



0873-9781/07/38-2/65

Acta Pediátrica Portuguesa

Sociedade Portuguesa de Pediatria

ARTIGO ORIGINAL

A sífilis congénita ainda existe! Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade

Sandra Jacinto, Margarida Henriques, Teresa Ferreira, Glória Carvalhosa, Teresa Costa, António Marques Valido

Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa

Resumo

Objetivos: Estudar a prevalência, factores de risco, evolução clínica e abordagem terapêutica da sífilis congénita em recém-nascidos (RN) de risco, nascidos numa maternidade de referência com apoio perinatal diferenciado.

Método: Realizou-se um estudo transversal para cálculo de prevalência à nascença de sífilis congénita, entre Janeiro de 1993 e Dezembro de 2004, através de recolha de dados registados nos processos clínicos das mães e respectivos RN. De acordo com os critérios definidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1989, os RN filhos de mãe com VDRL e/ou TPHA positivo foram divididos em três grupos de risco.

Resultados: Foram identificados 467 recém-nascidos, verificando-se que a prevalência de risco de sífilis congénita à nascença se tem mantido ao longo dos anos (5,6%). A maioria dos recém-nascidos (65%) enquadra-se no grupo de maior risco. Dezanove RN (4%) apresentaram sífilis congénita sintomática ao nascimento, a maioria pertencente ao grupo de maior risco. Outros factores de risco encontrados foram a gravidez não-vigiada, em 30% das mães, toxicod dependência em 9%, coinfeção por vírus da hepatite B em 5%, por vírus da hepatite C em 4,7% e por vírus de imunodeficiência humana em 3,4% dos casos. Em alguns casos existia mais do que um factor de risco associado.

Conclusões: Verificou-se que a prevalência de risco de sífilis congénita não sofreu grandes variações ao longo dos doze anos, pelo que a sífilis continua a constituir um problema de Saúde Pública em Portugal, com custos económicos e sociais.

Palavras-Chave: sífilis congénita, penicilina, cuidados pré-natais.

Acta Pediatr Port 2007;38(2):65-8

Congenital syphilis still exists! A 12-years retrospective analysis of a reference maternity

Recebido: 02.08.2005

Aceite: 23.05.2006

Abstract

Aims: To analyse the prevalence, risk factors, clinical evolution and therapeutics of newborn in risk for congenital syphilis, in a reference maternity with differentiated perinatal care.

Methods: A transversal study of prevalence at birth, of congenital syphilis, from January 1993 to December 2004 was made, data being obtained from consultation of the clinical files of mothers and their babies. According to the 1989 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) criteria, newborns born to a mother with a positive VDRL and/or TPHA were classified in three risk groups.

Results: 467 newborns were studied. The prevalence of risk for congenital syphilis at birth has been stable in the last twelve years (5,6%). The majority of newborns (65%) were in the group of higher risk. Nineteen newborns (4%) had symptomatic congenital syphilis at birth, most of them from the high risk group. Other associated risks were pregnancy without prenatal care 30%, maternal drug addiction in 9%, coinfection of HBV in 5%, HCV in 4,7% and HIV in 3,4%. In some cases, there was more than one associated risk factor.

Conclusions: The prevalence of risk for congenital syphilis did not suffer great variations in the last twelve years, an indicator that syphilis is still a public health problem in Portugal, with considerable economic and social costs.

Key-words: congenital syphilis, penicillin, prenatal care.

Acta Pediatr Port 2007;38(2):65-8

Introdução

A sífilis é uma doença conhecida desde o século XV, mas o seu agente, *Treponema pallidum*, só foi descrito no século XX.

Apesar da penicilina constituir um tratamento eficaz para esta doença, verifica-se que a sífilis ainda é hoje uma realidade e persiste quase inalterável ao longo dos anos.

Correspondência:

Sandra Jacinto
Av. Miguel Torga, nº 12 - 9º A
1070-373 Lisboa
sandrajac@hotmail.com

No final dos anos de 1980, paralelamente ao crescendo de casos de infecção pelo VIH, houve um aumento de novos casos de sífilis. Como seria de esperar, assistiu-se também a um aumento dos casos de sífilis congénita, consequência do aumento de sífilis primária e secundária na população feminina em idade fértil, mas em parte também devido à adopção de novos critérios, mais sensíveis e conservadores, para a definição de sífilis congénita em 1989¹.

Em Portugal, assistiu-se a uma diminuição do número de casos de sífilis de aproximadamente 4,5 casos por 100.000 habitantes em 1987, para a média de 1,8:100.000 habitantes em 1998 (valor superior à média da EU, que era de 1,46:100.000 habitantes no mesmo período²). Segundo dados publicados pela Direcção Geral de Saúde, nos anos de 1999 e 2000 foram notificados 94 casos de sífilis congénita em Portugal³.

Os objectivos deste estudo foram calcular a prevalência, factores de risco associados, características epidemiológicas, terapêutica efectuada e evolução clínica, dos recém-nascidos com risco de sífilis congénita, nascidos numa grande maternidade de apoio perinatal diferenciado.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo transversal para cálculo de prevalência à nascença de sífilis congénita entre os recém-nascidos (RN) da Maternidade, num período de 12 anos (Janeiro de 1993 a Dezembro de 2004) e uma estimativa do risco de nascimento de nado-vivo com sífilis congénita através de uma análise coorte anichada. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos das mães e respectivos RN.

Definiram-se como casos de RN com risco de sífilis congénita, todos os RN de mães com VDRL (*Venereal Disease Research Laboratories*) e/ou TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination Assay*) positivo durante a gravidez. Fazendo a proporção entre estes e o total de RN nascidos na mesma maternidade no mesmo período, calculou-se a taxa de prevalência à nascença de risco de sífilis congénita.

Segundo os critérios definidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1989⁴, dividiram-se os recém-nascidos em três grupos de risco decrescente:

- Grupo I: mães não tratadas; tratadas com outro fármaco que não a penicilina; tratamento nos últimos 30 dias de gravidez; tratamento correcto mas com títulos serológicos iguais ou a subir; serologia para HIV positiva.
- Grupo II: mães tratadas correctamente mas sem controlo serológico posterior.
- Grupo III: mães tratadas correctamente com títulos serológicos a diminuir.

Definiu-se como RN com sífilis congénita, um RN de risco que apresente clínica, dados laboratoriais e/ou alterações radiológicas típicas e/ou com VDRL positivo no LCR.

Após a identificação dos RN doentes com sífilis congénita, calculou-se a taxa de incidência de nado-vivo com sífilis congénita em gestante com infecção.

Definiu-se como gravidez vigiada a existência de pelo menos uma consulta médica em cada um dos trimestres, incluindo avaliação ecográfica e serológica para o grupo TORCHS.

Foram também estudados parâmetros sócio-demográficos e epidemiológicos, vigilância e terapêutica efectuada na gravidez, parto e período neonatal, nomeadamente dados clínicos, exames complementares de diagnóstico e respectivos resultados, terapêutica efectuada e evolução.

Resultados

Na Maternidade ocorreram 83.330 partos neste período de 12 anos, com 467 recém-nascidos a apresentarem critérios para entrar neste estudo.

O cálculo da taxa de prevalência de risco de RN com sífilis congénita manteve-se relativamente estável nos 12 anos analisados. Apesar de uma aparente tendência para a diminuição nos anos de 2001 e 2002, houve novamente uma subida dos valores nos dois últimos anos de estudo. A distribuição ao longo dos anos foi a seguinte: 4,8‰ em 1993, 6,2‰ em 1994, 4,7‰ em 1995, 6,2‰ em 1996, 5,5‰ em 1997, 6,1‰ em 1998, 6,5‰ em 1999, 5,2‰ em 2000, 3,7‰ em 2001, 4,2‰ em 2002, 7,4‰ em 2003 e 6,5‰ em 2004.

A gravidez foi vigiada em 319 dos recém-nascidos (69%); sete foram gestações gemelares.

Relativamente à idade materna, 17 (4%) tinham menos de 18 anos, 156 (34%) entre 18 e 25 anos, 157 (34%) entre 26 e 30 anos, 78 (17%) entre 31 e 35 anos e 52 (11%) tinham idade superior a 35 anos.

Outros factores de risco foram encontrados em 86 mães (19%): toxicodependência (42), serologia positiva para AgHBs (24), para vírus da hepatite C (22) e para VIH-1 (16). De salientar que 14 tinham mais do que um factor de risco associado.

O parto foi eutócico em 305 (65%), fórceps em 37 (8%) e cesariana em 125 (27%). Cinquenta recém-nascidos (10,7%) eram prétermo (idade gestacional <37 semanas). Quarenta e três (9%) eram leves para a idade gestacional.

238 dos RN eram do sexo masculino (51%); eram caucasianos 315 (67%) e 116 de raça negra (24%), não havendo informação em 36 crianças.

Classificando os recém-nascidos em grupos de risco relativamente ao tratamento e serologias maternas, 307 inseriu-se no Grupo I (65%), 92 no Grupo II (20%) e 68 no Grupo III (15%).

Em 222 casos do Grupo I, as mães não tinham realizado qualquer tipo de tratamento durante a gravidez, 15 receberam terapêutica com eritromicina, 44 tinham feito tratamento no último mês de gravidez e 26 apresentavam títulos serológicos a aumentar apesar da terapêutica instituída (Figura 1).

A punção lombar foi realizada a 220 recém-nascidos (47%), 179 pertencentes ao Grupo I, 25 ao Grupo II e 16 ao Grupo III. O VDRL do líquido foi positivo em 5 casos, 4 deles com sífilis congénita sintomática e 1 assintomático.

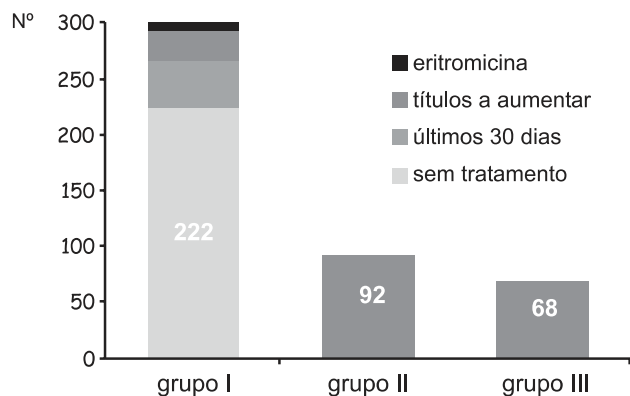


Figura 1 – Tratamento efectuado aos recém-nascidos com risco de sífilis congénita.

A radiografia do esqueleto foi realizada em 178 casos, 137 classificados no Grupo I, 28 no Grupo II e 13 no Grupo III. Observaram-se alterações radiológicas em 5 recém-nascidos, todos fazendo parte do Grupo I.

Verificaram-se 19 casos de sífilis congénita sintomática, correspondendo a 4% dos recém-nascidos estudados, sendo que 14 pertenciam ao Grupo I (73%) e 5 ao Grupo II (26%).

A maioria dos recém-nascidos, 361 (77%), completou tratamento com penicilina procaínica ou cristalizada. Trinta e um (6%), pertencentes maioritariamente ao grupo II e III de risco, foram tratados com penicilina benzatínica. Por último, 75 RN (16%) não fizeram terapêutica; estes últimos pertenciam todos, à excepção de dois casos, ao Grupo III, de menor risco infeccioso.

Discussão

Determinou-se uma taxa de prevalência de risco de sífilis congénita à nascença de 5,6‰ para o conjunto dos 12 anos, variando entre 3,7‰ em 2001 e 7,4‰ em 2003.

Como a sífilis é uma doença que pode ser tratada eficazmente com penicilina^{5,6} é preocupante que a sua prevalência se tenha mantido praticamente inalterável ao longo dos 12 anos e que a maioria dos casos (65%), esteja classificada no grupo de maior risco infeccioso.

O facto de, em 47,5% dos casos, a mãe não ter recebido qualquer terapêutica durante a gravidez e em 20% não ter controlo serológico posterior ao tratamento com penicilina, coloca dois problemas: há 16,5% de gravidezes consideradas vigiadas com 5 consultas ou mais em que o diagnóstico de sífilis não foi feito e há também um número significativo de mães submetidas a terapêutica, mas nas quais o seguimento da doença não foi o mais correcto, de acordo com a literatura^{4,7-9}. Este facto leva-nos a questionar a qualidade da vigilância da saúde pré-natal em Portugal⁹⁻¹³.

Realça-se ainda que 13% das mães com sífilis tinham outras doenças infecciosas de potencial transmissão vertical (hepatites virais e VIH).

A idade materna e raça estão de acordo com a distribuição habitual da população assistida nesta Maternidade e a sífilis

materna parece não ter influenciado o tempo de gestação nem o peso ao nascer, uma vez que 89% foram recém-nascidos de termo, adequados à idade gestacional em 87% dos casos. Também não se verificou qualquer relação com o sexo dos recém-nascidos.

A sífilis congénita sintomática só se verificou em 19 dos recém-nascidos estudados (4%). Esta prevalência provavelmente seria muito maior se este grupo de risco não tivesse sido tratado de acordo com os critérios de sífilis congénita propostos pelo CDC⁴, porque as infecções assintomáticas ao nascimento certamente que se manifestariam mais tarde^{14,15}.

O VDRL positivo no líquido verificou-se em cinco das punções lombares efectuadas (2,2%); quatro dos recém-nascidos eram sintomáticos. Assim, a punção lombar, como avaliação inicial na infecção assintomática, necessita ser reconsiderada já que a positividade do líquido parece ser muito baixa¹⁶⁻¹⁸, tendo sido no nosso estudo de 0,2%.

Porque actualmente não existem exames de diagnóstico que permitam excluir totalmente a infecção num recém-nascido assintomático¹⁷, parece-nos correcto continuar a tratar todos os recém-nascidos classificados no Grupo I. Os dos Grupos II e III poderão não ser tratados se existirem garantias duma vigilância médica e laboratorial regular até total esclarecimento da situação¹⁹.

Conclusão

A sífilis continua a ser um problema de Saúde Pública por resolver, com custos económicos e sociais que não devem ser menosprezados^{20,21}.

Há necessidade de implementar e incentivar a utilização de normas de orientação que visem o rastreio sistemático e a terapêutica adequada da sífilis como parte dos cuidados pré-natais, para que não cheguem à data do parto grávidas infectadas sem diagnóstico e/ou terapêutica.

A afirmação de Ingraham (1951) continua actual e verdadeira: “the value of penicillin in preventing the passage of syphilis from mother to child approaches perfection”⁵.

Referências

- Centers for Disease Control: Congenital Syphilis – United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001;50:573-7.
- Riedner G, Dehne KL, Gromyko A. Recent declines in reported syphilis rates in Eastern Europe and central Asia: are the epidemics over? *Sex Transm Inf* 2000; 76:363-5.
- Estatísticas: Doenças de Declaração Obrigatória 1996/2000; Direcção Geral de Saúde; Lisboa; 2001.
- Centers for Disease Control: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines – 2002. *MMWR Recomm Rep* 2002;51:1-78.
- Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, Mayfield J, Wendel GD. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93:5-8.
- Sheffield JS, Sanchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, McIntire DD et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:569-73.

7. Goh BT, Van Vorst Vader PC. European guidelines for the management of syphilis. *Int J STD AIDS* 2001;12 (Suppl. 3):14-26.
8. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Org* 2004; 82:424-30.
9. Mandelbrot L, Marcollet A. Syphilis au cours de la grossesse. *Rev Prat* 2004;54:392-5.
10. Ingall D, Sanchez PJ, Musher DM. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, eds. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. 4th Ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000; p643-81.
11. Mak DB, Johnson GH, Plant AJ. A syphilis outbreak in remote Australia: epidemiology and strategies for control. *Epidemiol Infect* 2004;132:805-12.
12. Wendel G, Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. *Clin Infect Dis* 2002; 35 (Suppl 2): S200-9.
13. Madalena C, Oliveira D, Guedes M, Machado A. Gravidez não vigiada – que risco infeccioso no recém-nascido? *Acta Pediatr Port* 1998; 28:361-5.
14. Greenberg SB, Bernal DV. Are long bone radiographs necessary in neonates suspected of having congenital syphilis? *Radiology* 1992; 182:637-41.
15. Costa A, Fonseca P, Teixeira P, Oliveira G. Sífilis: uma doença do passado...sempre presente! XXVII Jornadas Nacionais de Pediatria 2-4 Maio de 2002.
16. Beeram MR, Chopde N, Dawood Y, Siriboe S, Abedin M. Lumbar puncture in the evaluation of possible asymptomatic congenital syphilis in neonates. *J Pediatr* 1996;128:125-9.
17. Stoll BJ. Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serological tests for syphilis. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:845-53.
18. Marra CM, Critchlow CW, Hook EW 3rd, Collier AC, Lukehart SA. Cerebrospinal fluid treponemal antibodies in untreated early syphilis. *Arch Neurol* 1995;52:68-72.
19. Finelli L, Crayne EM, Spitalny KC. Treatment of infants with reactive syphilis serology, New Jersey: 1992-1996. *Pediatrics* 1998;102:e27.
20. Bateman DA, Phibbs CS, Joyce T, Heagarty MC. The hospital cost of congenital syphilis. *J Pediatr* 1997; 130(5):752-8.
21. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Org* 2004;82:402-9.