

DIAGNÓSTICO MATERNO E CONGÊNITO DE SÍFILIS

Karyna Turra Osternack
karynaturra@yahoo.com.br

Juliana Edna Sprada
julianasprada@outlook.com

Aline Pereira dos Santos
aline.santos@hotmail.co.uk

Ellen Nathaly da Silva
ellen.nathaly@hotmail.com

Ester de Oliveira Vieira
ster.live.1403@gmail.com

Isadora Corrêa Fóes
isadorafoes26@gmail.com

Thais Fernandes de Camargo
thais.f.camargo@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: sífilis, congênita, diagnóstico.

RESUMO: as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são consideradas caso de saúde pública e, dentre estas, a sífilis adquiriu grande destaque, sendo uma patologia infecciosa de caráter sistêmico, com uma abrangência global e evolução crônica. Apesar de possuir tratamento eficaz disponibilizado, ainda assim, inúmeros indivíduos infectados são diagnosticados ao longo dos anos. A sífilis congênita atinge o feto através da transmissão do agente *Treponema pallidum* presente no sangue contaminado da gestante, sendo transmitida verticalmente de mãe para filho, caso ocorra à ausência de tratamento ou a sua realização inadequada. No Brasil, estima-se que no período de um ano, 50 mil gestantes sejam diagnosticadas com sífilis, dessa maneira, no país, 12 mil nascidos vivos são diagnosticados com sífilis congênita ao ano. O diagnóstico clínico da sífilis em gestantes é normalmente dificultado pelo fato de o cancro não causar sintomas e, na maioria dos casos, estar em locais de difícil visualização. O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais consideram a fase evolutiva em que a doença se encontra, podendo ser escolhido à utilização do diagnóstico direto ou da sorologia, com os testes treponêmicos e os não treponêmicos. Os testes de prova direta são usados na fase primária da doença quando os microrganismos estão em grande número, como exemplo podemos citar o exame em campo escuro; a pesquisa direta com material corado; e a imunofluorescência direta ou DFA-TP (*direct fluorescent-antibody testing for T. pallidum*), que é um exame de alta

especificidade e com sensibilidade maior que 90%. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não treponêmicos, podendo ser qualitativos quando usados em testes de triagem determinando se uma amostra é reagente ou não, ou quantitativos, utilizados na determinação do título dos anticorpos presentes nas amostras de resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. Um exemplo de teste não treponêmico é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), que utiliza um antígeno composto de lecitina, colesterol e cardiolipida purificada e usa soro inativado como amostra e se apresenta positivo entre cinco a seis semanas após a infecção e entre duas a três semanas depois do aparecimento do cancro. O teste da reagina plasmática rápido (RPR) e o TRUST são utilizados como modificações do VDRL, visando aumentar a estabilidade da suspensão antigênica e permitir a leitura do resultado a olho nu. Os testes treponêmicos usam o *T. pallidum* como antígeno e são indicados para confirmar a reatividade dos testes não treponêmicos e em casos de sífilis tardia, quando os testes não treponêmicos têm pouca sensibilidade. O primeiro teste treponêmico desenvolvido foi o TPI (Prova de Imobilização dos Treponemas), que usa treponemas virulentos vivos de coelhos como antígeno. Outros testes são o FTA-ABS (*fluorescent treponemal antibody absorption test*), que apresenta baixo custo e rápida execução, e o MHA-TP (*microhemagglutination assay for Treponema pallidum antibodies*), que baseia-se na hemoaglutinação passiva de eritrócitos sensibilizados de ovelhas. Ainda, no início dos anos 90, duas técnicas de PCR foram empregadas, apresentando alta especificidade e sensibilidade principalmente para detecção de antígenos da sífilis primária e congênita. O protocolo clínico de diagnóstico de gestantes com suspeita de sífilis inicia-se com a realização de testes rápidos, sendo que caso o resultado seja positivo, posteriormente, é realizado o teste não treponêmico, onde o mais utilizado é o VDRL. No caso da sífilis congênita, o diagnóstico é complexo pois a maioria dos recém-nascidos são assintomáticos ao nascimento e quando chegam a apresentar algum sinal, costumam ser discretos ou inespecíficos. Assim, a base do diagnóstico da sífilis congênita deve ser a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. O diagnóstico da sífilis pode ser feito a partir de testes imunológicos, que também são divididos entre os testes treponêmicos e os não treponêmicos, ou a partir do diagnóstico direto, com a demonstração do *T. pallidum*, sendo consideradas provas definitivas, pois não estão suscetíveis a qualquer interferência de mecanismos cruzados, ficando livres de resultados falso-positivo. Os testes treponêmicos incluem o TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA e os testes rápidos, detectam anticorpos específicos que são produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*, porém, em decorrência das imunoglobulinas IgG maternas que ultrapassam a barreira placentária, esses testes são de uso limitado nos recém-nascidos. Caso crianças menores de 18 meses apresentem um resultado positivo a esses testes, ele só será considerado quando o título encontrado se apresentar duas vezes maior que o título encontrado na amostra coletada da mãe, podendo ser confirmado com a coleta de uma segunda amostra da criança. Em bebês acima de 18 meses de vida, um resultado de teste treponêmico positivo indica infecção, já que, com essa idade, os anticorpos maternos já desapareceram da circulação sanguínea da criança. Os testes não treponêmicos incluem o VDRL, RPR e o TRUST, são testes com correlação definida entre a titulação dos anticorpos não treponêmicos da amostra do recém-nascido e a presença ou

ausência de sífilis congênita, sendo assim indicados para diagnóstico e acompanhamento terapêutico. Dessa maneira, mesmo que ocorra a transferência passiva de IgG da mãe para o feto, a titulação destes permite identificar se eles são exclusivamente maternos ou se foram produzidos pelo organismo do recém-nascido. Todos os recém-nascidos de gestantes que foram infectadas com sífilis devem ser investigados. Nos casos de gestantes que fizeram o tratamento adequadamente, é realizado somente o teste de VDRL no recém-nascido. Quando este apresenta-se negativo é feito apenas o acompanhamento, e, no resultado positivo realiza-se hemograma, radiografia de ossos longos e exame de líquido, tratando-o de acordo com os resultados apresentados nestes exames. Por fim, o acompanhamento pediátrico é feito com consultas mensais até o sexto mês de vida e a cada dois meses até o recém-nascido completar o primeiro ano, teste de VDRL trimestral, acompanhamento especializado e exame de líquido a cada seis meses.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. M. A. *et al.* Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Revista Pediatria Moderna**. Ceará, v. 50, n. 6, p. 254-258, jun, 2014.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, mar, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis – Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília – DF, 2015.

CAVALCANTE, P. A. de M. *et al.* Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, jun, 2017.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 19, n. 01, p. 63-74, jan-jun, 2016.

MAGALHÃES, S dos M.D. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro**, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun/2013.

SUMIKAWA, S. E. *et al.* **Sífilis**: estratégias para diagnóstico no Brasil. ed. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010.