

Titulo:

Sífilis Congênita: Diagnóstico pós-natal.

Titulo em Inglês:

Congenital syphilis: Postnatal diagnosis.

Autores:

Antonino Barros F^o 1,2

Israel Figueiredo Jr 1,3

Gláucia M Lima 4

Adauto D M Barbosa 1,5

Rafael D C Villalba 1,6

¹ Docente da Disciplina de Pediatria da UFF;

² Chefe do Departamento Materno-Infantil HUAP-UFF;

³ Responsável pela Enfermaria de Lactentes HUAP-UFF;

⁴ Mestre em Pediatria pela UFF; Médica Assistente da Rotina da Enfermaria de Lactentes HUAP-UFF;

⁵ Chefe do Serviço de Neonatologia e UTI Neonatal do HUAP-UFF;

⁶ Responsável Setor de Gastroenterologia Pediátrica do HUAP-UFF.

Endereço para correspondência:

Dr Antonino Barros Filho. Rua Moreira César, 143 aptº 1401. Icaraí.

Niterói. RJ CEP: 24230-050

Tel: (0XX-21-99682111)

Resumo

Objetivo: Apresentar os sinais pós-natal indicativos de sífilis congênita, para estabelecimento de um perfil clínico de diagnóstico.

Métodos: Os autores estudaram, de modo retrospectivo, os sinais indicativos de sífilis congênita em crianças admitidas no período de 1993-1998, na Enfermaria de Lactentes do HUAP-UFF, internadas por outras causas.

Resultados: Em 18 crianças (9 recém-nascidos e 9 lactentes), dentre as 780 internações ocorridas, diagnosticou-se quadro de sífilis congênita. Observou-se na história que o pré-natal foi falho ou incompleto em 78,8% das gestantes, que a idade materna em 50,5% dos casos estava entre 20 e 34 anos, e que o parto transvaginal foi o mais comum (72,2%). Notou-se também que, as crianças nasceram à termo (83,3%) e com peso inferior a 2.500g (55,5%), e tinham média de idade de $34,44 \pm 24,31$ dias à internação. Verificou-se que o quadro infeccioso inespecífico foi a principal causa de internação hospitalar (72,2%) e que os sinais clínicos predominantes foram hepatomegalia (94,4%), anemia (83,3%), esplenomegalia (77,7%), lesões cutâneas (77,7%), e febre (55,5%), entre outros. O VDRL foi reator em todas as crianças.

Conclusões: A assistência pré-natal incompleta foi um achado importante e, além dos sinais clássicos de sífilis congênita, a febre, no lactente, foi um sinal significativo.

Unitermos: atendimento pré-natal; sífilis congênita; diagnóstico pós-natal

Abstract

Objective: To present the indicative postnatal signs of congenital syphilis, for establishment of a clinical profile diagnosis.

Methods: The authors studied, in a retrospective survey, indicative signs of congenital syphilis in children admitted by other causes, at infant ward of Hospital Universitário Antonio Pedro-UFF, between 1993 and 1998.

Results: Congenital syphilis was diagnosed in 18 children (9 newborns and 9 infants), from 780 happened admissions. Prenatal attendance was fail or incomplete in 78,8% of women; maternal age was between 20 and 34 years old (50,5%), and transvaginal delivery was the most common way (72,2%). The children were born at term (83,3%) and with low weight (<2.500g - 55,5%). The mean age at admission was $34,44 \pm 24,31$ days old. Indefinite infectious picture (72,2%) was the main cause on hospital admission, and the predominant clinical signs were hepatomegaly (94,4%), anemia (83,3%), esplenomegaly (77,7%), cutaneous lesions (77,7%), and fever (55,5%). VDRL was reactor in all children.

Conclusions: Incomplete prenatal attendance was an important finding and, besides the classic signs of congenital syphilis, the fever, from indefinite infectious picture in the infant, was a significant sign.

Keywords;: prenatal attendance; congenital syphilis; postnatal diagnosis

Introdução

A OMS estimou, em meados desta década, entre 10 e 15% o número de gestantes com sífilis nos países em desenvolvimento¹. Para reversão desses índices, o meio mais importante na profilaxia da doença congênita seria a luta contra o aumento na prevalência da sífilis no adulto. Entretanto, explicações para o recrudescimento da doença podem incluir: 1. Maior número de pessoas com lesões infecciosas devido à natureza mais virulenta da sífilis, junto à dificuldade para se tratar pacientes sifilíticos que apresentam infecção concomitante pelo HIV; 2. A ineficácia da espectinomicina utilizada como tratamento primário para *N. gonorrhoeae* produtora de penicilinase, para curar a sífilis; 3. Desenvolvimento de um novo estilo de vida altamente promíscuo em que a troca de favores por drogas é comum e; 4. A redistribuição de recursos de saúde pública para outras doenças, como por exemplo a AIDS.

Cada caso de sífilis congênita (SC) representa um agravo que poderia ser evitado por uma assistência pré-natal adequada e por melhor notificação dos casos.

A partir da mudança de definição de SC após 1988², relacionada à detecção de sífilis materna precoce, houve, nos Estados Unidos, aumento da notificação de 104 em 1978 para 4410 casos em 1991, com declínio, após algum controle, para 1548 casos registrados em 1995³.

Enquanto o Centro de Controle de Doenças - CDC - (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA) registrou, em 1989, uma incidência de reações sorológicas positivas³ de 0,05%, no Brasil, a grande subnotificação dos casos de SC não permite ainda uma plena avaliação da situação. O Ministério da Saúde (M.S.)¹, em 1993, estimou a taxa de 3,5% em gestantes atendidas no serviço público, mas são citadas em nosso meio, percentagens que variam entre 9,1% em Belém (1996)⁴, e 14,2% em Niterói-RJ, no Bairro do Morro do Estado, (1997)⁵. O MS estipulou a meta da diminuição da incidência de SC para 0,1% de nascidos vivos em todo o território nacional, até o ano 2000⁶. Porém, nos locais que apresentam eficiente vigilância epidemiológica, os indicadores permitem demonstrar que o quadro de SC continua grave e distante da meta proposta.

Uma nova definição para SC, proposta pela OMS, visando a sua erradicação até o ano 2000, inclui, entre outras características, toda criança que apresentar teste reagínico positivo para sífilis ao nascimento, com mães não tratadas ou incorretamente tratadas ⁷.

Objetivo

Apresentar os sinais pós-natal indicativos de Sífilis Congênita, para estabelecimento de um perfil clínico de diagnóstico.

Métodos

Foi feita análise retrospectiva de 780 prontuários da enfermaria de recém-nascidos externos e lactentes do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), internados entre 1993 e 1998. Foram selecionadas aquelas crianças que tiveram o diagnóstico de SC, a partir da história progressa, história natural da doença, e exames laboratoriais, incluindo VDRL e FTA-ABS. Todas obtiveram boas condições de alta após tratamento com penicilina cristalina.

Além dos motivos que levaram estas crianças a procurar o HUAP, foram tabelados os dados referentes às gestantes, ao parto e aos recém-nascidos, e também sinais clínicos e laboratoriais apresentados à internação na enfermaria.

Resultados

Dentre as 780 internações, encontramos 18 crianças (2,3%) que receberam o diagnóstico de sífilis congênita, sendo nove recém-nascidos (50%) e nove lactentes. O período médio de internação foi de $14,50 \pm 3,59$ dias. Em apenas um caso o diagnóstico foi pré-natal, com tratamento não efetivo da gestante. A idade materna variou entre 20 e 34 anos em 55,5% dos casos (10/18), tendo 33,3% (6/18) das gestantes idade igual ou inferior a 19 anos. A assistência pré-natal em seis ou mais consultas foi registrada em quatro casos (22,2%). A via do parto foi transvaginal em 13 casos (72,2%). Prematuridade limítrofe foi registrada em três casos (16,6%), sendo 15 nascidos à termo (83,3%), com peso de nascimento inferior a 2500g em dez (55,5%). A média de idade do RN à internação foi de $34,44 \pm 24,31$ dias. Quadro infeccioso

inespecífico foi o motivo de procura ao hospital em 13 casos (72,2%). Em quatro crianças, a icterícia foi o motivo da internação, tendo se apresentado como colestase neonatal em duas crianças e com predomínio da fração indireta nas outras duas. A décima oitava criança do estudo, veio transferida para o HUAP para correção de mielomeningocele. Os sinais clínicos e laboratoriais predominantes foram: hepatomegalia em 17 (94,4%); anemia em 15 (83,3%), com necessidade de hemotransfusão em sete casos; esplenomegalia em 14 (77,7%); lesões cutâneas, incluindo exantema e descamação superficial em 14 (77,7%); febre em dez (55,5%); obstrução nasal em sete (38,8%); periostite em quatro casos e pneumonite também em quatro. Fronte olímpica em um lactente. Também um apresentou nariz em sela. VDRL reator foi encontrado no sangue das 18 crianças (100%) e, no líquido foi reator em quatro casos (tabelas 1 e 2).

Discussão

Mães de baixo nível socio-educacional que não realizaram pré-natal, ou com falha no pré-natal, adolescentes e/ou solteiras, são as principais fontes de risco para SC citados na literatura⁸. Nos casos estudados, além da realização de pré-natal completo em uma minoria (22,2%), a assistência foi comprovadamente falha, pois só ocorreu o diagnóstico da doença em apenas uma gestante, que inclusive ficou sem tratamento adequado.

O parto prematuro é frequentemente relatado nos conceitos portadores de Lues, e o mecanismo pelo qual a infecção pelo treponema inicia o trabalho de parto não é bem compreendido até o momento. Nessa casuística, diferente de outros estudos⁴, 15 crianças (83,3%) eram a termo.

O diagnóstico presuntivo do acometimento do neonato e do lactente por SC é usualmente, baseado no VDRL do sangue materno e do sangue do RN ou do lactente. Apesar de considerado um teste pouco sensível, Mascola (1990) encontrou VDRL reator no líquido de 50% dos pacientes estudados⁹, semelhante aos nossos resultados.

Didaticamente, os principais sinais clínicos podem ser divididos em lesões cutâneo-mucosas, lesões ósseas e viscerais. Pode haver febre, hiperplasia dos gânglios linfáticos, irite e

coriorretinite. A sífilis apresenta várias lesões cutâneas de considerável significado diagnóstico^{10,11}.

Febre em dez crianças, oito lactentes e dois recém-nascidos, foi o achado clínico mais evidente, e leva ao diagnóstico inicial de infecção a esclarecer (gráfico 1), geralmente estabelecido na chegada da criança ao hospital, pelo médico assistente. É um sinal pouco constatado no período neonatal, mas fora dele deve fazer parte da constelação clínica da sífilis, bem seja como expressão própria da doença, ou como de quadros infecciosos concomitantes.

As lesões cutâneas da SC, apesar de sua atipia e pelas manifestações frustras com que se apresentam na forma latente da doença, sempre auxiliarão o diagnóstico quando associadas a outros dados semióticos. O exantema máculo-papular é inicialmente rosado, e termina por fina descamação na palma das mãos e planta dos pés¹²⁻¹⁴. Nessa verificação, nove pacientes foram RNs e nove lactentes e as lesões cutâneas, incluindo exantema e descamação superficial foram descritas em 77,7% dos casos.

A hepatomegalia é justificada por reação inflamatória intersticial e eritropoiese extramedular. Nesta casuística, a incidência de hepatomegalia foi de 94,4%, o que coincide com os dados de HIRA e cols (1985), que em 202 pacientes estudados, observaram-na em 91%¹⁵. Também a esplenomegalia, em acordo com outros autores^{12,14-17}, foi um sinal freqüente em nosso estudo (77,7%). Esses dois sinais, pela freqüência no grupo estudado e na literatura, podem ser considerados sinais maiores no diagnóstico de sífilis nesta faixa etária.

A icterícia na SC pode ocorrer às custas da fração direta, relacionada às lesões hepáticas, ou indireta, por processo hemolítico⁶. Na nossa casuística, a icterícia ocorreu como motivo de procura ao hospital em quatro casos, 50% por hiperbilirrubinemia indireta e 50% por direta.

Alterações do hemograma são referidas por diversos autores^{12-14,18}. A anemia é um dado constante e costuma ser muito grave nas formas mais precoces. Tem uma justificativa multifatorial, entre elas o comprometimento medular pelo treponema e a hemólise. Nesta casuística, a presença de anemia foi expressiva (15/18), tendo se apresentado de forma grave nas sete crianças que receberam terapêutica transfusional.

O quadro clínico pulmonar da SC é inespecífico, sendo muitas vezes definido na necrópsia o acometimento do pulmão. Austin e Melhen¹⁹ descreveram infiltrado pulmonar difuso em RNs com SC, que persistiu após o tratamento, refletindo imaturidade pulmonar, fibrose intersticial e hematopoiese extra-medular. Nas crianças estudadas foi um achado infrequente, sendo que quatro apresentaram pneumonite, tendo evoluído bem com o tratamento penicilínico.

Conclusão

Diante de um recém-nascido ou lactente com quadro infeccioso inespecífico, hepatoesplenomegalia, anemia e lesões cutâneas, considerando a falha ou o controle irregular da gestante no pré-natal, é imperativo estarmos atentos para a possibilidade de uma transmissão vertical do treponema, e o diagnóstico da sífilis congênita. Ainda, fora do período neonatal a febre pode fazer parte desse universo semiótico.

Referências bibliográficas

- 1) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis /AIDS. Bases técnicas para eliminação de Sífilis congênita. Brasília 1993; 5-22.
- 2) Cohen DA, Boyd D, Mascola L, Pabhudas, I. The effects of case definition, maternal screening, and reporting criteria on rates of congenital syphilis. *Am J Public Health* 1990; 80: 316-17.
- 3) Centers for Disease Control, Division of STD Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 1995. U.S. Department of Health and Human Service. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1996.
- 4) Araujo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Valnete GDA. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *J Pediatr (Rio J.)* 1999; 75:119-25.
- 5) Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Análise dos casos notificados de sífilis congênita. Coordenação de vigilância em saúde. Assessoria de DST/AIDS. 1997.
- 6) Costa MT, Moraes LFS. Sífilis congênita. Sessão científica. *Jornal do CREMERJ*. Maio 1999; ano XI, nº 104.
- 7) Committee on Infections Diseases, American Academy of Pediatrics: Syphilis. In: *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*, ed 24. Elk. Grove Village, Ill: The o 1999, ano XI, nº 104. Academy; 1997.
- 8) Barros Fo A. Sífilis congênita. Tese de Mestrado. Niterói. UFF; 1994.
- 9) Mascola L. The rising incidence of congenital syphilis. *J Med* 1990; 90: 485-6.
- 10) Rasool MN, Govender S. The skeletal manifestation of congenital syphilis. *J Bone Joint Surg* 1989; 718:725-8.
- 11) Sahn EE. Vesiculo pustular diseases os neonates and infants. *Curr Opin Pediatr* 1994; 6: 442-6.
- 12) Cowles TA, Gonik B. Perinatal infections. In: Fanaroff AA, Martin, RJ. *Neonatal-Perinatal Medicine*. 6 ed. St Louis. Mosby 1997. p.341-43.

- 13) Ingall D, Dobson SEM, Musher D. Syphilis. In: Remington, JS, Klein J. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 3ed. Philadelphia. WB Saunders Co 1990. p.364-494.
- 14) Yoder MC, Polin RA. The immune system. In: Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-Perinatal Medicine. 6 ed. St Louis. Mosby 1997. p.750-54.
- 15) Hira SK, Bhath GJ, Patel JB, Et al Early congenital syphilis: clinico-radiologic features in 202 patients. Sex Transm Dis 1985; 12: 177- 83.
- 16) Gonzaga MA. Doenças sexualmente transmitidas (sífilis congênitas). In: Neves, J. Doenças Infecciosas e parasitárias em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p.123-32.
- 17) Taber LH, Feigin RD. Spirochetal infections. Ped Clin North Am 1979; 26: 377-413.
- 18) Ikeda MK, Jenson HB. Evaluation and treatment of congenital syphilis. J Pediatr 1990; 177:843-52.
- 19) Austin R, Melhem RE. Pulmonary changes in congenital syphilis. Pediatr Radiol 1991; 21: 404-5.

Achados Maternos dos casos de SC	
Idade materna	20-34 anos = 10 (55,5%) ≤ 19 anos = 8 (33,3%)
Assistência pré-natal	≥ 6 consultas = 4 (22,2%) < 6 consultas = 14 (77,7%)
Parto transvaginal	13 (72,2%)

Número de pacientes = 18	
Período médio de internação (±DP).	14,50 ± 3,59 dias
Prematuridade	3 (16,6%)
Nascidos à Termo	15 (83,3%)
Peso de nascimento inferior a 2500g.	10 (55,5%)
Idade à Internação (dias de vida)	34,44 ± 24,31 dias
Motivos de Internação	
Quadro infeccioso inespecífico	13 (72,2%)
Icterícia	4 (22,2%)
Internada para correção de mielomeningocele.	1 (5,5%)
Sinais clínicos e laboratoriais	
Hepatomegalia	17 (94,4%)
Anemia	15 (83,3%)
Esplenomegalia	14 (77,7%)
Lesões cutâneas, incluindo exantema e descamação superficial	14 (77,7%)
Febre	10 (55,5%)
Obstrução nasal	7 (38,8%)
Periostite	4 (22,2%)
Pneumonite	4 (22,2%)
Fronte olímpica	1 (5,5%)
Nariz em sela.	1 (5,5%)
VDRL sangue reator	18 (100%)
VDRL líquido reator	4 (22,2%)

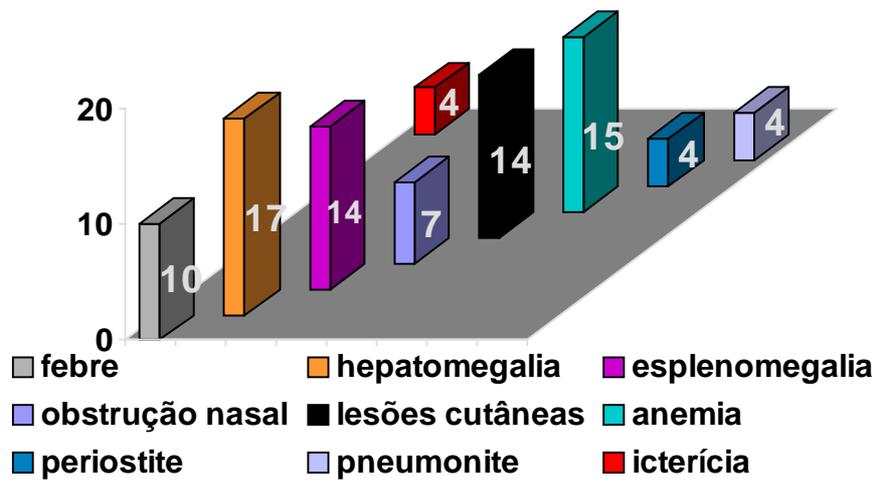


Gráfico 1

Lista de Checagem	
X	Carta de submissão assinada por todos os autores.
X	Original em 3 cópias impressas.
X	Página de rosto com todas as informações solicitadas.
X	Resumo em português e inglês, com descritores.
X	Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão.
X	Referências bibliográficas no estilo <i>Index Medicus</i> , numeradas por ordem de aparecimento.
X	Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
X	Figuras (original e 2 cópias) identificadas.
X	Legendas das figuras.
X	Lista para checagem preenchida.