

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **41**

Departamentos Científicos da SPSP,
gestão 2007-2009.



Departamento de
Neonatologia

**Estratégias para
o controle da
sífilis congênita**

Departamento de Bioética

**Aspectos éticos
relacionados às
imunizações**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Estratégias para o controle da sífilis congênita

Autora:

Lilian dos Santos R. Sadeck

DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA

Gestão 2007-2009

Presidente:

Cláudio Ribeiro Aguiar

Vice-Presidente:

Paulo Roberto Pachy

Secretário:

Vera Lucia Figueiredo Senise

Membros:

Abimael Aranha Netto, Alessandra Nilda A. Silva, Alice D'Agostini Deutsch, Amélia M.N. dos Santos, Antonio Rugolo Jr., Bettina B.D. Figueira, Carlos José S. Rodrigues, Cecília M^ª Draque, Celeste G.S. Oshiro, Celso M. Rebello, Cheung H.L. Russo, Ciro D. Giaccio, Claudia Tanuri, Cery B. Gallacci, Edineia V. Lima, Edna M^ª A. Diniz, Eduardo R. Amaro, Ernesto T. Nascimento, Fernanda B. Zuccolotto, Fernando Jorge C. Lyra F^º, Glória Celeste V. R. Fernandes, Helenilce de Paula F. Costa, Henrique G. Naufel, João Paulo A.S. Sonnenwend, Joaquim Eugenio B. Cabral, José César S. Torrezan, Lígia M^ª S.S. Rugolo, Lilian dos Santos R. Sadeck, M^ª Fernanda B. de Almeida, M^ª Dolabela Magalhães, M^ª Lucia S. Ferlin, M^ª Luiza M. Junqueira, M^ª Regina Bentlin, M^ª Teresa Z. da Costa, Marina da Rosa Faria, Marta M^ª G.B. Mataloun, Mônica S.B. Pinheiro, Paulo Eduardo A. Imamura, Pedro Alexandre F. Breuel, Pedro Paulo A. Correa, Rita de Cássia X. Balda, Roberto Bittar, Ruth Guinsburg, Sérgio Daré Jr., Sergio Tadeu M. Marba, Silvia Espiridião, Solange R. Daher, Suely D. Nascimento, Teresa M^ª Lopes O. Uras, Wanda T. Marino.

A sífilis congênita continua sendo um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde, apesar das estratégias de prevenção bem definidas e a disponibilidade de tratamento.

No Município de São Paulo, o coeficiente de incidência de sífilis congênita foi 2,1/1000 e 1,9/1000 nascidos vivos (NV), em 2004 e 2005 respectivamente, de acordo com a definição de caso vigente desde janeiro de 2004. Em 2006, observou-se uma redução de 34% e 39% no número de casos no 1^º e 2^º trimestre respectivamente, comparado ao mesmo período de 2005 (*Fonte: SINANW/CCD/SMS, atualização 3/10/2006*).

Ainda assim, o coeficiente se mantém acima da meta definida, isto é, incidência menor ou igual a 1/1000 NV, estabelecida no acordo para a eliminação da sífilis como problema de saúde pública nas Américas até o ano 2000, do qual o Brasil é signatário desde 1993.

A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada, ou inadequadamente tratada, para o feto, via transplacentária.

Fatores epidemiológicos

Fatores epidemiológicos associados com alto risco para exposição da gestante à sífilis são:

- ✓ pré-natal ausente ou inadequado;
- ✓ gestante adolescente;
- ✓ uso de drogas ilícitas;
- ✓ parceiros sexuais múltiplos;
- ✓ história de doença transmitida sexualmente na gestante ou parceiro sexual;
- ✓ baixo nível socioeconômico e cultural.

A transmissão pode ocorrer **em qualquer fase da gestação** ou **estágio clínico da doença materna**, sendo que a probabilidade de sua ocorrência varia, principalmente, com o tempo de

exposição do feto e do estágio clínico da doença materna. Assim, quanto mais tarde a infecção materna for tratada, tanto maior o risco, variando as taxas de 60% a 100% na sífilis primária ou secundária, reduzindo para cerca de 30%, nas fases de latência (precoce ou tardia).

As estratégias de prevenção da sífilis congênita estão no Quadro 1.

Diagnóstico de sífilis durante a gestação

O diagnóstico de sífilis na gestante deve ser feito através do *Veneral Diseases Research Laboratory* (VRDL) ou do *Rapid Plasm Reagin* (RPR), que são testes utilizados para triagem diagnóstica por apresentarem elevada sensibilidade (VDRL: 78 a 100% e RPR: 86 a 100%).

Quadro 1. Estratégias de prevenção de sífilis congênita

- ➔ Assistência pré-natal a todas as gestantes com, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- ➔ Realizar teste sorológico VDRL ou RPR na primeira consulta de pré-natal e repetir no início do 3º trimestre de gestação, com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes;
- ➔ Diagnóstico e tratamento adequados para as gestantes infectadas e seus parceiros, abordando o caso de forma clínico-epidemiológica;
- ➔ Documentação dos resultados da sorologia e tratamento da sífilis na carteira da gestante;
- ➔ Notificação dos casos de sífilis congênita, incluindo os casos de aborto e natimorto.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Tríênio 2007 - 2009

**Diretoria Executiva
Presidente:**

José Hugo Lins Pessoa

1º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

2º Vice-Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Sulim Abramovici

2º Secretário:

Fábio Eliseo F. Álvares Leite

1º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françaço

2º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

Diretoria de Publicações

Diretor:

Cléa Rodrigues Leone

Editor Revista Paulista Pediatría:

Ruth Guinsburg

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

Departamentos Científicos

Coordenadores:

Ciro João Bertoli

Mauro Batista de Moraes

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



Produção editorial:

L.F. Comunicação Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otacília da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

Esses testes permitem o monitoramento da infecção por meio da titulação dos anticorpos.

O teste é positivo a partir de títulos de 1:1. A sensibilidade diminui nos estágios precoces da doença, quando ainda não há resposta sorológica, e nas fases tardias (latente tardia e terciária), quando os títulos estão caindo, chegando a negativar em 33% dos indi-

víduos, **mesmo sem tratamento**. Com o tratamento, os títulos apresentam queda exponencial, tendendo a negatificação em até dois anos. Títulos persistentemente positivos, mesmo após tratamento adequado, podem significar infecção persistente ou re-exposição.

Vale lembrar que o VDRL e o RPR podem apresentar resultados falso-positivos em doenças como

Tabela 1.
Esquema terapêutico para tratamento da sífilis na gestação

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as doses
Sífilis primária	1 série Dose total: 2 400.000 UI	Dose única
Sífilis secundária e latente ou com até 1 ano de duração	2 séries Dose total: 4 800.000 UI	1 vez por semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou evolução ignorada	3 séries Dose total: 7 200.000 UI	1 vez por semana

1 série = 1 ampola de 1 200.000 UI, IM em cada nádega (2 400.000 UI)

lupus, artrite reumatóide, hanseníase, entre outras, ou falso-negativos devido ao excesso de anticorpos em soro não diluído (efeito prozona).

Os testes para detecção dos anticorpos treponêmicos, aglutinação passiva (TPHA), imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (ELISA) não são indicados para triagem sorológica, por apresentarem sensibilidade menor que os não-treponêmicos (TPHA-85% a 100%; FTA-Abs- 70% a 100%; ELISA 82% a 100%). **O ideal é que sejam realizados para confirmação de infecção treponêmica em toda gestante com teste não-treponêmico positivo**, pois são altamente específicos (TPHA 98% a 100%; FTA-Abs 94% a 100%; ELISA 97% a 100%).

Tratamento da gestante com sífilis

É considerado tratamento materno **adequado** todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença (Tabela 1), feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, **ten-**

do sido o parceiro tratado concomitantemente.

É considerado tratamento **inadequado** para sífilis materna quando:

- é realizado com outro medicamento que não a penicilina;
- é incompleto para o estágio da doença, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- o início ou a finalização do tratamento ocorreu nos 30 dias anteriores ao parto;
- existe ausência de queda ou elevação dos títulos do VDRL após tratamento adequado;
- o parceiro não foi tratado, foi tratado inadequadamente ou não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Abordagem do recém-nascido

Realizar VDRL, em amostra de sangue periférico, de todos os RNs cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis. **O sangue de cordão umbilical não deve**

ser utilizado pelo risco de falso-positivo.

O significado da positividade do teste no soro do RN é limitado, na medida em que pode ocorrer transferência passiva dos anticorpos IgG maternos. O título do RN deve ser comparado com o da mãe, colhido no momento do parto, e será considerado positivo quando o título da criança for superior a quatro vezes o título materno. Porém, o teste pode resultar negativo se a mãe foi recentemente infectada ou ainda se a mãe foi tratada na gestação e os títulos estão caindo. Portanto, o diagnóstico definitivo de sífilis congênita requer a avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe, (incluindo a adequação, ou não, do tratamento específico) e de exames laboratoriais e de imagem para classificação final do caso e instituição da antibioticoterapia.

Conforme algoritmo a seguir (Figura 1, páginas 8 e 9), deve-se solicitar estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) e radiografia de ossos longos.

As alterações do LCR encontradas em recém-nascidos com neurosífilis são:

celularidade > 25 leucócitos/mm³, proteínas > 150 mg/dl em RN de termo e > 170 mg/dl em RN pré-termo e/ou VDRL reagente.

As alterações radiológicas mais frequentes são: osteocondrite, periostite (evidentes respectivamente com 5 e 16 semanas após aquisição da infecção fetal) e osteomielite.

Seguimento do RN tratado

- Consultas mensais até o 6º mês e bimensais do 6º ao 12º mês de vida;
- Realizar VDRL sérico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade ou interrompendo com 2 VDRL negativos;
- Realizar o TPHA após os 18 meses de idade para confirmação do caso;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por 2 anos.

Diante da elevação do título sorológico ou da sua não-negativação até os 18 meses, re-investigar a criança e proceder ao tratamento.

→ Nos casos de LCR ini-

cialmente alterado, a criança deve ser submetida à coleta de LCR a cada 6 meses, até sua normalização;

→ As crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou

tempo preconizado, devem ser convocadas para reavaliação clínico-laboratorial e o tratamento deve ser reiniciado, de acordo com os esquemas descritos (Quadro 2).

Quadro 2. Esquema de tratamento no período neonatal

A1

Penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dose, IM, 1 vez por dia, durante 10 dias.

A2

Penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida), de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.

A3

Penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado segundo esquema A1.

C1

Seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de seguimento, tratar com penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/kg.

Figura
Algoritmo para abordagem do RN

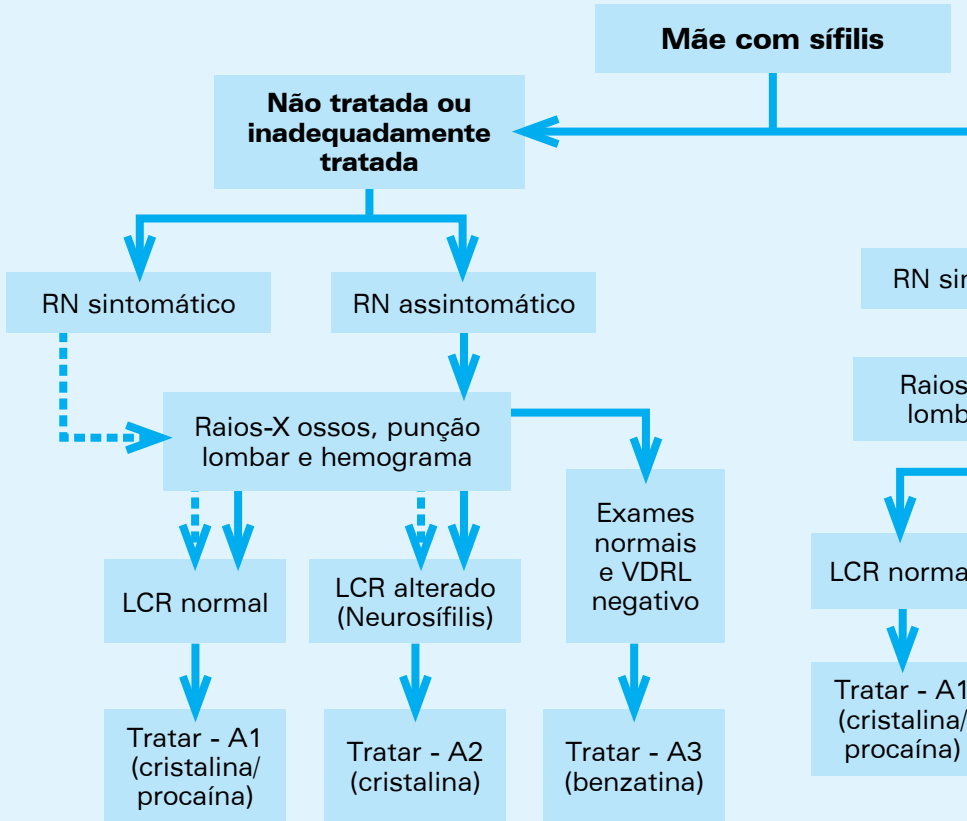


Tabela 1 RN, frente à gestante com sífilis

