

Pediatria atualize-se

ISSN 2448-4466



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

ANO 2 • Nº 5 • SET/2017

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PREVENTIVOS DA **SÍFILIS CONGÊNITA**

É um agravo evitável, entretanto, ainda representa um grave problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas principalmente da atenção pré-natal. | **Pág. 4**

SÍFILIS CONGÊNITA: DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A sífilis congênita continua sendo um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde, apesar de as estratégias de prevenção serem bem definidas e da disponibilidade de tratamento. | **Pág. 6**

IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO NO TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

O seguimento ambulatorial dos recém-nascidos (RN) exposto a sífilis materna é importante e deve ser realizado até pelo menos os 2 anos de idade. | **Pág. 10**

Para que a cadeia de transmissão da Sífilis Congênita possa ser interrompida, cada etapa do processo na linha de cuidado da gestante, especialmente na atenção pré-natal, deve ser rigorosamente cumprida.

Campanha da SPSP junto com a Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, Sociedade Brasileira de Infectologia e Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo para eliminação da Sífilis Congênita



Outubro Verde

Mês do combate à Sífilis Congênita

Sociedade de Pediatria de São Paulo

APOIE • PARTICIPE • COMPARTILHE

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo | Triênio 2016 – 2019

Diretoria Executiva

Presidente

Claudio Barsanti

1º Vice-presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2º Vice-presidente

Marcelo Pinho Bittar

Secretária-geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

1º Secretário

Sulim Abramovici

2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

1º Tesoureiro

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro

Gláucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora

Cléa R. Leone

Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador desta edição

Neonatologia

Informações Técnicas

Produção editorial

Texto & Arte Serviços Editoriais

Revisão

Rafael Franco

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Jornalista responsável

Paloma Ferraz (MTB 46219)

Periodicidade: bimestral

Publicação on-line: www.spsp.org.br

Contato Comercial

João Batista Vita Neto: joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira: malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção: paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

EDITORIAL



Foto: Salvi Cruz

O último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015 estima que as doenças sexualmente transmissíveis continuam acometendo milhões de pessoas em todo o mundo. Em 2012, os números atingiam 357 milhões de novas infecções (cerca de 1 milhão por dia) das quatro infecções sexualmente transmissíveis curáveis – clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase, sendo a sífilis responsável por 5,6 milhões dos casos.

Os aspectos epidemiológicos, diagnósticos e de tratamento da sífilis na gestante e no neonato estão brilhantemente apresentados no primeiro texto desta edição do *Pediatra Atualiza-se*. Dados recentes do Programa Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo mostram que, apesar da maior e melhor detecção das gestantes portadoras de sífilis, ainda são necessárias estratégias mais adequadas de cobertura no tratamento.

Os aspectos do diagnóstico clínico e sorológico da sífilis congênita são discutidos amplamente no segundo texto desta edição que relembra aos pediatras a importância dos dados maternos de pré-natal e o exame clínico cuidadoso, capazes de evidenciar sinais e sintomas típicos já nas primeiras semanas de vida. O algoritmo apresentado na abordagem do recém-nascido com mãe portadora de sífilis resume bem as etapas de investigação do neonato e o tipo de tratamento mais adequado.

O tratamento adequado da sífilis neonatal não exclui a necessidade do seu acompanhamento pelos próximos dois anos e o texto produzido pelo Departamento de Neonatologia da SPSP apresenta as recomendações para esse seguimento clínico e laboratorial.

A grande utilidade e praticidade dos textos apresentados nos diferentes números do *Pediatra Atualiza-se* se destacam e colocam em evidência a interação dos diferentes Departamentos da SPSP que colaboram na produção de resumos concisos e atualizados, que cada vez mais vêm auxiliando nossos associados tão dedicados como somos nós – Pediatras.

REFERÊNCIA SUGERIDA

World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. Geneva: WHO; 2015 [cited 2017 Aug. 8]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249553/1/9789241565301-eng.pdf?ua=1>.

Dr. Antonio Carlos Pastorino

EDITOR DA DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Sumário

4

Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita
por Carmen Silvia Bruniera Domingues e Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

10

Importância do seguimento no tratamento da sífilis congênita
por Maria Regina Bentlin

6

Sífilis congênita: dificuldades no diagnóstico e tratamento
por Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Fale conosco

www.spsp.org.br
pediatria@spsp.org.br

Siga a SPSP nas redes sociais!
@SociedadeSPSP

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PREVENTIVOS DA *sífilis congênita*

Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Departamento de Neonatologia – SPSP

A sífilis congênita (SC) é uma doença de notificação compulsória, decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto.^{1,3} É um agravamento evitável, entretanto, ainda representa um grave problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas principalmente da atenção pré-natal (PN).⁴ O diagnóstico precoce da infecção materna, o tratamento adequado e oportuno são medidas simples e efetivas para a sua prevenção.⁴

A transmissão para o concepto pode ocorrer em qualquer fase da doença materna, sendo maior o risco nos estágios iniciais; de 70 a 100% das transmissões podem ocorrer na sífilis primária e secundária, e cerca de 30%, na sífilis latente tardia e terciária.³ A maior parte dos recém-nascidos com SC é assintomática (mais de 50%) e os sintomas, geralmente, manifestam-se nos primeiros 3 meses de vida; por isso, é fundamental a triagem sorológica da mãe na maternidade.^{3,5} Formas mais graves, como aborto, natimorto e óbito neonatal, também podem ser observadas na SC.³

O Brasil é um dos países que aderiu à iniciativa regional da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS) para a eliminação da SC na América Latina e Caribe. A SC será considerada eliminada quando atingir a taxa de incidência de 0,5 caso de SC a cada mil nascidos vivos.^{1,6,7} Para alcançar essa meta, várias estratégias e ações vêm sendo desenvolvidas, principalmente na atenção PN, com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença. Essas estratégias e ações são importantes para a obtenção do melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como para a prevenção dos casos, mas ainda não são suficientes para o alcance da meta de eliminação. Maiores esforços devem ser aplicados na qualidade dessa assistência, com ampla cobertura na oferta de testes para sífilis em gestantes, retorno dos resultados em tempo hábil, tratamento adequado, inclusão do parceiro sexual, orientação para prática sexual segura e planejamento reprodutivo.

Toda gestante deverá ser testada para sífilis logo após o diagnóstico da gravidez.⁵ É recomendada a realização do teste na entrada do PN, idealmente no primeiro trimestre, no segundo e terceiro trimestres de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, independentemente dos exames terem sido realizados durante o PN.³

Embora prevenível, a SC tem apresentado taxas crescentes e bastante elevadas nos últimos anos, em todas as regiões do Brasil. Em 2015, o país registrou 33.365 casos de sífilis em gestante (SG) e 19.228 casos de SC, sendo 1.569 (8%) casos de aborto, natimorto ou óbito infantil.⁸ A taxa de incidência de sífilis congênita (Tisc) aumentou 2,7 vezes, quando comparada às taxas dos anos de 2010 e 2015, passando de 2,4 para 6,5 casos por mil nascidos vivos (NV).

No estado de São Paulo (ESP), entre 2007 e 2015, foram notificados 31.639 casos de SG e 15.967 casos de SC.⁹ Comparando-se com os casos dos anos 2010 e 2015, nota-se elevação da taxa de detecção de SG (TDSG) e da Tisc, 3,1 vezes (de 3,5 para 11,0 casos de SG por mil NV) e 2,7 vezes (de 2,0 para 5,4 casos de SC por mil NV), respectivamente (Figura 1).

Em 2015, o ESP registrou 6.956 casos de SG e 3.437 casos de SC, sendo 375 (11%) casos de aborto, natimorto ou óbito infantil. Entre os casos de SC que nasceram vivos (N=3.117), cerca de 84% (N=2.620) eram assintomáticos, 96% (N=3.001) com diagnóstico realizado na primeira semana de vida, 3,3% (N=104) com VDRL (*venereal disease research laboratory*) reagente no exame de liquor e 2,3% (N=72) com alterações de ossos longos no exame radiológico.⁹

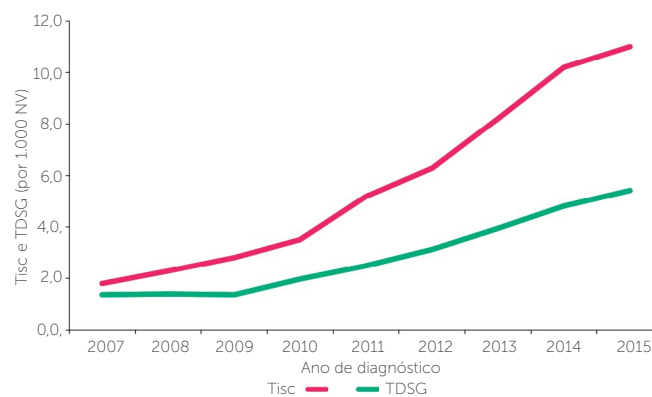


Figura 1 – Tisc e TDSG, por mil NV, segundo o ano de diagnóstico, ESP, 2007 a 2015.

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP.

Apesar da boa cobertura de PN no ESP,¹⁰ com número de consultas suficientes para diagnosticar e tratar uma gestante com sífilis (76% ≥ 7 consultas e 94% ≥ 4 consultas), em 2015, entre os casos de SC, aproximadamente 22% (N=769) das mães não tinham realizado PN ou essa informação era ignorada. Por outro lado, o fato de 78% (N=2.668) ter realizado PN, não impediu a ocorrência de casos de SC, ou seja, não quebrou a cadeia de transmissão vertical da sífilis. Entre as mães com PN, em cerca de 25% (N=679/2.668) delas, o diagnóstico foi feito no parto ou após o parto⁹ (Figura 2).

A dificuldade na aplicação da penicilina G benzatina nas unidades de atenção básica e o tratamento inadequado da sífilis na gestante são duas barreiras para a eliminação da SC. Em 2015, a cobertura em gestante de tratamento adequado, com penicilina, foi de 85% (N=5.936) no ESP,⁹ entretanto, para eliminar a SC é necessária uma cobertura de pelo menos 95%.⁷

O diagnóstico e o tratamento da SC em recém-nascidos (RN) são mais difíceis do que o diagnóstico e o tratamento da sífilis adquirida em gestantes. O tratamento para os casos congênitos, geralmente, implica em internação hospitalar, por um período de 10 dias. Muitas vezes, a hospitalização é indicada para garantir que o RN receba o tratamento completo, evitando o abandono ou a perda de qualquer dose, em serviço ambulatorial.

Na prevenção da SC, devem ser intensificadas ações voltadas para a qualificação do cuidado à gestante no PN, por meio da captação precoce dessas mulheres; ampla cobertura de testagem; disponibilidade de medicamento para tratamento da gestante e do parceiro sexual; registro das informações na caderneta da gestante; cumprimento de protocolo clínico e das diretrizes terapêuticas; e planejamento reprodutivo. Principalmente, deve ser lembrada a necessidade de abolir o estigma associado a infecções sexualmente transmissíveis (IST), que pode ser mais uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. Esses desafios podem ser vencidos com uma agenda de prioridades e empenho político. É fundamental a integração dos programas de controle das IST/Aids e de saúde materno-infantil, bem como o fortalecimento dos serviços de atenção básica à saúde,

para a sustentabilidade, duração e sucesso das intervenções que visam à eliminação da SC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil – Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Kolmann TR, Dobson SR. Syphilis. In: Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Remington and Klein's infectious diseases of the fetus and newborn infant. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2016. p. 512-43.
3. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST e Aids. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2nd ed. São Paulo: SES-SP; 2016 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: https://issuu.com/crtdstaidssp/raids/docs/guia_de_bolso_da_sifilis_-_2____edi.
4. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases – Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep [serial on the Internet]. 2015;64:43-9 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>.
6. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneve: WHO; 2014 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/en/>.
7. Pan American Health Organization. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2014.
8. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 3-24.
9. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST e Aids. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids. Boletim Epidemiológico – AIDST. São Paulo: SES-SP; 2016. p. 87-106.
10. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Centro de Produção e Divulgação Científica. Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde. Gais Informa – Boletim eletrônico: Cobertura do pré-natal nas regiões do estado de São Paulo – atualização 2014. São Paulo: Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP; 2016;8:1-11 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais_50_marco_2016.pdf.

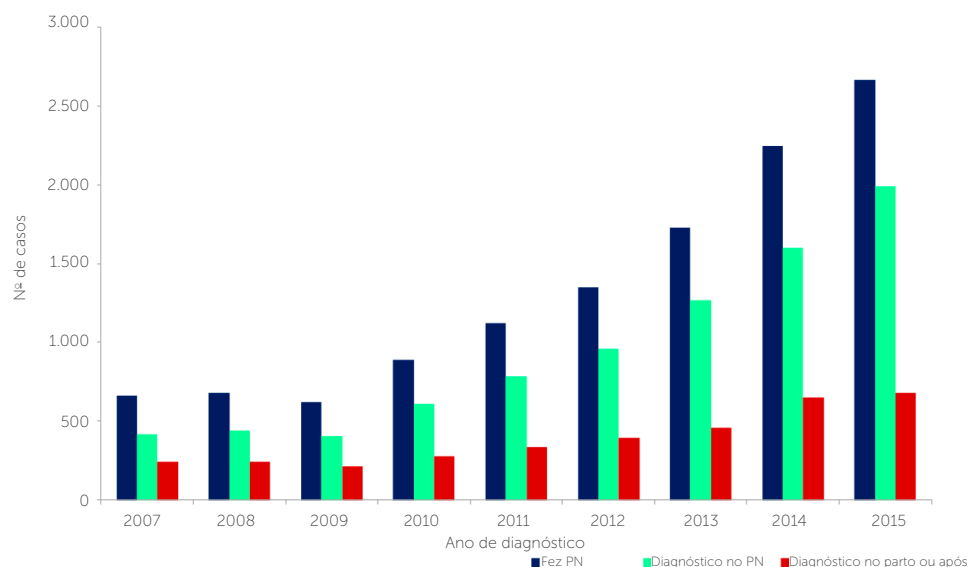


Figura 2 – Casos notificados de SC, cujas mães realizaram o PN, segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna, ESP, 2007 a 2015.

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP.

Sífilis congênita:

DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Departamento de Neonatologia – SPSP

A sífilis congênita (SC) continua sendo um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde, apesar de as estratégias de prevenção serem bem definidas e da disponibilidade de tratamento.

A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna; entretanto, a probabilidade de sua ocorrência varia, principalmente com o tempo de exposição do feto e o estágio clínico da doença materna. Assim, quanto mais recente a infecção materna não tratada, 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).^{1,2}

O diagnóstico da SC, pela dificuldade do encontro do *Treponema pallidum* no recém-nascido (RN), precisa se basear nos dados históricos, exames laboratoriais maternos e dados clínicos, laboratoriais e de imagem do RN,¹⁻³ lembrando que cerca de 50 a 70% dos casos de SC são assintomáticos.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO

O diagnóstico de sífilis na gestante deve ser feito por meio do teste de VDRL (*venereal diseases research laboratory*) ou do teste RPR (*rapid plasma reagin*), que são utilizados para triagem diagnóstica por apresentarem elevada sensibilidade (VDRL: 78 a 100% e RPR: 86 a 100%). 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 indivíduos, mesmo sem tratamento. Com o tratamento, os títulos apresentam queda exponencial, tendendo a negatificação em até dois anos. É importante destacar que tanto o VDRL quanto o RPR podem mostrar resultados falso-positivos, em casos de lúpus, artrite reumatoide, hanseníase, entre outras, ou resultados falso-negativos, devido ao excesso de anticorpos em soro não diluído (efeito prozona).^{3,4}

Os testes para 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. O ideal é que sejam realizados para confirmação de infecção treponêmica em toda gestante com teste não treponêmico positivo, pois são altamente específicos.^{2,4}

TRATAMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS

É considerado tratamento materno **adequado** todo tratamento completo, adaptado ao estágio da doença (Quadro 1), feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.^{4,5}

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 o tratamento adequado;
- o parceiro não foi tratado, foi tratado inadequadamente ou não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Quadro 1 – Esquema terapêutico para tratamento da sífilis na gestação

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as doses
Sífilis primária	Dose total: 2.400.000UI	Dose única
Sífilis secundária e latente ou com até um ano de duração	Dose total: 4.800.000UI	Uma vez por semana, por duas semanas
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou evolução ignorada	Dose total: 7.200.000UI	Uma vez por semana, por duas semanas

Fonte: MS, 2015⁴ e SES-SP⁵

ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO

Realizar VDRL, em amostra de sangue periférico, de todos os RN 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 resultados falso-positivo e falso-negativo.^{2,4} Nenhum RN deve receber alta da maternidade sem ter sido avaliado o exame de VDRL materno colhido nessa internação.^{4,5}

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 SC requer a avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe (incluindo a adequação do tratamento específico) e de exames clínico, laboratorial e de imagem do RN, com o objetivo de determinar a categoria final do caso e instituir o tratamento (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias de diagnóstico de caso de SC

Categorias	Definição
Confirmado	Detecção da presença do <i>Treponema pallidum</i> na pesquisa de campo escuro ou exame histológico; PCR (reação de cadeia de polimerase) positiva
Altamente provável	VDRL/RPR do RN com títulos quatro vezes > materno; VDRL/RPR do RN reativo + achados clínicos; VDRL reativo no líquido cefalorraquidiano (LCR); teste treponêmico positivo para mais de 15 meses de idade
Provável	VDRL/RPR do RN positivo < ou = o materno, assintomático, mas a mãe é inadequadamente tratada
Possível	VDRL/RPR do RN positivo < ou = o materno, assintomático, mas a mãe é adequadamente tratada
Improvável	VDRL/RPR do RN não reagente, assintomático e a mãe é adequadamente tratada; sorologia para sífilis não reagente após 6 meses de idade

Fonte: Kolmann & Dobson, 2016.²

ACHADOS CLÍNICOS

Os RN sintomáticos podem apresentar uma variedade de sinais e sintomas de aparecimento precoce (entre 2 a 8 semanas) (Quadro 3) e outros de aparecimento tardio (após 2 anos de idade) (Quadro 4).

As lesões mucocutâneas, coriza mucossanguinolenta e as lesões em palmas e plantas dos pés, podem ser contaminantes, pois existe a presença do *Treponema pallidum*. Apenas nesses casos é indicado o isolamento de contato.

As alterações do LCR encontradas em RN com neurosífilis são: celularidade > 25 leucócitos/mm³, proteínas > 150mg/dL em RN de termo e > 170mg/dL em RN pré-termo e/ou VDRL reagente.³⁻⁵

Mais de 50% dos casos de sífilis congênita atingem os ossos. Os ossos mais comumente acometidos são a tíbia, o úmero e o fêmur.

A principal manifestação ocular da sífilis congênita é a ceratite intersticial (opacidade e inflamação corneana) que, em conjunto com dentes incisivos anômalos e surdez, são conhecidos como a Tríade de Hutchinson.

Quadro 3 – Manifestações clínicas precoces de SC

Sistema	Manifestações clínicas
Mucocutâneo	Coriza mucossanguinolenta Rash cutâneo Lesões descamativas em plantas dos pés e palmas das mãos Condilomas "Patches" em mucosas
Ósseo	Metáfisite Osteocondrite Periostite Pseudoparalisia de Parrot
Sistema nervoso central (SNC)	Alterações do LCR: aumento de celularidade; aumento de proteína; VDRL reagente
Hematológico	Anemia hemolítica Coagulação intravascular disseminada Trombocitopenia
Sistêmico	Hepatoesplenomegalia Icterícia Hidropsia fetal não imune Linfadenopatia generalizada Pneumonite Síndrome nefrótica Restrição de crescimento intrauterino
Placenta	Vasculite Vilosite

Fonte: Kolmann & Dobson, 2016.²

Quadro 4 – Manifestações clínicas tardias de SC

Sistema	Manifestações clínicas
Ósseo e articulações	Tíbia em sabre Articulação de Clutton
Dentição	Dentes de Hutchinson Molares de Mulberry
Olhos	Ceratite intersticial Coriorretinite Glaucoma secundário (uveíte) Lesão de córnea
Orelhas	Surdez por lesão do oitavo par craniano
Nariz e face	Nariz em sela Mandíbula protuberante
SNC	Retardo mental Hidrocefalia Convulsões Atrofia do nervo óptico Paresia juvenil generalizada
Pele	Rágades

Fonte: Kolmann & Dobson, 2016.²

TRATAMENTO DA SC

O tratamento em RN, de acordo com a categoria que se encaixa, deverá seguir a normatização do Ministério da Saúde (MS),⁴ conforme algoritmo a seguir (Figura 1). Solicitando estudo do

líquido cefalorraquidiano (LCR) e radiografia de ossos longos. O tratamento preconizado é apresentado no Quadro 5.

Na total falta de penicilina cristalina e procaína ou RN sem massa muscular para receber medicação por via IM, o MS liberou uma portaria com a recomendação do uso de ceftriaxona.⁶

1. Com neurosífilis provável ou confirmada: dose de ataque – 100mg/kg, seguido de 80mg/kg a cada 24 horas, via IV, durante 10 a 14 dias;
2. Sem neurosífilis (afastado comprometimento do SNC): 50mg/kg a cada 24 horas, via IV, durante 10 a 14 dias.

Lembrar que ceftriaxona é contraindicada em RN com hiperbilirrubinemia.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases – Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:45-9. [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>.
2. Kolmann TR, Dobson SR. Syphilis. In: Wilson C, Nizet V, Maldonado Y, Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Remington and Klein's infectious diseases of the fetus and newborn infant. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2016. p. 512-43.
3. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Health Organization. 2004;82:439-46.
4. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas

Quadro 5 – Esquema de tratamento no período neonatal

A1 – penicilina G cristalina 50.000UI/kg/dose, intravenosa (IV), 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 50.000UI/kg/dose, intramuscular (IM), uma vez por dia, durante 10 dias

A2 – penicilina G cristalina 50.000UI/kg/dose, IV, 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 50.000UI/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 50.000UI/kg

Fonte: MS, 2015⁴ e SES-SP⁵

para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

5. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST e Aids. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2nd ed. São Paulo: SES-SP; 2016 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: https://issuu.com/crtdstaidsspctrtds/docs/guia_de_bolso_da_s__f__lis_-_2__edi.

6. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Tratamento de sífilis congênita no Estado de São Paulo. São Paulo: SES-SP; 2016 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: <http://www.spsp.org.br/PDF/NT012016.pdf>.

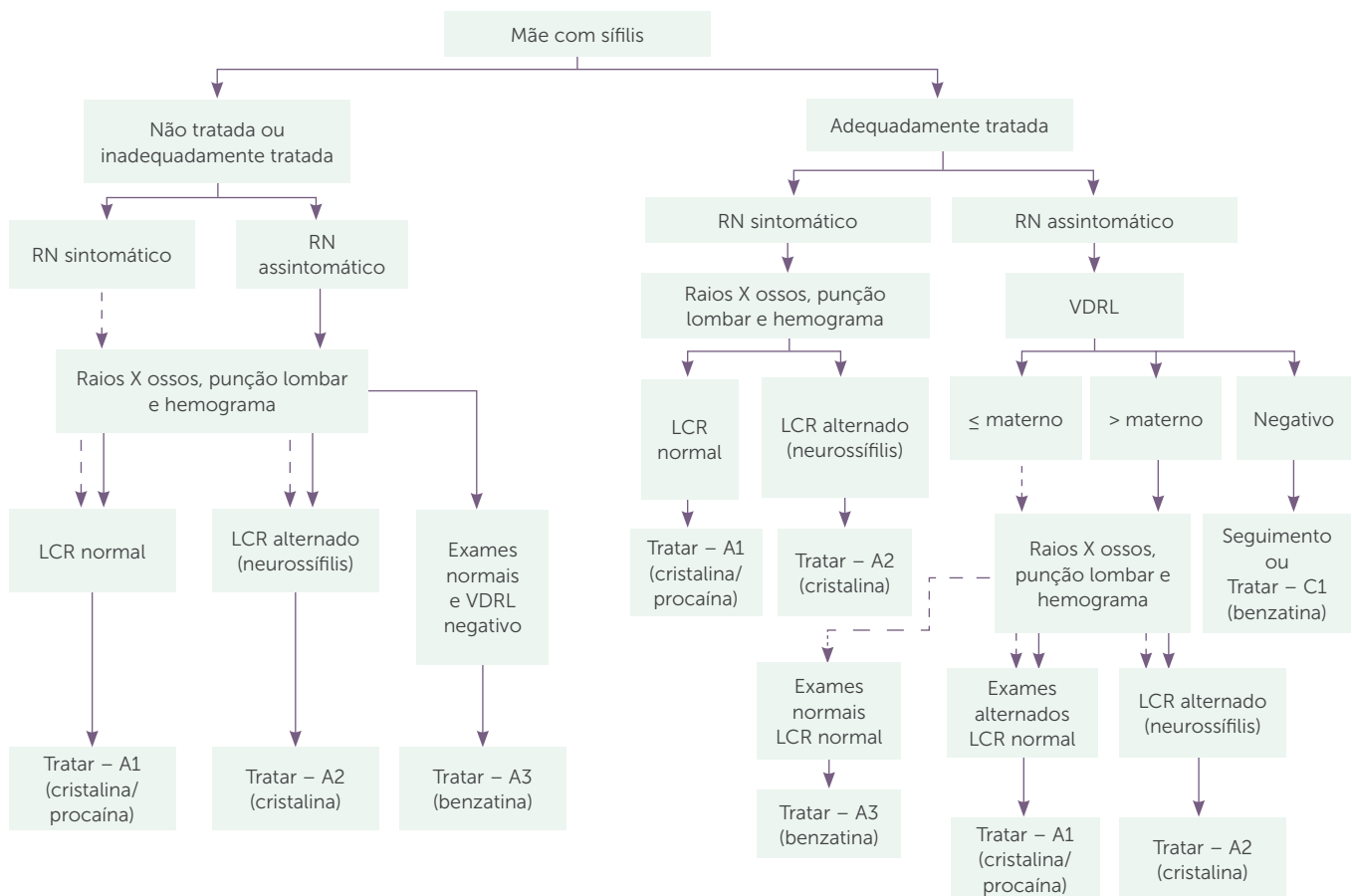


Figura 1 – Algoritmo para abordagem do RN, frente à gestante com sífilis.

Fonte: Adaptada de MS, 2015⁴ e SES-SP⁵

Importância do seguimento no TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Maria Regina Bentlin
Departamento de Neonatologia - SPSP

O seguimento ambulatorial dos recém-nascidos (RN) expostos à sífilis materna é importante e deve ser realizado até pelo menos os 2 anos de idade, não só para confirmação diagnóstica, mas também porque mais de 70% dos RN são assintomáticos ao nascer e podem vir a desenvolver manifestações da doença a partir de 2 anos de idade.¹

A recomendação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), do Centro de Referência e Treinamento (CRT), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids e do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, para acompanhamento dos RN expostos, tratados (Quadro 1) ou não (Quadro 2) no período neonatal, é mostrada a seguir.²

A coleta seriada do teste não treponêmico, o VDRL, deverá ser interrompida após a obtenção de dois exames consecutivos não reagentes. Se os títulos de VDRL estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, considera-se que a criança foi tratada corretamente. Mas,

se houver elevação do título ou se este não se negativar até os 18 meses de idade, reavaliar a criança e retratá-la, se necessário.

Quanto ao teste treponêmico (FTA-Abs ou TPHA), ele deverá ser realizado a partir dos 18 meses, e, se for reagente, o seguimento deverá ser estendido até 5 anos de idade.

Da mesma maneira que na situação anterior, a coleta seriada do VDRL deverá ser interrompida após a obtenção de dois exames consecutivos não reagentes. Se os títulos do VDRL estiverem caindo nos primeiros três meses, forem negativos entre 6 e 18 meses de vida e o teste treponêmico for negativo após os 18 meses de idade, considera-se que a criança não apresentou sífilis ou que ela foi tratada adequadamente no período intrauterino.

É importante ressaltar que as crianças que apresentarem o teste treponêmico reagente após os 18 meses de vida deverão realizar seguimento pelo menos até os 5 anos de idade, para monitoramento de possíveis manifestações tardias da sífilis, como as alterações visuais, auditivas e de desenvolvimento, mesmo que elas tenham recebido tratamento adequado no período neonatal.

Quadro 1 – RN expostos a sífilis materna e tratados no período neonatal

Meses Vida	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *	6 *	8 *	10 *	12 *	18 *	24 *
	VDRL		VDRL			VDRL			VDRL	VDRL	VDRL
						#LCR **Neuro Oftalmo Audição				FTA-Abs ou TPHA [§]	

* Exame físico minucioso; # líquido (LCR): em casos de neurosífilis, repetir o LCR a cada seis meses até que haja normalização bioquímica, citológica e sorológica; espera-se que o VDRL (*venereal disease research laboratory*) do LCR seja negativo até o sexto mês de idade e que o LCR esteja normal ao fim do segundo ano de vida; se as alterações persistirem, retratar; ** avaliação neurológica, oftalmológica e audiológica deverá ser realizada a cada seis meses, até os 2 anos de idade, em crianças com sífilis congênita (SC); § TPHA – testes de hemaglutinação e aglutinação passiva.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – RN expostos a sífilis materna e não tratados no período neonatal

Meses Vida	1 *	2 *	3 *	6 *	12 *	18 *	24 *
	VDRL		VDRL	VDRL	VDRL	VDRL	
						FTA-Abs ou TPHA	

* Exame físico minucioso.

Fonte: Elaborado pela autora.

Neonatologia

Apesar de toda recomendação existente, a perda de seguimento das crianças expostas à sífilis é muito alta.

Estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), da Universidade Estadual Paulista (Unesp), entre 2011 e 2014, mostrou que dentre 164 RN expostos à sífilis materna, apenas 64 (40%) realizaram acompanhamento. Destes 64 pacientes, 49 (76%) tiveram teste treponêmico não reagente aos 18 meses de idade, 4 (6%) apresentaram teste treponêmico reagente e 11 (17%) apresentaram teste treponêmico reagente com 1 ano de idade, mas perderam seguimento após esse período. Nessa mesma amostra, 49 RN foram diagnosticados com neurosífilis no período neonatal, mas apenas 19 fizeram seguimento ambulatorial e, dentre estes, somente 14 pacientes foram submetidos a coleta de líquor (LCR) de controle até os 6 meses de idade. Todas as análises citológicas, bioquímicas e sorológicas (VDRL) do líquor estavam dentro dos limites de normalidade, incluindo os VDRL que foram não reagentes. A adesão às avaliações auditivas e oftalmológicas também foi muito baixa. Dos 64 pacientes acompanhados, apenas 33 (52%) realizaram avaliação auditiva e 11 (17%), avaliação oftalmológica. Foi encontrado um paciente com alteração visual.³

A perda de seguimento também é alarmante em outras regiões do país. Em Porto Alegre, no período de 1997 a 2004, de um total de 398 RN com SC, apenas 30% foram reavaliados entre 8 e 60 meses de vida.⁴ No interior de Minas Gerais, de um total de 54 RN com SC, 43 (80%) não foram referenciados para seguimento ambulatorial.⁵ Isso é relevante porque alterações no desenvolvimento e sequelas podem ter surgimento mais tardio e comprometer a qualidade de vida dessas crianças.

Entre as razões para perda de seguimento, encontram-se a falta de informação da importância do acompanhamento para evitar lesões futuras, o fato de a sífilis poder ser uma doença silenciosa, em que a ausência de sinais e sintomas aparentes pode deixar a falsa impressão aos pais de que a criança está bem, e assim não comparecer às consultas, isso tudo associado ao fato de muitos desses pacientes residirem em locais onde há necessidade de deslocamento para outros centros a fim de realizar a coleta de líquor ou avaliações de neurodesenvolvimento, o que dificulta a adesão ao seguimento.

Nesse sentido, é importante avaliar o contexto socioeconômico em que a criança está inserida, esclarecer aos pais sobre a doença e realizar pactuação com os municípios para um seguimento abrangente e individualizado e busca ativa dos casos expostos para seguimento.

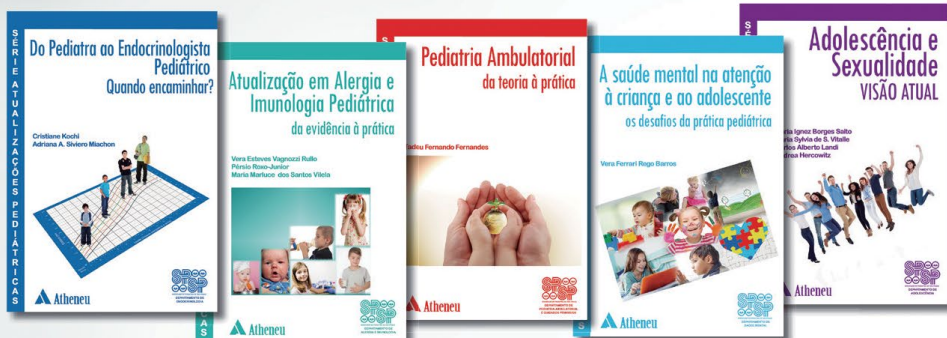
Mesmo com tantas dificuldades, é possível ter sucesso em estratégias que visem reduzir a incidência da SC e suas complicações. Em um estudo de coorte no Reino Unido, referente aos anos de 2010 a 2015, a incidência de SC esteve abaixo de 0,5 a cada mil nascidos vivos (apenas 17 RN), mostrando que é possível atingir as metas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com melhoria na assistência e, principalmente, na qualidade do pré-natal (PN).⁶

Cuba recentemente conseguiu eliminar a SC mostrando que, mesmo em países com limitados recursos financeiros, isso é possível desde que se tenha um PN de qualidade e com ampla cobertura, rotina de investigação da sífilis na gestação, seguimento das gestantes com testes positivos e das crianças expostas e um sistema nacional de vigilância bem organizado e eficaz.⁷

Diante da atual situação da SC, evidencia-se a necessidade de definir estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento adequado das gestantes, na tentativa de reduzir a incidência da doença materna e suas complicações para o RN em curto, médio e longo prazo. O seguimento sistematizado dos RN expostos é ponto de relevância, não só pela necessidade de confirmação diagnóstica da SC, mas também para diagnóstico e tratamento precoces de possíveis complicações da doença, garantindo, assim, a qualidade de vida dessas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Cooper JM, Michelowb IC, Wozniaka PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil – More progress needed. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34:251-3.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST e Aids. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2. ed. São Paulo: SES-SP; 2016 [cited 2017 Jun. 7]. Available from: https://issuu.com/crtdstaidssp/pt/pt/docs/guia_de_bolso_da_sifilis_-_2____edi.
3. Silveira SL. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário [master's thesis]. Botucatu (SP): Unesp; 2017.
4. Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. *Sex Transm Dis.* 2013;40:85-94.
5. Lafeta KR, Martelli Jr H, Silveira MF, Paranaíba LM. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19:63-74.
6. Simms I, Tookey PA, Goh BT, Lyall H, Evans B, Townsend CL, et al. The incidence of congenital syphilis in the United Kingdom: February 2010 to January 2015. *BJOG.* 2017;124:72-7.
7. Caffè S, Perez F, Kamb ML, Leon RG, Alonso M, Midy R, et al. Cuba validated as the first country to eliminate mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus and congenital syphilis: lessons learned from the implementation of the global validation methodology. *Sex Transm Dis.* 2016; 43:733-6.



Confira os livros da **Série Atualizações Pediátricas** no portal da SPS

www.spsp.org.br