

## SÍFILIS EM GESTANTE

CID 10: 098.1

## ÁREA TÉCNICA DE DST/AIDS

**RESPONSÁVEIS:** Deisy Alves s. Neves Lima

Iarlleene Amorim Dourado

Manuela Pussu Fortes

## CARACTERÍSTICAS GERAIS

### DESCRIÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. A transmissão da Sífilis Adquirida é sexual, na quase totalidade dos casos. A transmissão por transfusão sanguínea é rara, nos dias atuais. Na Sífilis Congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença.

### AGENTE ETIOLÓGICO

O *Treponema pallidum* é uma espiroqueta de alta patogenicidade. Não é cultivável, mas a inoculação em cobaia permite seu isolamento e confirmação laboratorial. Pode ser visualizado sob microscopia de campo escuro, coloração pela prata ou imunofluorescência direta.

### RESERVATÓRIO

O homem é o único reservatório. Infecções experimentais em cobaias não reproduzem o ciclo da doença em humanos, não contaminando outros animais e findando espontaneamente.

### MODO DE TRANSMISSÃO

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual: aproximadamente, um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis adquirirá a doença. O *T. pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, estando, entretanto, na dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente

o feto será atingido. Inversamente, infecção antiga leva a formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção ao concepto, produzindo lesões mais tardias na criança.

#### PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Cerca de 21 dias a partir do contato sexual infectante.

#### PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

- **Na fase primária** – média 21 dias: 100% de transmissibilidade.
- **Na fase secundária** – entre 6 semanas e 6 meses: 90% de transmissibilidade.
- **Na fase terciária** – mais de 1 ano: 30% de transmissibilidade.

#### SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A resposta imune, celular e humoral, que se desenvolve, não impede a implantação do agente no local de inoculação, nem previne sua disseminação, com o conseqüente aparecimento de manifestações determinadas pela reação do hospedeiro à presença de antígenos treponêmicos nos tecidos corporais. A suscetibilidade à doença é universal e infecções anteriores não determinam imunidade frente a novas exposições ao treponema.

#### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

##### **Tem como Objetivos**

- Identificar os casos de sífilis em gestantes no pré-natal para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis congênita.
- Conhecer o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil e suas tendências.

#### DEFINIÇÃO DE CASO

Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de sífilis em gestantes e assim deverá ser notificado: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

#### NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

E doença de notificação compulsória e todo caso definido como sífilis em gestantes, segundo o critério descrito na definição de caso, deve ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação é feita pelo preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica de caso de

sífilis em gestantes, que deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função.

## ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

### QUADRO CLÍNICO

- A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias (em média, 21 dias) após a infecção, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro é caracterizado por lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas treponêmicas para sífilis tornam-se positivas a partir da 3ª semana de infecção e as reações sorológicas não treponêmicas tornam-se positivas a partir da 4ª ou 5ª semana após o contágio.
- A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por roséola. Posteriormente, podem surgir lesões populosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, que desaparecem em aproximadamente 6 meses. As reações sorológicas são sempre positivas. Após o desaparecimento das lesões secundárias, a sífilis entra em um período de latência, não existindo manifestações clínicas visíveis, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes laboratoriais.
- A sífilis terciária pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar. Ocorre em indivíduos infectados pelo treponema que receberam tratamento inadequado ou não foram tratados. Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite, osteíte esclerosaste, artralgiás, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais frequente de comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningo-vascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epiléptica, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e *tabes dorsalis*.

### PERÍODO DE INFECÇÃO

O tempo de evolução é extremamente variável, geralmente interrompido com o tratamento; entretanto, a remissão espontânea da doença é improvável. A evolução da infecção treponêmica determinará lesões deformantes, com destruição tecidual em tecido ósseo e cutâneo-mucoso, além das graves sequelas neurológicas.

## PERÍODO TOXÊMICO

O quadro clínico é variável. Manifestações gerais e sinais de comprometimento simultâneo de múltiplos órgãos, como febre, icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, anemia, entre outros sinais, podem ser observados isolados ou simultaneamente.

## REMISSÃO

O tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

### MICROSCOPIA DIRETA

A pesquisa do *T. pallidum* em material coletado de lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou autópsia, e um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80%. A preparação e a observação em campo escuro, imediatamente após a coleta do espécime, permitem visualizar os treponemas móveis; quando a observação não pode ser realizada logo após a coleta, a imunofluorescência direta está indicada. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são: coleta inadequada dos espécimes, tratamento prévio e coleta nas fases finais da evolução das lesões, quando a população de *T. pallidum* estará muito reduzida.

### SOROLOGIA NÃO TREPONÊMICA (VDRL)

Indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. A sensibilidade do teste, na fase primária, é de 78%, elevando-se nas fases secundária (100%) e latente (cerca de 96%). Com mais de 1 ano de evolução, a sensibilidade cai progressivamente, fixando-se, em média 70%. A especificidade do teste é de 98%. Após instituído o tratamento, o VDRL apresenta queda progressiva nas titulações, podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (cicatriz sorológica).

### SOROLOGIA TREPONÊMICA (FTA-ABS, TPHA, IMUNOFLUORESCÊNCIA)

São testes específicos, úteis para confirmação do diagnóstico. A sensibilidade dos testes treponêmicos na sífilis adquirida é de 84% na fase primária, de 100% nas fases secundária e latente, e de cerca de 96% na sífilis terciária.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### SÍFILIS PRIMÁRIA

Cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo, donovanose, câncer, leishmaniose, trauma.

### SÍFILIS SECUNDÁRIA

Farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, hanseníase, colagenoses.

### SÍFILIS TERCIÁRIA

Tuberculose, leishmaniose, aneurismas congênitos, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos e emocionais.

## TRATAMENTO

A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga. A análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico.

Tabela 1- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e controle de cura.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade do uso da penicilina	Controle de cura (Sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não reponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 2.800.000 UI IM	1 semana	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou ritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não reponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 30 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não reponêmico trimestral
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia. 10 a 14 dias	4/4 h diariamente por 10 dias	Penicilina procaína 2,4 milhões UI (IM) diariamente associada à probenecida 500 mg (VO) quatro vezes por dia, ambas de 10 a 14 dias	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso, 2006.

**1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000UI aplicada em cada glúteo.**

Tabela 2 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura.

<b>Estadiamento</b>	<b>Penicilina G. Benzatina</b>	<b>Intervalo entre as séries</b>	<b>Controle de cura (sorologia)</b>
Sífilis Primária	1 série Dose total: 2.400.000UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 2.800.000UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis Terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000UI IM	1 semana	VDRL mensal

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, 2010.

**1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000UI aplicada em cada glúteo.**

#### **Tratamento inadequado para sífilis materna**

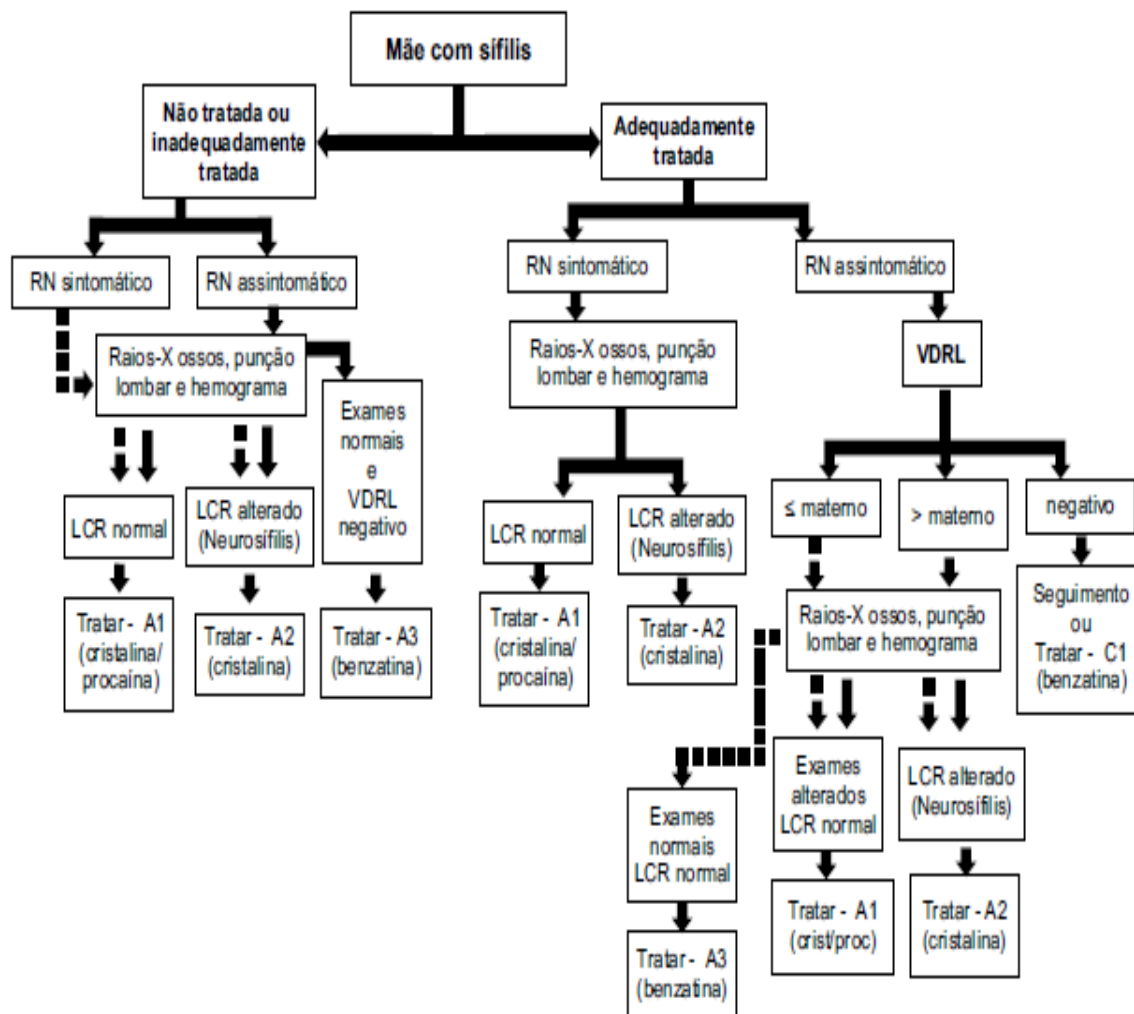
- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- Ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, 2010.

#### **SERVIÇOS DE REFERENCIAS**

Unidades Básicas de Saúde (especialmente), UPA, Hospitais Municipais.

## Algoritmo para condutas frente à gestante com sífilis:



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso, 2006.

### PRIMEIRAS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS FRENTE A UM CASO IDENTIFICADO

#### ASSISTÊNCIA À GESTANTE

Toda gestante deverá ser testada para sífilis na 1ª consulta, no início do 3º trimestre do pré-natal e na admissão para o parto. As mulheres reagentes serão tratadas segundo o esquema descrito.

#### Observações

- Em caso de alergia, realizar testes cutâneos padronizados e dessensibilizar quando confirmada a atopia.
- Alternativamente, em caso de alergia comprovada à penicilina, pode ser utilizada a eritromicina

(estearato) 500mg – 1 comprimido, de 6 em 6 horas, via oral, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia).

- Deve-se proporcionar a todos os portadores de DST a realização de testes anti-HIV, mediante aconselhamento.
- Fazer controle de cura trimestral, com a realização do VDRL.
- Tratar novamente em caso de interrupção do tratamento ou quadruplicação dos títulos (ex.: de 1/2 para 1/8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, 2010.

## QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A sífilis congênita é passível de prevenção, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada, assim como seus parceiros sexuais. Portanto, a medida mais efetiva de controle da doença consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. No entanto, as medidas de controle devem abranger outros momentos: antes da gravidez e na admissão a maternidade, seja no momento do parto, seja na curetagem por abortamento ou durante qualquer outra intercorrência na gravidez. Mesmo o diagnóstico tardio da infecção materna, realizado na admissão para o parto, é válido, pois, apesar de não evitar a doença na criança, haverá condições de tratar a mulher e o conceito, reduzindo as complicações advindas da infecção.

## INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

### ANTES DA GRAVIDEZ

Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.

Realização do teste VDRL em mulheres que manifestem a intenção de engravidar.

Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

### DURANTE A GRAVIDEZ

Realizar o teste VDRL no 1º trimestre da gravidez ou na 1ª consulta, e outro, no início do 3º trimestre. Na ausência de teste confirmatório, considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente de forma adequada ou que a documentação desse tratamento não esteja disponível.

### ACONSELHAMENTO

A adoção de práticas sexuais seguras, associada ao bom desempenho na execução do pré-natal, são peças-chaves para o controle do agravo. A população-alvo deverá receber informações sobre a prevenção das DST e o direito a uma assistência médica humanizada e de qualidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

## CONTATOS

Gerência de DST/ Aids e Hepatites Virais

Email: [dst.vigilancia@gmail.com](mailto:dst.vigilancia@gmail.com)

Telefones: (63) 3218- 4888/1768