente até 1/256

Mãe = reagente até 1/128

Em 29/10/86

a) **Rx Ossos Longos**

Reação perióstica difusa, ossos longos com peque  
nas áreas líticas nas metáfises. Aspecto de Sífi  
lis congênita.

Em 3/11/86

a) **VDRL**

Qualitativo = soro puro reagente

Quantitativo = soro diluído 1/256 reagente

1/512 não reagente

Em 5/11/86

Tentado punção lombar, porém houve acidente de punção  
e foi suspensa.



## 5 - DISCUSSÃO

No caso estudado devemos valorizar o fato de a mãe não ter realizado pré-natal e apresentar queixas clínicas importantes, acompanhamento este de extrema importância para a saúde do bebê posteriormente, visto que muitas patologias são passíveis de serem transmitidas ao feto por via transplacentária.

No caso particular da SÍFILIS, a probabilidade de ocorrer infecção fetal depende do estágio em que se acha a doença materna e do tratamento prévio, reforçando ainda mais a necessidade do pré-natal.

A paciente apresentava em seu quadro dados sugestivos de SÍFILIS CONGÊNITA, tais como HEPATOSPLENOMEGALIA, achados estes importantes na patologia. A ESPLENOMEGALIA é a mais frequente das lesões viscerais ocorridas na SÍFILIS CONGÊNITA.

O fato de a criança ser bastante irritada, acordando várias vezes à noite é significativo, visto que muitas vezes o diagnóstico é feito devido ao choro intenso que acompanha qualquer movimentação da paciente, pois por detrás destas queixas poderá existir uma Pseudoparalisia de Parrot.

O baixo peso ao nascer é outra característica que poderá estar presente, como no caso da menor, que apresentou um peso ao nascimento de 2.460 gr.

A anemia é outro achado na SÍFILIS CONGÊNITA. No caso, a paciente apresentava uma anemia ferropriva (Hemáceas = 3,7 milhões/mm<sup>3</sup>, HT = 30% e Hb = 9g, com discreta hipocromia e anisopoiquilocitose com Policromatofilia).

Outras manifestações importantes encontradas foram as lesões em pele e ossos levando a grande suspeita diagnóstica desta patologia, suspeita esta confirmada através do RX de Ossos Longos e Provas Sorológicas.

Cabe ainda colocar que à avaliação psicológica, a

menor atingiu uma idade de desenvolvimento de dois meses e três dias na Escala de Brunet-Lézine.

A área motora apresentava uma idade base de um mês e vinte e um dias, a cognitiva de dois meses, a linguagem também de dois meses e a área social de dois meses e vinte dias.

Todas as medidas foram no sentido de fechar o diagnóstico com relação à patologia suspeitada, bem como afastar eventuais outras afecções que causariam quadro clínico semelhante.

O único exame que necessariamente deveria ser realizado por ocasião da confirmação diagnóstica e que constitui-se em rotina nestes casos, seria a Punção Lombar, pois uma alteração à nível líquido cefalorraquidiano implicaria em um tratamento mais rígido.

A criança foi tratada com dieta hipofermentativa devido a presença de diarreia e Penicilina G. Procaína 50.000 U/Kg/dia IM, por dez dias, apresentando evolução favorável, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.

Os pais foram medicados com seis frascos de Benzeta cil 1.200.000 IM de três em três dias.

## 6 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A forma maciça precoce quando é grande o predomínio das manifestações viscerais e gerais, pode ser confundida com algumas patologias que serão discutidos a seguir:

a) **TOXOPLASMOSE CONGÊNITA (Forma Visceral)**

Patologia causada pelo *Toxoplasma gondii*. A invasão do *Toxoplasma* faz-se por via Hematogênica Transplacentária, geralmente após o primeiro trimestre de gravidez, semelhante à SÍFILIS CONGÊNITA.

O feto pode se infectar tanto pela via Hematogênica quanto pela ingestão de líquido amniótico contaminado.

As várias formas da Toxoplasmose congênita são relacionadas pelo menos em parte, com o tempo de gestação em que ocorreu a infecção. No primeiro trimestre da gravidez, a frequência de transmissão é menor e a severidade maior, podendo a criança nascer morta ou com doença generalizada. A raridade neste período talvez se deva à ausência de uma placenta anatomo funcional individualizada, e a gravidade por estar o sistema nervoso ainda em fase de organização. Quando a infecção se faz numa gravidez avançada, o recém-nascido apenas apresenta discretas manifestações, sendo maior a sua incidência.

Cabe relatar que, a parasitemia é indispensável para essa transmissão, e ela só ocorre em infecções agudas, sendo raros os casos que se registram de transmissão fetal na infecção crônica materna.

A gama de manifestações clínicas é enorme, iniciando com infecções assintomáticas, passando por doença generalizada e terminando com o óbito. Entre elas encontramos a cório-renite, calcificações cerebrais, hidrocefalia, microcefalia, anormalidades líquóricas, convulsões, anemia, icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, pneumonia, erupções máculo

-papulares, vômitos e diarréia. Muitas delas, tais como a anemia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia e erupções máculo-papulares estão presentes na SÍFILIS e no exame físico da menor, justificando-se desta maneira a suspeita diagnóstica bem como reforçado por outras particularidades.

O diagnóstico desta patologia se dá pelo encontro do parasita isolado ou pseudocistos. No caso foi solicitado a prova de Imunofluorescência para Toxoplasmose, a qual foi negativa.

As provas laboratoriais, tais como a Bilirrubina Total, Direta e Indireta bem como o Líquor, geralmente estão alteradas, assim como na SÍFILIS CONGÊNITA, porém no caso da menor, a Bilirrubina Total, Direta e Indireta tinham valores normais. O Líquor por sua vez não foi examinado, devido acidente de punção.

#### b) DOENÇA DE INCLUSÃO CITOMEGÁLICA

Patologia causada pela Citomegalovírus, sendo na maioria das vezes assintomática.

A Mononucleose por Citomegalovírus produz um quadro semelhante à Mononucleose e à SÍFILIS CONGÊNITA tais como: febre, alteração no Hemograma, provas de Punção Hepática alteradas e exantema semelhante à rubéola. Outros achados da Doença de Inclusão Citomegálica são a hepatomegalia, pneumonia intersticial, alterações gastrointestinais e acometimento do sistema nervoso, muitos deles semelhantes aos sintomas/sinais apresentados na SÍFILIS CONGÊNITA e no caso, a hepatomegália e alterações gastrointestinais são apresentadas pela menor.

O diagnóstico é feito pelo isolamento do citomegalovírus na urina ou no swab da orofaringe.

No caso da menor não foi solicitado estes exames visto que não foi levantada esta suspeita diagnóstica, pois a menor apresentava lesões cutâneo-mucosas e esqueléticas semelhantes à SÍFILIS CONGÊNITA e não características na Doença de Inclusão Citomegálica.

Outras patologias tais como a Septicemia bacteriana, alterações esqueléticas, entre outras, podem ocasionalmente serem aventadas no diagnóstico diferencial da SÍFILIS CONGÊNITA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- (1) ALCANTARA, P. e MARCONDES, G. Pediatria básica. 4.ed.  
2 vol. Ed. Sarvier, São Paulo, 1974. p. 1156-65.
- (2) HARRISON, T. R.; ADAMS, R. D.; BENNETT JR., J. L. et alii.  
Medicina interna. 4.ed. 2 vol. Ed. Guanabara Koogan  
S.A., Rio de Janeiro, 1968. p.1771-86.
- (3) MURAHOWSKI, I. Pediatria: diagnóstico + tratamento.  
3.ed. São Paulo, 1982. p.75-8.
- (4) VAUGHAN III, V. C.; MCKAY JR., R. J. e BELTRMAN, R. E.  
Nelson: tratado de pediatria. 11.ed. Interamericana,  
Rio de Janeiro, 1983. vol. 2. p. 803-8.

**TCC**  
**UFSC**  
**PE**  
**0221**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0221  
Autor: Kuerten, Beatriz M  
Título: Sífilis congênita : relato de c



972809681

Ac. 253856

Ex.1 UFSC BSCCSM