

SÍFILIS CONGÊNITA COMO UMA ETIOLOGIA PARA MICROCEFALIA

CONGENITAL SYPHILIS AS AN ETIOLOGY FOR MICROCEPHALY

Eliseu Gabriel Lima ¹
 Vitor Azevedo Sarmiento ¹
 Vinicius José Souza ¹
 Iago Gonçalves ¹

¹ *Discente do curso de Medicina da FAGOC*

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível que se desenvolve em três estágios e pode acometer o sistema cardiovascular, pulmonar, ósseo e neurológico. Foi relatado o caso de uma criança do sexo feminino de 1 ano e 11 meses de idade admitida no setor de internação pediátrica do Hospital Santa Izabel, previamente diagnosticada com sífilis congênita em testes sorológicos e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory); posteriormente, por meio de exame Ultrassonografia Transvaginal (USTV), verificou-se que o feto em questão apresentava microcefalia. Até realização do parto cesariano, aos 5 meses, não houve mais nenhuma intercorrência. A partir de exames e avaliação física à beira do leito, a paciente foi diagnosticada com regular estado geral (REG), microcefalia, sífilis, pneumonia e crises convulsivas. Devidamente medicada e tratada para pneumonia, sífilis e para as crises convulsivas, a criança foi liberada e atualmente encontra-se sob tratamento em nível domiciliar com oxigênio e acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Microcefalia.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infectious disease that develops in three stages and can affect the cardiovascular, pulmonary, bone and neurological

system. We report the case of a 1-year-old and 11-month-old female admitted to the Santa Izabel Hospital pediatric ward, previously diagnosed with congenital syphilis in serological tests and VDRL (Venereal Disease Research Laboratory); later, by means of Transvaginal Ultrasound (USTV) examination, it was found that the fetus in question had microcephaly. Until cesarean delivery, at 5 months, there were no further complications. Based on bedside physical examinations and evaluation, the patient was diagnosed with regular general health (REG), microcephaly, syphilis, pneumonia and seizures. Properly medicated and treated for pneumonia, syphilis and seizures, the child has been released and is currently under home oxygen treatment and outpatient follow-up.

Keywords: Congenital syphilis. Microcephaly.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É responsável por vários sintomas e possui diversas fases: primária, secundária, latente, terciária e congênita. Assim, é conhecida por ser um mal silencioso, que requer cuidados (Azevedo, 2017).

Na sífilis primária, o principal sintoma é uma lesão única no local de contato com a bactéria, chamada de cancro. Já na sífilis secundária, os



principais sintomas são manchas espalhadas pelo corpo, que aparecem no período de 6 semanas a 6 meses após a cicatrização da lesão inicial (primária). A fase latente é assintomática, pois é o período em que não são observados sintomas, podendo ser recente (menos de dois anos) ou tardia (mais de dois anos) (Ministério da Saúde, 2018). Na fase terciária da sífilis, ocorrem sintomas cardiovasculares, ósseos, cutâneos e neurológicos; é a fase mais perigosa, podendo levar à morte. Já na sífilis congênita, ocorrem alterações radiológicas, dentes incisivos deformados (dentes de hutchinson), microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, erupções cutâneas, anemia, linfonodomegalia, icterícia, bossa frontal e nariz em sela (Avelleira, 2006; Chesson, 2002).

A sífilis pode ser transmitida através de relação sexual sem preservativo com parceiros infectados ou verticalmente, de mãe para feto, através da gestação ou parto, daí a importância de se diagnosticar e tratar antes que cause sequelas ao feto (Domingues, 2016). É diagnosticada por meio de exames de sangue com observação em campo escuro e testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos) com reação de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). O tratamento é simples e fácil de ser realizado, consistindo na aplicação intramuscular de penicilina benzatina, disponível em unidades básicas de saúde (UBS) (Cavalcanti, 2017).

A sífilis na gestação tornou-se um agravo, principalmente por conta do aumento do número de casos de microcefalias nos fetos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um nascido vivo possui microcefalia quando o perímetro cefálico é menor que dois ou mais desvios-padrão do que a referência para o sexo, a idade e o tempo de gestação. Atualmente, o Ministério da Saúde considera microcefalia em crianças com perímetro cefálico igual ou inferior a 32 cm em nascidos a termo. Em aproximadamente 90% dos casos, a microcefalia está associada a alterações neurológicas. Os casos analisados até o momento por exames de tomografia computadorizada e ultrassom transfontanela demonstram alterações semelhantes com

calcificações espalhadas pelo cérebro (Saraceni, 2007).

Estender o conhecimento sobre a sífilis na gestação e suas possíveis inferências neonatais é importante para que se possa avaliar ações visando prevenir a transmissão, conduzir o pré-natal das gestantes infectadas, bem como oferecer um cuidado adequado para a promoção da saúde da mãe e do recém-nascido. A microcefalia, apesar de ser uma condição neurológica rara, tem relevância por ser uma consequência possível da sífilis, que atualmente apresenta incidência crescente, devendo ser investigada nas gestantes por ser uma patologia evitável, a partir de medidas de baixo custo. Dessa forma, o presente estudo objetivou relatar o caso de uma paciente recém-nascida com microcefalia cuja mãe foi diagnosticada com sífilis durante a gestação, considerando a própria sífilis como uma possível causa da microcefalia, e não a Toxoplasmose e Zika, que são mais comuns de causarem essa patologia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 1 ano e 11 meses, de etnia branca, procedente de Belo Horizonte - Minas Gerais e residente de Ubá - Minas Gerais, foi admitida no setor de internação pediátrica do Hospital Santa Izabel no dia 27 de fevereiro de 2018 em virtude de um quadro de pneumonia bacteriana. Foi previamente diagnosticada durante o pré-natal com microcefalia através do exame de Ultrassonografia Transvaginal (USTV) realizado na progenitora. Além disso, também foi descoberto durante o pré-natal, por meio de testes sorológicos e VDRL, que a mãe era portadora da bactéria *Treponema pallidum*, causadora da Infecção Sexualmente Transmissível (IST) Sífilis. Em virtude disso, a criança veio a ser portadora de sífilis congênita.

Na anamnese, a mãe relatou a realização de todas consultas pré-natais, cartão de vacinação atualizado, aleitamento materno até os seis meses, peso de 2560g ao nascer, 34 cm de altura ao nascer, parto cesariano pré-termo

com 7 meses de idade gestacional, Índice Apgar no 5º minuto igual a 5, tendo sido internada logo após o nascimento. A mãe negou outras intercorrências, assim como o uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e outras drogas durante a gestação. Relatou ainda gestação (G) 2 partos (P) 2 abortos (A) 0 cesáreas (C) 2, e que o outro filho não possui nenhum antecedente patológico.

Na abordagem à beira do leito após a admissão da paciente, foi constatada a microcefalia por meio da medida do perímetro cefálico em método comparativo com a curva de normalidade definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao exame físico, a criança se apresentava Regular Estado Geral (REG), hidratada, anictérica, acianótica, febril (temperatura axilar de 38°C), apresentando abaulamentos e retrações na superfície cefálica, principalmente nas regiões frontais e temporo-parietais. Ao exame respiratório, a criança se apresentava dispneica, com sinais de esforço respiratório (tiragem intercostal, retração esternocleidomastóidea e batimentos de aletas nasais), expansibilidade pulmonar diminuída, elasticidade pulmonar prejudicada, murmúrios vesiculares reduzidos bilateralmente, com presença de estertores crepitantes nas bases e som hipotimpânico à percussão, sem outras alterações. Sendo assim, foi realizada radiografia de tórax em incidência anteroposterior (AP), que evidenciou líquido intersticial (Figura 1). Nesse período, a paciente também apresentou crises convulsivas tônico-clônicas de difícil controle.

A partir desses exames e da avaliação física, chegou-se aos diagnósticos de microcefalia, sífilis, pneumonia e crises convulsivas. Com relação à conduta terapêutica, a paciente foi internada, medicada com antibiótico (claritromicina + ampicilina), salbutamol, topiramato, midazolam e oxigenioterapia com nebulização, recebendo alta hospitalar no dia 28 de março de 2018.

Atualmente a paciente se encontra em nível domiciliar sob uso de oxigênio e faz acompanhamento ambulatorial para avaliar a evolução do quadro (Figura 2).

Figura 1: Radiografia de tórax em AP, área de consolidação em pulmão esquerdo com opacificação de área cardíaca

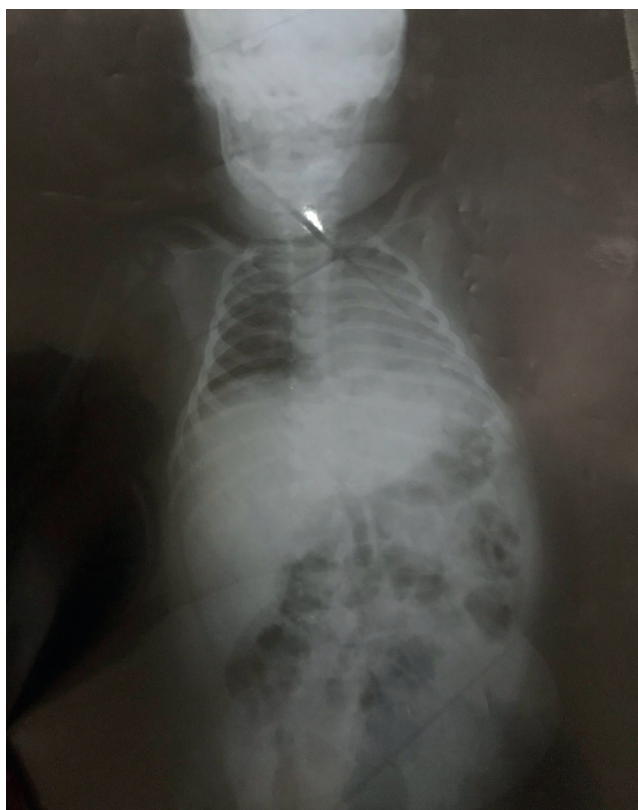


Figura 2: Registro em perfil da alteração cefálica com diminuição do perímetro



DISCUSSÃO

Este relato de caso disserta sobre uma paciente portadora de sífilis congênita com uma manifestação atípica, a microcefalia. Tal anomalia é mais comumente descrita na literatura associada a Zika Vírus ou Toxoplasmose. No entanto, segundo Serafim (2014), a sífilis congênita é um dos possíveis fatores etiológicos, que, por não ser muito bem conhecida, é negligenciada, afetando cada vez mais recém-nascidos com suas consequências morfológicas.

De acordo com a OMS (2018), há muitas causas possíveis de microcefalia não associada ao Zika Vírus e Toxoplasmose, por exemplo: exposição a substâncias químicas, anomalias genéticas, má nutrição grave durante a gestação e infecções do útero. Nesse último fator, destaca-se a sífilis devido ao aumento na taxa de incidência, que quase triplicou em 6 anos, passando de 2 a cada mil nascidos vivos em 2008, para 5,6 a cada mil nascidos vivos em 2014, tendo 16.266 casos registrados nesse mesmo ano. Nesse período, a taxa de sífilis em gestantes passou de 2,7 para 9,7 casos a cada mil nascidos vivos, dado que reflete a necessidade de atenção à população de risco para e prevenção, assim como a abordagem a partir de um tratamento efetivo da gestante já infectada.

O baixo predomínio de estudos epidemiológicos focados na associação entre microcefalia e sífilis demonstra a superficialidade da contextualização do assunto. Existe uma escassez de casos descritos na literatura, daí a necessidade de pesquisas mais consistentes que enfoquem a associação existente entre a microcefalia e seus outros possíveis fatores etiológicos. O presente relato de caso aborda a existência da associação entre a sífilis congênita e a microcefalia no intuito de acrescentar conhecimento clínico e epidemiológico.

Como explicitado em Azevedo (2017), os aspectos clínicos da sífilis congênita são divididos em sífilis congênita precoce e sífilis congênita tardia. A precoce é aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros

2 anos.

As manifestações clínicas da sífilis congênita precoce assumem diversos níveis de gravidade, sendo a forma mais grave a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Podem ainda apresentar lesões cutaneomucosas, placas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos anogenitais e lesões ósseas. Em níveis de incidência um pouco menores, podem acontecer periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central, desenvolvimento do cérebro anormal, lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudo-paralisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite (Avelleira, 2006).

A paciente em questão apresentou sífilis congênita precoce com um quadro diferente do descrito acima, com uma forma mais branda das manifestações. Não apresentou sepse, anemia e hemorragia, assim como não manifestou alterações cutaneomucosas. No entanto, apresentou lesões ósseas, desenvolvimento anormal do crânio, lesões do aparelho respiratório que acarretaram o retardo do seu desenvolvimento fisiológico e morfológico, assim como atraso dos seus marcos de desenvolvimento neurológico, como firmar o pescoço, sentar-se, engatinhar, andar e falar, estando estes estritamente ligados ao grau de comprometimento acarretado pela microcefalia.

A sífilis congênita tardia é a denominação reservada para a sífilis que se declara após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríada de Hutchinson (dentes de Hutchinson + cenatite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre (Cavalcanti, 2017).

No que tange ao presente estudo, apesar da confirmação do diagnóstico da sífilis na gestante através do teste rápido (VDRL) e demais exames laboratoriais, e início do tratamento ainda durante a gestação com acompanhamento pré-natal, a paciente apresentou comprometimento

em sua formação e desenvolvimento. Sendo assim, o desenvolvimento da microcefalia, mesmo com todas as medidas terapêuticas adotadas, tornou-se um fator incomum do estudo sobre a fisiopatologia da associação entre essa patologia e a sífilis congênita.

Embora exista progresso na descrição desse relato de caso com aquisição de conhecimento clínico e epidemiológico, é evidente a necessidade de mais estudos sobre a associação etiológica da sífilis congênita com a microcefalia, como uma forma de ressaltar sua importância e necessidade de aprimoramento de seu acompanhamento para prevenção e manejo com um diagnóstico e tratamento que sejam capazes de proporcionar melhores prognósticos.

REFERÊNCIAS

Azevedo AC et al. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, jul. 2017; 25(3):259-267.

Cavalcante PAM, Pereira RBLC, Diaz JG. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. (Este trabalho é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde, da autora Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante, apresentado à Fundação Escola de Saúde Pública e Centro Universitário Luterano de Palmas em 2015. O estudo recebeu financiamento da Fundação Escola de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde: Processo no 413017193. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2017, v. 26, n. 2)

Ramos Junior AN et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(3):370-378.

Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2016;32(6): 00082415.

Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010. 100 p. (Série TELELAB) (Organização Mundial da Saúde).

Chesson HW, Heffelfinger JD, Voigt, R.F.; Collins, D. Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV

in the United States, 2002. *Sex Transm Dis.*, 2005;(32):265-9.

Avelleira JCR, Bottino, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, mar. 2018;81(2): 111-126.

Serafim AS et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, abr. 2014;47(2):170-178.