

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

JOSÉ DE ARAUJO *

O conceito de sífilis congênita precoce está definitivamente estabelecido, em detrimento da sífilis hereditária, que não mais se admite, pois nunca se encontrou um ovo parasitado pelo *Treponema pallidum*, como nunca se encontraram lesões específicas da sífilis no produto conceptual com menos de quatro meses de vida intra-uterina. Essas lesões são encontradas sempre em fetos acima dessa idade, sendo hoje ponto pacífico de discussão o encontro de treponemas no tecido placentário materno e fetal.

Êstes fatos mostram que a contaminação se dá por via placentária e põem por terra a ação teratogênica da sífilis, pois os treponemas atingem o feto quando já se completou a organogênese. A sífilis continua como grande causa de abortamento fetal, morte intra-uterina do feto e, como lembra Hess, de prematuridade.

A incidência da sífilis congênita precoce tem diminuído muito nos últimos anos, o que se deve aos modernos métodos de tratamento, principalmente à penicilinoterapia, pois o tratamento da gestante evita o aparecimento da doença em 90% dos casos. Essa terapêutica será tanto mais eficiente, quanto mais precoce. Por isso, são hoje raras as formas exuberantes de sífilis congênita precoce, com gomas da pele e mucosas, icterícia, grande hepastplenomegalia.

A mais comum das formas da doença é, atualmente, a assintomática. Quando presentes, os sinais clínicos mais freqüentes são: anemia, corisa específica, esplenomegalia, lesões máculo-papulares da pele, pênfigo sífilítico, hemorragias umbilicais, lesões osteoperiosteas específicas, distensão abdominal, pseudo-paralisia de Parret.

O tratamento do recém-nascido nenhuma dificuldade oferece, principalmente a penicilinoterapia, em virtude da ação comprovada da droga, boa margem de segurança, reações colaterais raras, regressão rápida da sintomatologia e negatificação das reações sorológicas.

O prognóstico para o feto é, contrariamente ao que se pensou, tanto mais grave quanto mais próximo do termo da gestação se verificou o contágio, pois os treponemas encontram livre a via placentária, atingindo o feto em massa.

* Do Berçário da Clínica Obstétrica e Puericultura Néonatal da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Serviço do Prof. Raul Briquet).

CASUÍSTICA

No ambulatório de Puericultura da Clínica Obstétrica, observamos 245 recém-nascidos com suspeitas de sífilis congênita. Estes recém-nascidos provieram de mães com suspeitas de lues, nas quais as reações sorológicas foram repetidamente positivas em 185. Nestas gestantes, as reações sorológicas no sangue venoso e no cordão umbilical foram feitas sistematicamente, como é de rotina nesta Clínica. As reações foram positivas no sangue do cordão em 80 (43,25%), proporção que apresenta grande significado se nos lembrarmos que aproximadamente 50% dessas gestantes receberam tratamento específico durante a gestação.

Incidência — Dos 185 recém-nascidos oriundos de gestantes com reações sorológicas positivas, a doença foi encontrada em 41 (22,16%). Das gestantes, 90 foram tratadas durante o pré-natal, em época variável; as restantes 95 não receberam tratamento algum. Entre as primeiras encontramos 23 recém-nascidos doentes (25,5%) e nas segundas, 18 (19%).

Gestantes tratadas 90	Não tratadas 95
Wassermann positivo no cordão 26	Wassermann positivo no cordão 54
Recém-nascidos com sífilis 23 (25,5%)	Recém-nascidos com sífilis 18 (19%)

Quadro 1

O exame do quadro 1 revela que o número de recém-nascidos com sífilis congênita é maior nas gestantes tratadas que nas não tratadas, o que pode ser explicado pelos seguintes fatos: 1) cerca de 40% das gestantes receberam tratamento no primeiro trimestre da gestação, podendo apresentar recidivas ou novas infecções; 2) aproximadamente 55% foram tratadas pelos arsenicais ou bismuto, em doses insuficientes; 3) somente 45% receberam tratamento pela penicilina, em doses adequadas no ambulatório de pré-natal; 4) algumas gestantes apresentavam sífilis antiga, de longa duração, cujo tratamento parece não ter sido eficiente; 5) nem tôdas as gestantes fizeram tratamento pré-natal no ambulatório da Clínica Obstétrica; nestas, as reações se mostraram positivas à custa dos exames de rotina, durante o período de internação.

A época em que é estabelecido o tratamento, bem como o esquema seguido, tem importância fundamental na incidência da sífilis do

recém-nascido, embora o tratamento da gestante não impeça o aparecimento da doença. Assim, a terapêutica deve ser precoce, antes ou durante a disseminação dos treponemas.

Levando-se em conta a época em que se estabeleceu o tratamento, obtivemos, em 31 gestantes tratadas antes do quarto mês, 10 recém-nascidos doentes (32,25%); nas restantes 59, tratadas depois do quarto mês, 13 doentes (22%).

Os esquemas de tratamento a que foram submetidas as gestantes, no ambulatório da Clínica Obstétrica ou fora d'êlé, são os seguintes: a) penicilinoterapia, 41 gestantes: penicilina + arsenicais ou bismuto, 7; arsenicais + bismuto, 26; arsenicais, 14; bismuto, 2. As doses totais médias utilizadas foram as seguintes: penicilina (monocilina) 6.000.000 U. Ox., Arsenox 0,40 g; Néosalvarsan 4,5 g, bismuto 0,56 g.

Nos recém-nascidos provenientes de mães tratadas com penicilina, encontramos 10 com sífilis congênita (24,4%); nas tratadas com arsenicais, bismuto ou ambos, 12 (28,57%).

Manifestações clínicas — O diagnóstico de sífilis congênita precoce foi estabelecido levando-se em conta os antecedentes maternos, aspecto clínico do recém-nascido, reações sorológicas e dados radiológicos. As manifestações clínicas da doença, pelo menos as formas exuberantes, foram encontradas raramente, predominando as formas assintomáticas. Os sinais clínicos mais freqüentes foram: esplenomegalia (39%), corisa (36%), anemia (31,70%), lesões cutâneas específicas (20%), fronte olímpica (14,63%), tibialgia (10%), pseudo-paralisia de Parrot (7,30%), nariz em sela (4,87%), hidrocefalia (4,87%), gânglios epitrocleanos (4,87%).

A presença de gânglios epitrocleanos palpáveis, considerada patognomônica da doença, só foi encontrada em pequeno número de casos. As lesões cutâneas que encontramos foram o pênfigo sífilítico, sífilides máculo-papulosas localizadas ao nível da côxa, prepúcio e região perigenital. Notamos, com grande freqüência, hipogalactia materna, cuja relação com a sífilis não podemos explicar.

Exames sorológicos e radiológicos — As reações sorológicas foram feitas sempre depois do segundo mês, em virtude do valor relativo das mesmas antes dessa data, sendo repetidas após o tratamento do recém-nascido. Em todos os casos empregamos reações qualitativas, e, em alguns, quantitativas.

O exame radiológico ocupou lugar de destaque para o diagnóstico, sobretudo pela precocidade e freqüência das lesões; através d'êlé pudemos notar que as periostites, ao contrário do que se tem observado, foram mais freqüentes (26,82%) que a osteocondrite (10%) em nossos casos. Observamos também lesões ósseas inespecíficas muito freqüentes, com a osteoporose (10%) e a osteíte (4,87%).

Afirma-se que o valor dos títulos das reações quantitativas não influi na incidência da sífilis congênita; 86 das nossas gestantes tinham reações quantitativas, das quais 22 com títulos altos e 64 com títulos baixos. Nas primeiras tivemos 8 recém-nascidos doentes (36,36%) e nas segundas, 15 (23,44%).

Consoante Hess, a sífilis é causa de prematuridade; em nossos casos tivemos 20 prematuros (10,81%).

Terapêutica — O tratamento atual da sífilis congênita é feito pela penicilina, preconizando-se, para o recém-nascido, a dose total de 300.000 a 500.000 U. Ox. por quilo de peso corporal. Nossos casos foram tratados nos primeiros 90 dias de vida; usamos 150.000 U. Ox. diárias intramusculares de penicilina procainada, durante 10 dias, com a dose total de 1.500.000 U. Ox. independentemente da idade e peso corporal.

Os resultados obtidos foram bons, pois houve regressão rápida da sintomatologia, negatização das reações sorológicas ou queda dos títulos das mesmas, durante o 1º ou 2º mês.

RESUMO

O autor, observando 245 recém-nascidos de gestantes com suspeita de sífilis, das quais 185 apresentavam reações sorológicas repetidamente positivas, verificou: 1) Incidência de sífilis congênita precoce ainda alta entre nós, notando-se, no entanto, diminuição dessa incidência, em virtude dos métodos atuais de tratamento. 2) Sífilis congênita precoce em 41 recém-nascidos, com a incidência de 22,16%. 3) As manifestações clínicas mais precoces foram esplenomegalia, coriza, anemia e lesões cutâneas específicas. 4) Radiologicamente, predominância da periostite acompanhada de lesões ósseas inespecíficas, como osteíte e osteoporose. 5) A incidência de prematuridade foi de 10,81%. 6) O tratamento da gestante não impede o aparecimento da sífilis, pois a doença foi encontrada em 25,50% dos recém-nascidos de gestantes tratadas. 7) No tratamento dos recém-nascidos, a penicilina procainada ofereceu os melhores resultados.

BIBLIOGRAFIA INDICADA

1. Anais da I Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis. Rio de Janeiro, outubro 1940, vol. 2, Imprensa Nacional, 1941.
2. Brennemann, J. — Practice of Pediatrics, Prior, Hagerstown, 1:73, 1951.
3. Briquet, R. — Patologia da Gestaçã. Edit. Renascença, São Paulo, 1948, pág. 106.
4. Earle, J. M. — Penicillin in Syphilis. Ch. C. Thomas, Springfields, 1946.

5. Holt, L. E. e McIntosh, R. — Diseases of Infancy and Childhood, ed. 11. Appleton, Nova York, 1940, págs. 1239-1266.
6. Fanconi, G. e Walgren, A. — Tratado de Pediatría, Edición Morata, Madrid, 1953, pág. 526.
7. Garrahan, J. P. — Medicina Infantil, ed. 7, Edit. Ateneo, Buenos Aires, 1951, pág. 519.
8. Gyorgy, P. — Tratado de Pediatría, ed. 2, Edit. Labor, Barcelona, 1936, pág. 404.
9. Hernandez, T. H. — Lues Congénita y su Tratamiento con Penicilina. Tese, Escuela Médico-Militar, México, 1948.
10. Hess e Lundeen — The Premature Infant, ed. 2, Lippincott, Londres, 1949, pág. 301.
11. Kampmeier, R. H. — Essentials of Syphilology. Lippincott, Londres, 1943.
12. Maccarini, H. — La Lues Prenatal. Edit. Ateneo, Buenos Aires, 1939.
13. Mackee, G. M. e Cipollaro, A. C. — Enfermedades de la Piel en la Infancia. Edit. Servet, Barcelona, 1940, págs. 251-259.
14. Potter, E. L. — Pathology of the Fetus and the Newborn. Year-Book Publishers, Chicago, 1952, págs. 111-113-335-346-351-459-528.
15. Rimbaud, P. — Dermatologie Infantile. Doin, Paris, 1952, pág. 136.
16. Slobody, L. B. — Survey of Clinical Pediatrics. McGraw-Hill, Nova York, 1952, pág. 168.
17. Velasco, H. C. — Padecimientos Congénitos Infantiles. México, 1951, pág. 235.

Clinica Obstétrica — Hospital das Clínicas — São Paulo.