

REVISÃO DE LITERATURA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYPHILIS IN PREGNANCYHanna Helena Lopes¹, Ana Virginia Gama Manduca².**RESUMO**

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um grave problema de saúde pública que traz danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, destacando a sífilis, por ser diagnosticada no pré natal na grande maioria das vezes. A Sífilis Congênita se dissemina por via hematogênica, infectando o feto através da placenta, devido à gestante infectada estar isenta de tratamento ou erroneamente tratada. Por ser uma patologia totalmente evitável, a taxa de sífilis congênita é um importante indicador de qualidade da assistência pré-natal. A identificação precoce e tratamento adequado das gestantes portadoras de sífilis reduzem significativamente a transmissão vertical. É importante o estudo de revisão por ser útil melhorando o entendimento e manejo da doença que ajudariam no combate à doença concluindo que só haverá redução da ocorrência da doença quando medidas efetivas de prevenção e controle forem adotadas, assim como campanhas de conscientização.

Palavras-chave: Sífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação, incidência.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) are a serious public health problem that brings social, economic and health damages of great repercussion to the population, highlighting syphilis, since it is diagnosed in the prenatal care most of the time. Congenital syphilis is disseminated hematogenously, infecting the fetus through the placenta, because the infected pregnant woman is free of treatment or erroneously treated. Because it is a completely preventable condition, the rate of congenital syphilis is an important indicator of prenatal care quality. Early identification and appropriate treatment of pregnant women with syphilis significantly reduces vertical transmission. The review study is important because it is useful to improve the understanding and management of the disease that would help in the fight against the disease, concluding that there will only be a reduction in the occurrence of the disease when effective prevention and control measures are adopted, as well as awareness campaigns.

Keywords: Syphilis, congenital syphilis, syphilis in pregnancy, incidence.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Lopes HH, Manduca AVG (2018) Diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação. Revista de Patologia do Tocantins, 5(1): 58-61.

Instituição: ¹Médica Residente Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil; ²Médica Obstetra, Hospital e Maternidade Dona Regina, Palmas, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente: Hanna Helena Lopes; hannalopes_med@hotmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 16 de abril de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Lopes et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um grave problema de saúde pública que traz danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças. Merece destaque, entre as IST's, por ser diagnosticada no pré-natal na grande maioria das vezes (MAGALHÃES et al., 2013).

Doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório (MAGALHÃES et al., 2013).

O principal meio de transmissão da sífilis é pela via sexual, podendo ser transmitida também verticalmente, por via indireta (objetos, tatuagem) ou por transfusão sanguínea (PIRES et al., 2014), tendo associação com o baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro infectado (MAGALHÃES et al., 2013).

No Brasil, o número de casos notificados de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano. Em 2013, foram notificados 21.382 desses casos no país, com uma taxa de detecção de 7,4 por mil nascidos vivos. Dados de estudos nacionais 3,4 estimam uma prevalência de sífilis na gestação de aproximadamente 1%, o que corresponderia a cerca de 30 mil casos por ano. Considerando-se essa estimativa, o número notificado de gestantes com sífilis é ainda inferior ao esperado, indicando dificuldades no diagnóstico e/ou na notificação de casos (DOMINGUES et al., 2013).

Entre os anos de 2007 e 2013, foram notificados 685 casos de sífilis em gestante e 535 casos de sífilis congênita em residentes do estado do Tocantins. Segundo acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a meta para 2015 era reduzir essa incidência para 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos (CAVALCANTE et al., 2014).

A Sífilis Congênita se dissemina por via hematogênica, infectando o feto através da placenta, devido à gestante infectada estar isenta de tratamento ou erroneamente tratada. Tal transmissão é possível em qualquer fase da gestação, sendo mais provável que ocorra na primeira ou segunda fase da doença. Existe, ainda, a chance de contaminação direta do *T. Pallidum* para o concepto, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante. Cerca de um terço das gestantes infectadas pelo *T. Pallidum* pode evoluir para perda fetal, enquanto outra porcentagem semelhante a essa, tem a sífilis congênita como consequência (Sonda et al., 2013).

A Sífilis na gestação é uma doença que pode ser evitada com recursos disponíveis na assistência pré-natal. Entretanto, estudos nacionais e internacionais apontam por falhas, com oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento dos casos. Do total de casos notificados no país, em 2009, 75,5% das gestantes haviam recebido assistência pré-natal, mas apenas 55,4% tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e a maioria dos parceiros não recebeu tratamento (DOMINGUES et al., 2013).

As estratégias para identificar a infecção durante a gravidez incluem testes laboratoriais, já que a maioria das mulheres são assintomáticas. Incluindo um teste não treponêmico, (VDRL), o Teste Rápido associado a testes treponêmicos; Teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente (FTA-ABS ou TPHA) (MILANEZ, 2016).

O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal, toda a gestante seja submetida a pelo menos dois exames VDRL, um na primeira consulta e outro na vigésima oitava semana de gestação. No caso de risco de reinfeção ou não tratamento da gestante, novo exame deve ser realizado no momento do parto (DAMASCENO et al., 2014).

É um contrassenso uma doença de fácil diagnóstico e terapêutica medicamentosa de tão baixo custo apresentar incidência tão elevada na nossa população. As consequências são desastrosas, principalmente para as pacientes em idade reprodutiva, pelos riscos de transmissão vertical nos casos de sífilis congênita. Sendo assim, é de suma importância um estudo de revisão que poderá ser útil para melhor entendimento e manejo da doença que ajudariam no combate à doença (ERRANTE, 2016).

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO, LILACS, PUBMED e MEDLINE, com as seguintes palavras-chave: sífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação, incidência. "syphilis" and "screening" e "pregnancy". A partir desta metodologia, foi possível analisar uma população de 29 artigos sendo que 13 foram selecionados para o estudo e constituíram a amostra utilizada nesta revisão. Os critérios de inclusão deste estudo foram publicações do tipo artigos científicos disponíveis na íntegra e com acesso eletrônico livre, com a abordagem da sífilis e dando ênfase a sífilis na gestação, no qual foi delimitado um recorte no tempo de 2009 a 2017 estudos em qualquer idioma.

DISCUSSÃO

A sífilis exerce uma grande carga de doenças globalmente e as taxas de sífilis congênita estão aumentando. Os números de resultados positivos elevados na gravidez associados à transmissão vertical podem ser substancialmente reduzidos através de intervenções relativamente simples e econômicas incluindo exames serológicos ou teste rápido e tratamento para as mulheres (e seus parceiros) consideradas positivas. A OMS pediu a eliminação global da transmissão da sífilis pela mãe, através do empenho e implementação de quatro pilares estratégicos - advocacia e compromisso político; acesso precoce aos cuidados de saúde materno-neonatal; triagem de todas as mulheres grávidas; vigilância, monitoramento e avaliação (HAWKES et al., 2013).

Cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis no Brasil a cada ano, por falta de diagnóstico no pré natal. Por volta de 25% das gestantes infectadas transmitem a doença aos filhos. Com o tratamento necessário, a taxa pode cair para um caso por cada 1.000 nascidos vivos. Foi estimado que a cada ano possam acontecer 957 mil novos casos da doença no país, atingindo 48 mil grávidas. Na tentativa de reverter essa

realidade e diminuir a transmissão vertical da SC, o Ministério da Saúde anunciou metas para garantir que 90% das gestantes façam exames da sífilis antes do parto (PIRES et al., 2014).

As sífilis primárias ocorrem cerca de 3 semanas após o contato, principalmente nos órgãos genitais externos, vagina, colo do útero, ânus ou no reto. Eles geralmente não são reconhecidos nas mulheres porque podem ser assintomáticas. Quando aparece lesão é firme, redonda, pequena e indolor e dura de 3 a 6 semanas. Deve ser feito diagnóstico diferencial com Herpes Genital, que causa pequenas bolhas dolorosas cheias de líquido.

Mesmo sem tratamento primário e as lesões secundárias se resolvem, a infecção entra em um estágio latente. Apesar da falta de manifestações clínicas, a infecção ainda pode ser transmitida ao feto.

A sífilis terciária pode ocorrer em um terço de pessoas não tratadas, aproximadamente três a 15 anos após a infecção inicial. É caracterizada por infiltração tumores de pele, ossos ou fígado (15%), distúrbios do sistema nervoso central (neurosífilis) (6,5%) e problemas cardiovasculares (10%) (SANTINS et al., 2012).

O método para diagnóstico da infecção materna pelo *T pallidum* mais usado é o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), ainda que outros sejam disponíveis (RPR – Rapid Plasm Reagin). O VDRL pode ser qualitativo (reagente ou não reagente) ou quantitativo (com a titulação de anticorpos descrita). Como os seus títulos correlacionam-se diretamente com a atividade da doença, o VDRL quantitativo é preferível, sendo particularmente útil no diagnóstico inicial da sífilis, monitoramento da resposta terapêutica e frente à possibilidade de recidivas ou reinfecções (LORENZI & FIAMINGHI, 2009).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis. As recomendações a seguir satisfazem esses padrões: Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração) tratar com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária tratar com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2015).

Durante o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis na gestação Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano. É indicação de cura a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento

A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4), denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda. Durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento. Indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral e um novo tratamento deve ser realizado se ocorrer nova exposição de risco.

Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não

permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo, sem, contudo, indicar falha do tratamento.

CONCLUSÕES

Tendo em vista que a sífilis na gestação pode ser evitada com recursos disponíveis no pré-natal é de grande importância a assistência adequada com a finalidade de evitar a transmissão vertical e as consequências da sífilis congênita.

Devido a esta realidade, é essencial que a equipe de saúde, oriente, identifique e trate de forma adequada, proporcionando diminuição dos índices de resultados positivos.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013; 29(6):1109-1120.
2. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, Santos A. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade- Revisão de Literatura. Revista Uningá Review, Maringá, 2014;19(1):58-64.
3. Domingues RMS, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013; 32(6).
4. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 2017; 26(2):255-264.
5. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: Uma revisão de literatura. Epidemiol Control de Infect, Santa Cruz do Sul, 2013 ;3(1): 28-30.
6. Domingues RMSM, Lauria, LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013; 18(5): 1341-1351.
7. Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. Rev Bras Ginecol Obstet, Rio de Janeiro, 2016;38(9):425-427.
8. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014;13(3):88-94.
9. Errante, PR. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação, Revisão de Literatura. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2106; 13(31):120-126.
10. Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N. Early Antenatal Care: Does It Make a Difference to Outcomes of Pregnancy Associated with Syphilis? A Systematic Review and Meta-Analysis. Plos one, San Fransico, 2013: 8(2): 1-7.
11. Santins M, Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, Scambia G. Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, London, 2012 : 2012:1-5.

12. Lorenzi SRD, Fiaminghi CL, Artico RG. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina, Caxias do Sul*. 2009; 37(2).

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.