

SÍFILIS

A sífilis é uma infecção transmitida sexualmente que pode atingir a grávida e o feto em qualquer altura da gestação. No adulto, não tratada, evolui de sífilis primária para secundária e terciária. No feto a sífilis é sempre secundária – disseminação por via hematogénia, com manifestações sistémicas, semelhante à sífilis secundária do adulto. A infecção não produz imunidade pelo que uma grávida se pode infectar mais do que uma vez na mesma gravidez. Atendendo a que a sífilis foi das primeiras infecções congénitas conhecidas e a que tem terapêutica dirigida e específica, descoberta há mais de meio século, seria de esperar que estivesse erradicada nesta altura da evolução da medicina e da organização social. Tal não acontece e, supostamente, não acontecerá devido a múltiplos factores: surgimento de doenças satélites que condicionam uma maior frequência da sífilis; comportamentos não controlados pelas estruturas da saúde; incapacidade do sistema de saúde chegar a determinadas franjas de população que se auto exclui; surgimento de outras doenças mais “modernas” e “importantes” que fizeram esquecer esta outra. Contudo em Portugal tem-se vindo a assistir a uma diminuição do número de casos declarados à DGS de 1/2500 nados vivos em 1999 para 1/7000 NV em 2004 (de 2001 a 2005 respectivamente 38, 24, 19, 16 e 21 casos). Esta diminuição pode ser devida a uma diminuição verdadeira ou a diminuição das declarações.

O rastreio da sífilis na grávida continua a ser o método mais indicado para identificar os RN com risco de sífilis congénita. Nenhum RN deve ter alta sem um conhecimento recente do VDRL da mãe. Do mesmo modo toda a mulher com um feto morto após as 20 semanas deve ser rastreada para a sífilis.

O período de incubação médio da sífilis é de 3 semanas e a sequência da positividade da serologia após o aparecimento do cancro é a seguinte: FTA – 5º dia; TPHA – 8º dia; VDRL – 10º dia de cancro.

O rastreio deve ser feito com testes não treponémicos – os mais sensíveis. A confirmação de um teste não treponémico deve ser feita com testes treponémicos – os mais específicos.

O VDRL materno pode ser negativo se a infecção materna for muito recente (menos de 4 semanas). Nesta situação só as provas treponémicas poderiam ser positivas mas não é com elas que se faz um rastreio.

O VDRL é um dos métodos de rastreio com melhor relação custo/eficácia em medicina.





• O resultado do VDRL é dado como “Reactivo” ou “Não Reactivo” e deve ser sempre titulado se for “Reactivo”.



• O “fenómeno de zona” – falso negativo devido à elevada concentração de anticorpos – deve ser sempre ultrapassado fazendo uma primeira diluição. O clínico deve confirmar com o laboratório de imunologia se foi considerado o fenómeno de zona apesar de, hoje em dia, todos os laboratórios fazerem uma primeira diluição sistematicamente.



• O tratamento da sífilis no último mês da gravidez trata apenas a grávida, havendo risco sério de o RN nascer infectado. Do mesmo modo, a eritromicina trata apenas a sífilis materna.

O tratamento da sífilis materna deve ser acompanhado de prova de cura – diminuição progressiva e constante do título de VDRL até negativar. O título de VDRL desce 4 vezes nos 3 meses que se seguem à terapêutica. Uma subida de título ou um título estacionário elevado são sinais de reinfeção ou de não tratamento. As provas treponémicas mantêm-se virtualmente positivas para toda a vida.

Como todas as doenças de transmissão sexual o tratamento da grávida deve ser acompanhado de tratamento do parceiro sexual.

A gravidade da infecção fetal depende de vários factores entre os quais:

- O estadio da doença materna – a infecção fetal é mais grave e mais frequente nos dois primeiros anos após o início da infecção materna. A ausência de tratamento implica a possibilidade de infecção de gravidade decrescente em filhos sucessivos
- A idade de gestação – até à 15ª semana o risco do *Treponema pallidum* atingir o feto, é mínima. Só a partir das 20 semanas é que a infecção materna tem consequências para o feto uma vez que, só a partir dessa altura, ele é imunologicamente competente para desencadear reacção inflamatória. Daí a grande eficácia da terapêutica antes dessa idade gestacional.
- A maior morbidade ocorre na infecção adquirida no 2º trimestre. No 3º trimestre o feto pode nascer infectado mas assintomático.



PROTOCOLO

NA GRÁVIDA

DIAGNÓSTICO

- O rastreio é "Obrigatório" no 1º, 2º e 3º trimestres independentemente do resultado da análise anterior.
- Não esquecer colheita de sangue na sala de partos se: gravidez não vigiada, grávida de "risco", não houve determinação no 3º T.
- VDRL e o RPR são exames não treponémicos e é com eles que se deve rastrear a infecção. O VDRL e o RPR negativam com a terapêutica.
- O FTA-abs e o TPHA são exames treponémicos. É com eles que se confirma a infecção. Mantêm-se positivos eventualmente para toda a vida.

TERAPÊUTICA

A penicilina é a única terapêutica eficaz contra a sífilis.

- Grávida com sífilis com evolução inferior a 1 ano: Penicilina benzatínica 2 400 000 UI – IM – 1 toma única
- Sífilis tardia ou latente: Penicilina benzatínica 2 400 000 UI – IM – 1 toma / semana / 3 semanas

A reacção de Jarisch-Herxheimer pode induzir sofrimento fetal ou o trabalho de parto. Por isso, a primeira toma deve ser dada em meio hospitalar ou Centro de Saúde, com a grávida monitorizada.

Muito Importante: não esquecer tratar o parceiro sexual.

NO RECÉM-NASCIDO

RISCO DE INFECÇÃO

Os RN em maior risco de sífilis congénita são os seguintes:

- filhos de mãe com sífilis não tratada
- grávida tratada com eritromicina
- com terapêutica no último mês da gestação
- sem comprovativo de cura (ausência de controlo; VDRL com título mantido)
- filhos de mãe VIH positivo

Se a sífilis materna ocorreu antes das 20 semanas, foi tratada correctamente e as aná-





• lises de controlo recentes são negativas, provavelmente o RN não está infectado. Basta uma determinação de VDRL para o confirmar.

• **DIAGNÓSTICO**

• Nestes RN devem ser feitos os seguintes exames:

- VDRL titulado – mãe e filho (rastreamento)
- FTA-abs IgM – mãe e filho (confirmação)
- Hemograma, PCR, função hepática e renal
- LCR – VDRL * e ex. citoquímico
- Rx tórax e dos ossos longos
- Exame oftalmológico, ECO TF, PEATC

No LCR o VDRL é mais específico que sensível. Pode dar eventuais falso negativos. Pelo contrário o FTA abs é mais sensível que específico, pode dar falsos positivos pelo que não deve ser usado.

• **TRATAMENTO**

• Que crianças devem ser tratadas?

- Crianças com evidência clínica, laboratorial ou radiológica de doença
- Filhos de mãe com VDRL reactivo, não tratada
- RN de mãe tratada com eritromicina
- RN de mãe com terapêutica no último mês
- Ausência de comprovativo de cura materna

• Como tratar e durante quanto tempo

• **Penicilina G Cristalina**

- Primeiros 7 dias de vida – 100 000 a 150 000 UI/kg/dia, E.V. de 12 / 12 h
- Entre os 8 e os 30 dias – 150 000 UI/kg/dia E.V. 8/8h
- Mais de 30 dias de vida - 200000 UI/kg/ dia E.V. 6/6h
- Alternativa – Penicilina procaína – 50 000UI/kg/dia, I.M. 1 toma diária durante 10 dias
- Total de dias de terapêutica – 10 a 14.
- Se falhar mais que um dia, deve repetir todo o esquema



