

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

relembrando pontos importantes!

- É uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, se não tratada.
- **AGENTE ETIOLÓGICO** - O *Treponema pallidum* é uma espiroqueta de alta patogenicidade.
- **MODO DE TRANSMISSÃO** - A Sífilis Adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual. A transmissibilidade depende da fase clínica da doença, na fase primária: média 21 dias com 100% de transmissibilidade, na fase secundária: entre 6 semanas e 6 meses com 90% de transmissibilidade, e, na fase terciária, mais de 1 ano com 30% de transmissibilidade. 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.
- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO** - cerca de 21 dias a partir do contato sexual infectante.

Evolução Clínica

■ **PRIMÁRIA:** caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias (em média, 21 dias) após a infecção. A lesão é erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes, pode ou não apresentar adenite satélite. Diagnóstico diferencial: mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo, donovanose, câncer, leishmaniose, trauma.

■ **SECUNDÁRIA:** suas manifestações ocorrem de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por roséola e posteriormente podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, que desaparecem em aproximadamente 6 meses. 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. Diagnóstico diferencial: farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, Hanseníase, colagenoses.

■ **TERCIÁRIA:** pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar. Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. Diagnóstico diferencial: tuberculose, leishmaniose, aneurismas congênitos, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos e emocionais.

Diagnóstico laboratorial

■ **EXAMES LABORATORIAIS** - 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.

- Microscopia direta - A pesquisa do *T. pallidum* em material coletado de lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou autópsia, é um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80% e só se aplica quando há lesão de pele/mucosas.
- Sorologia não treponêmica (VDRL - Venereal Disease Research Laboratory) e o RPR - Rapid Plasm Reagin) - Indicados para o diagnóstico e o seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. A sensibilidade do VDRL, 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, em 70%. A especificidade do teste é de 98%. Após instituído o tratamento, o VDRL apresenta queda progressiva nas titulações (exemplo de 1:32 para 1:4), 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, detectam a presença de anticorpos anti-Treponema pallidum e são específicos, confirmando a infecção, porém, não distinguem se é uma doença ativa ou cicatriz sorológica. 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.

■ **O TESTE RÁPIDO (TR) DE SÍFILIS** está disponível nos serviços de saúde do SUS, sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. O TR de sífilis é distribuído pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites do Ministério da Saúde. Quando o TR for utilizado como triagem, nos casos positivos (reagentes), uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial (não treponêmico) para confirmação do diagnóstico. Em caso de gestante, O TRATAMENTO DEVE SER INICIADO COM APENAS UM TESTE POSITIVO (REAGENTE), sem precisar aguardar o resultado do segundo teste.

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 (vide quadro abaixo). 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. As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.

Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura

ESTADIAMENTO	PENINCILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	1 SÉRIE 1 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: 4.800.000UI IM	1 SEMANA	
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 SÉRIES DOSE TOTAL: 7.200.000UI IM	1 SEMANA	

1 série de Penicilina Benzatina = 1 ampola de 1.200.000UI aplicada em cada glúteo.

Tratamento

Quando considerar o tratamento da sífilis materna adequado?

- Tratamento com penicilina for completo e adequado à fase clínica da doença.
- Parceiro ter sido tratado concomitantemente.
- Tratamento ter terminado 30 dias antes do parto.

É considerado inadequado o tratamento da sífilis materna quando pelo menos uma das situações abaixo estiver presente:

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

Medidas de Controle

ANTES DA GRAVIDEZ:

- 1º Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- 2º Realização do teste VDRL em mulheres que manifestem a intenção de engravidar.
- 3º 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. A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero.

ACONSELHAMENTO: a adoção de práticas sexuais seguras, associada ao bom desempenho na execução do pré-natal, são peças-chaves para o controle do agravo.

Quando Encaminhar

Para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- Gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina).
- Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização)
- gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

Atenção

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. Dado: Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães haviam realizado pré-natal.

Nos últimos anos, o Brasil teve falta de penicilina benzatina, um dos motivos para o aumento de casos de sífilis congênita. Verifique na SMS do seu município quais medidas estão sendo adotadas, como por exemplo, a priorização de pacientes, para enfrentar essa questão.

A sífilis em gestante é doença de notificação compulsória assim como a sífilis congênita. A notificação e vigilância desses agravos é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical.

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



Este texto foi adaptado e construído a partir das seguintes referências bibliográficas:

1. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).
3. Site: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis-na-gestacao> , acessado em 25 de Junho de 2016, as 18h.
4. Protocolo de encaminhamento Obstetrícia do Telessaúde RS, Regula SUS, fev 2016.