Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil

Discussão de caso clínico

GAG (DN 07/5/2011)

Mãe 17 anos, I gesta, solteira,

Escolaridade: 9 a 11 anos.

Pré-Natal: 6 consultas (Convênio)

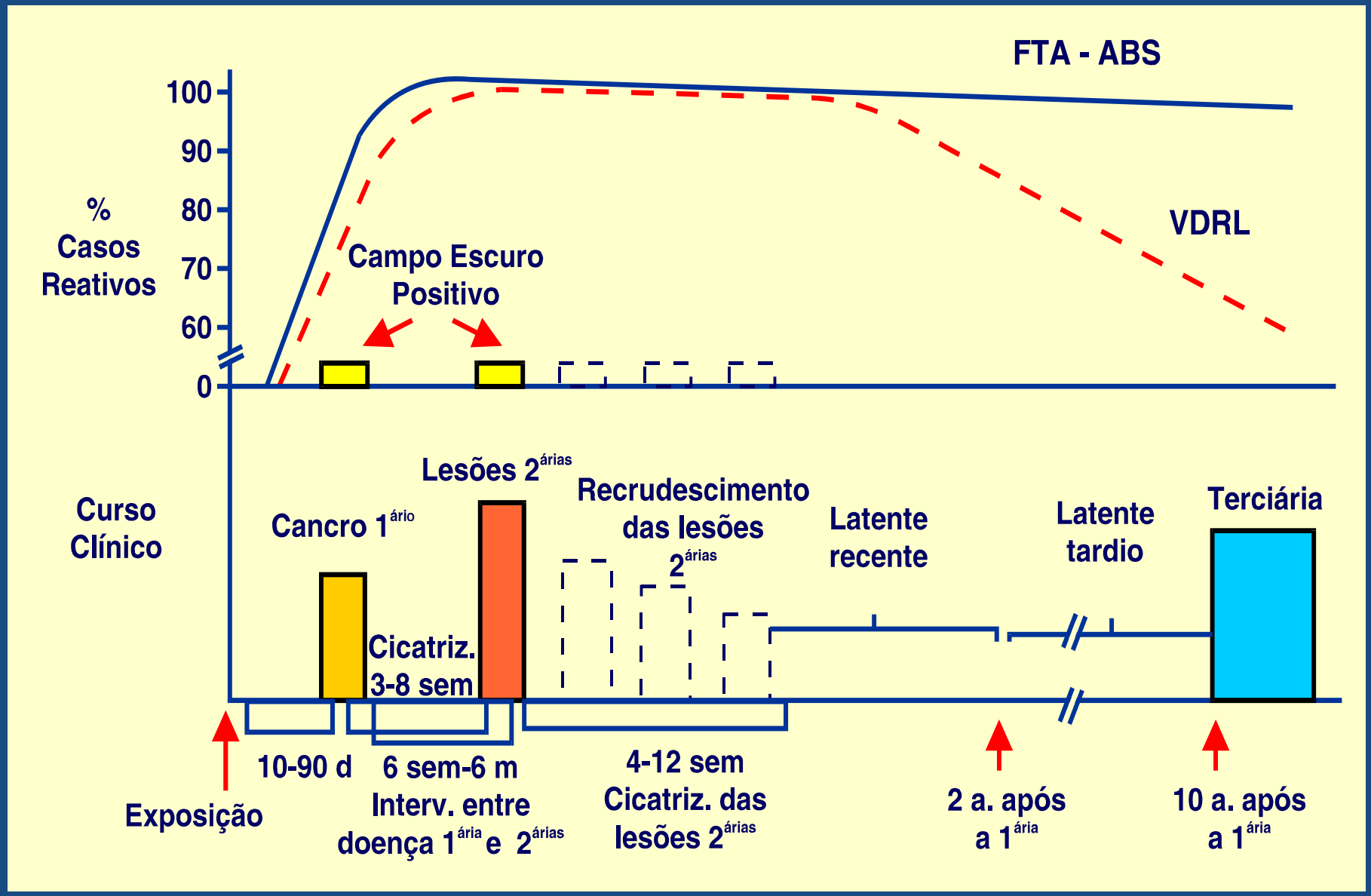
1° Trimestre: VDRL ¼ + FTA abs reagente (17/03)

Benzetacil 2400000 IM em 25/04 e 02/05

VDRL ½ (07/05)

DHEG (pindolol)

Curso da Sífilis Não Tratada



DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

1. Pesquisa direta do agente etiológico.

* Microscopia ótica em campo escuro.
* Imunofluorescência direta

2.Testes sorológicos: Detectam anti-corpos da classe IgG e IgM

a. Testes não-treponêmicos

b. Testes treponêmicos

FTA-Abs (teste de imunoflorescência indireta)

TPHA (testes de hemaglutinação para *T. pallidum*)

ELISA (ensaio imunoenzimático)

Sensibilidade e especificidade dos testes sorológicos nos diferentes estágios da sífilis

	% sensibilidade por estágio da doença				% especificidade não sífilis
Testes	Primária	Secundária	Latente	Tardia	
VDRL	78(74-87)	100	95(88-100)	74(37-94)	98(96-99)
RPR	86(77-100)	100	98(95-100)	73	98(93-99)
FITA - Abs	84(78-100)	100	100	96	97(94-100)
MHA - Tp	76(69-90)	100	97(97-100)	94	99(98-100)

Fonte: Larsen, S. ª et al.: Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Cin. Microb. 18(1) : 1-21, 1995 CDC.

Interpretação da sorologia

VDRL	FTA-ABS	INTERPRETAÇÃO
+	+	Sífilis recente ou prévia
+	-	Falso positivo
-	+	Sífilis primária ou latente previamente tratada ou não tratada
-	-	Ausência de infecção ou período de incubação

Interpretação da sorologia

ELISA	VDRL	TPHA	INTERPRETAÇÃO
NÃO REAGENTE	NÃO FAZER	NÃO FAZER	Ausência de infecção ou período de incubação
REAGENTE	REAGENTE	NÃO FAZER	Sífilis
REAGENTE	NÃO REAGENTE	REAGENTE	Sífilis primária ou latente tardia ou previamente tratada
REAGENTE	NÃO REAGENTE	NÃO REAGENTE	Falso positivo

SÍFILIS - Tratamento

Gestante
VDRL+
Elisa +

FTA-Abs/TPHA(+) ou não disponível
VDRL +

Sífilis primária

Sífilis secundária ou com até 1 ano de duração

Sífilis terciária ou de duração ignorada

PENICILINA BENZATINA

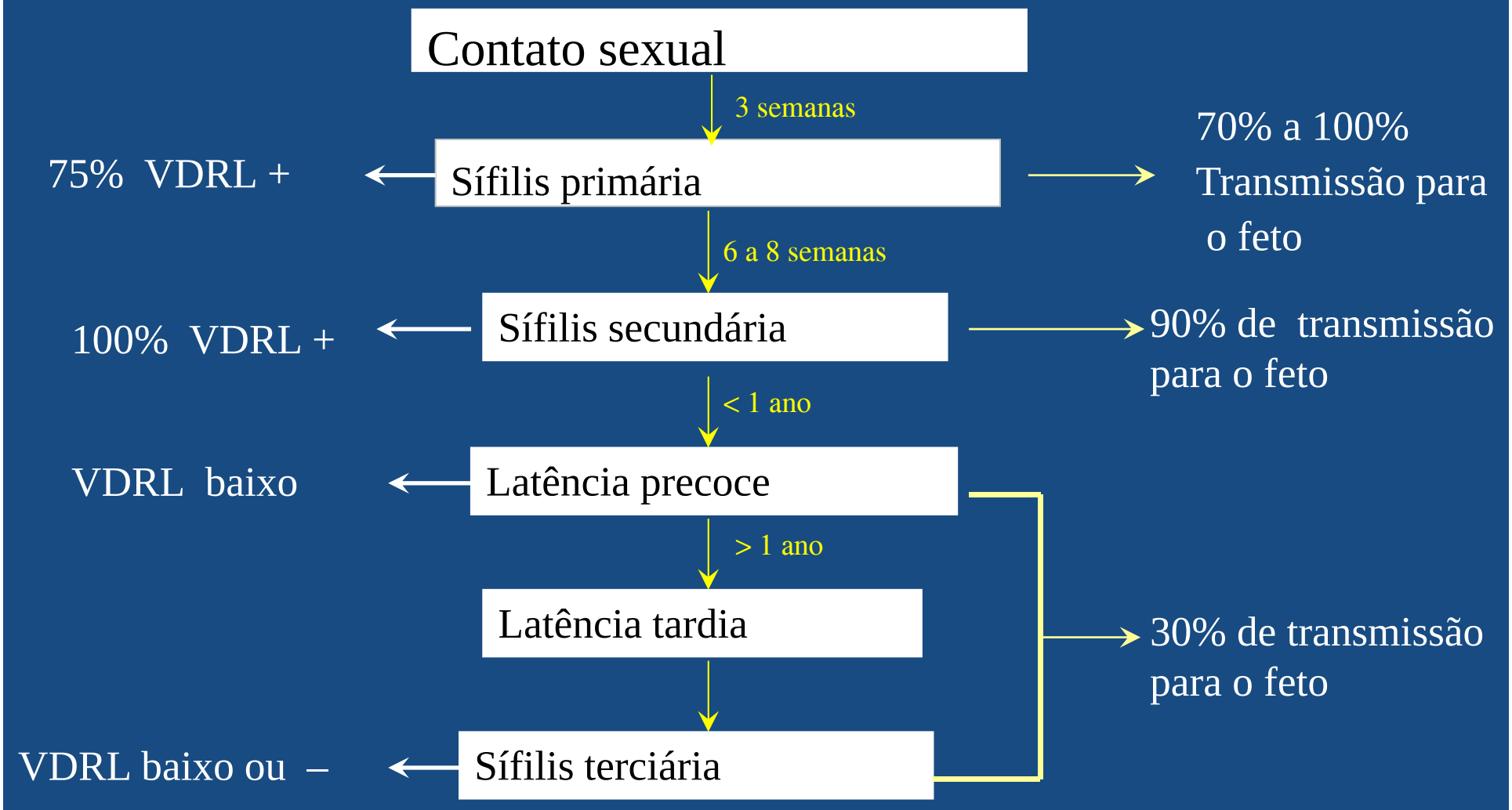
2.400.000UI

4.800.000 UI

7.200.000 UI

TRATAR O PARCEIRO E ORIENTAR USO DE PRESERVATIVO

SÍFILIS CONGÊNITA
Transmissão Vertical



GAG (DN 07/5/2011)

Em 07/05/2011
DHEG (pindolol) com PA 18 x 11
Cefaléia + escotomas
Sulfato de Magnésio pós parto

Parto cesárea, pelas condições maternas
Sexo: feminino
Peso de nascimento - 2155g,
Idade Gestacional – 35 6/7 s
Apgar: 9/9.

GAG (DN 07/5/2011)

Em 07/05/2011
UTI – apenas com oxigênio inalatório
Iniciado tratamento de sífilis congênita

Hipóteses Diagnósticas ?

RNPTT PIG
Baixo Peso
Desconforto Respiratório Adaptativo
FM com DHEG e Pré-Eclâmpsia
Risco para sífilis congênita

GAG (DN 07/5/2011)

Exames ?

Exames:

VDRL: 1/4
Hemograma: Hb 17,9 Ht 50,9% Leuco 3040 (neutro 1064)
plaquetas: 53000
R-x ossos longos: não foi realizado
LCR: não foi realizado

Sífilis Congênita

SÍFILIS CONGÊNITA
PATOGENIA

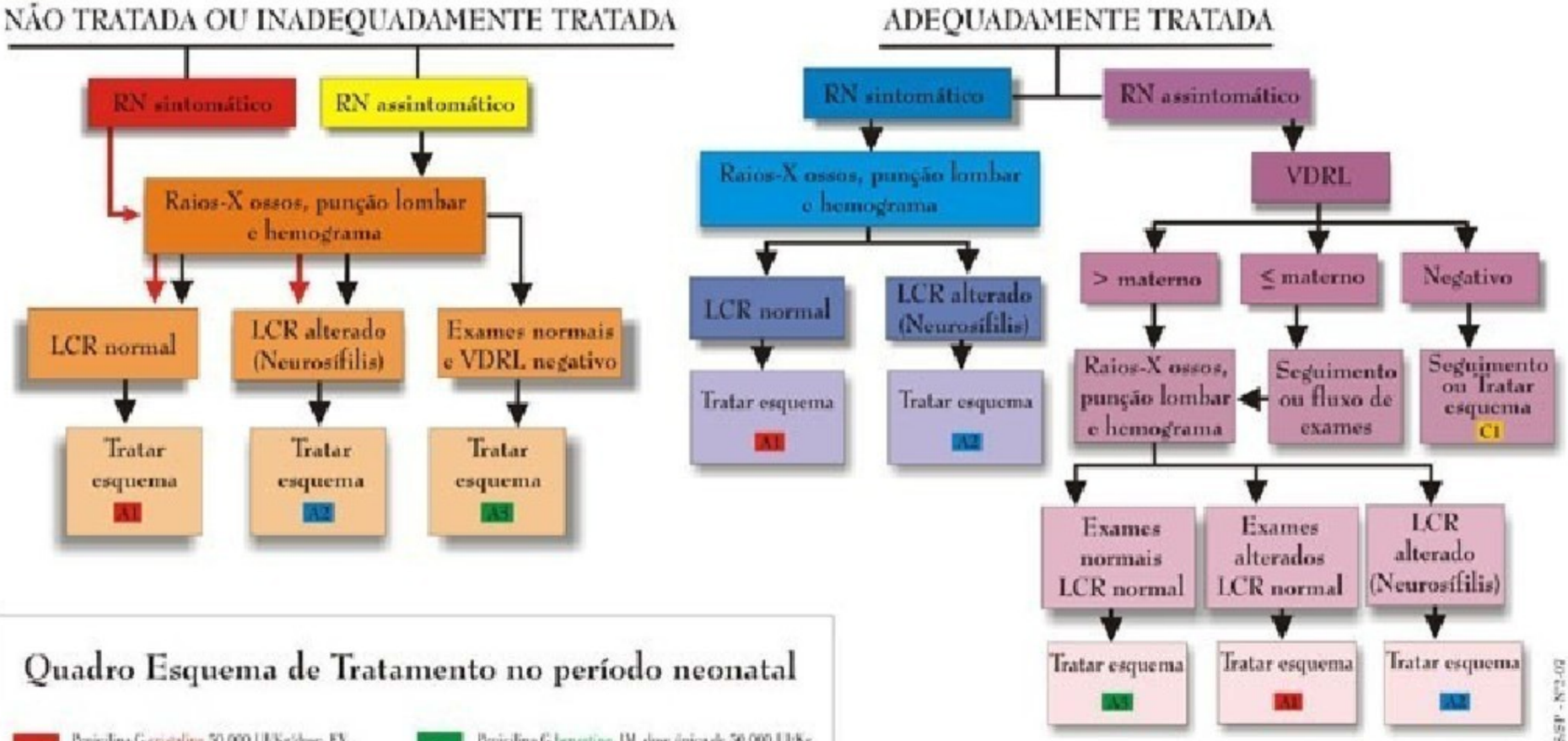
- Transmissão em qualquer época da gestação.
- Infecção fetal com cerca de 14 semanas de gestação e o risco aumenta com a idade gestacional.
- 70% de chance de transmissão fetal.
- Cerca de 40% das gestantes com sífilis não tratada leva a morte perinatal.

SÍFILIS CONGÊNITA
Quadro Clínico

- Aborto e Natimorto
- Assintomáticos
- Sífilis precoce (até 2 anos) - Secreção nasal, Rash maculopapular, hepatoesplenomegalia, anemia, plaquetopenia, hidropisia, pneumonia alba e icterícia.
- Sífilis tardia (após 2 anos) - tríade de Hutchinson (ceratite intersticial, incisivos superiores e surdez), defeito no palato duro e rágades.

Algoritmo para Abordagem do RN, frente à gestante com sífilis

Mãe com Sífilis :



Quadro Esquema de Tratamento no período neonatal

A1 Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dose, IM, 1 vez por dia, durante 10 dias

A2 Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.

A3 Penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado segundo esquema A1.

C1 Seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de seguimento, tratar com penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg.

DST / AIDS CIDADE DE SÃO PAULO SMS - PMSP

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

UNESCO

Fonte: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita - MS/2006

GAG (DN 07/5/2011)

Evolução com 4 horas de vida
Piora rápida
Vômitos + cianose central após mamada
Insuficiência respiratória – IOT + VM

Hipóteses Diagnósticas:

Aspiração de leite – insuficiência respiratória
Sepse precoce
Sífilis congênita

Exames:
PCR: 1 (sem referência)
gasometria: pH 7,29, pO2 77,6 mmHg, pCO2 36,4 mmHg, HCO3 17,3, sat 93%
R-x tórax: AC normal, condensação lobo superior direito
LCR: não foi realizado

Evolução 9 horas:

MEG, Má perfusão periférica, hipertonia dos 4 mm,
Rendilhado cutâneo difuso,
Áreas isquêmicas em todo corpo
Associado Gentamicina
Drogas vasoativas
Sedação

Exames:

R-x tórax: PTX hipertensivo

GAG (DN 07/5/2011)

Choque
PTX hipertensivo
Óbito com 36 horas de vida

GAG (DN 07/5/2011)

CAUSA DO ÓBITO

a.

b. PTX

c. Choque séptico

d. sepse precoce

Parte II:

Sífilis congênita , pré-eclampsia, prematuridade

GAG (DN 07/5/2011)

CAUSA DO ÓBITO

a. Choque hemodinâmico

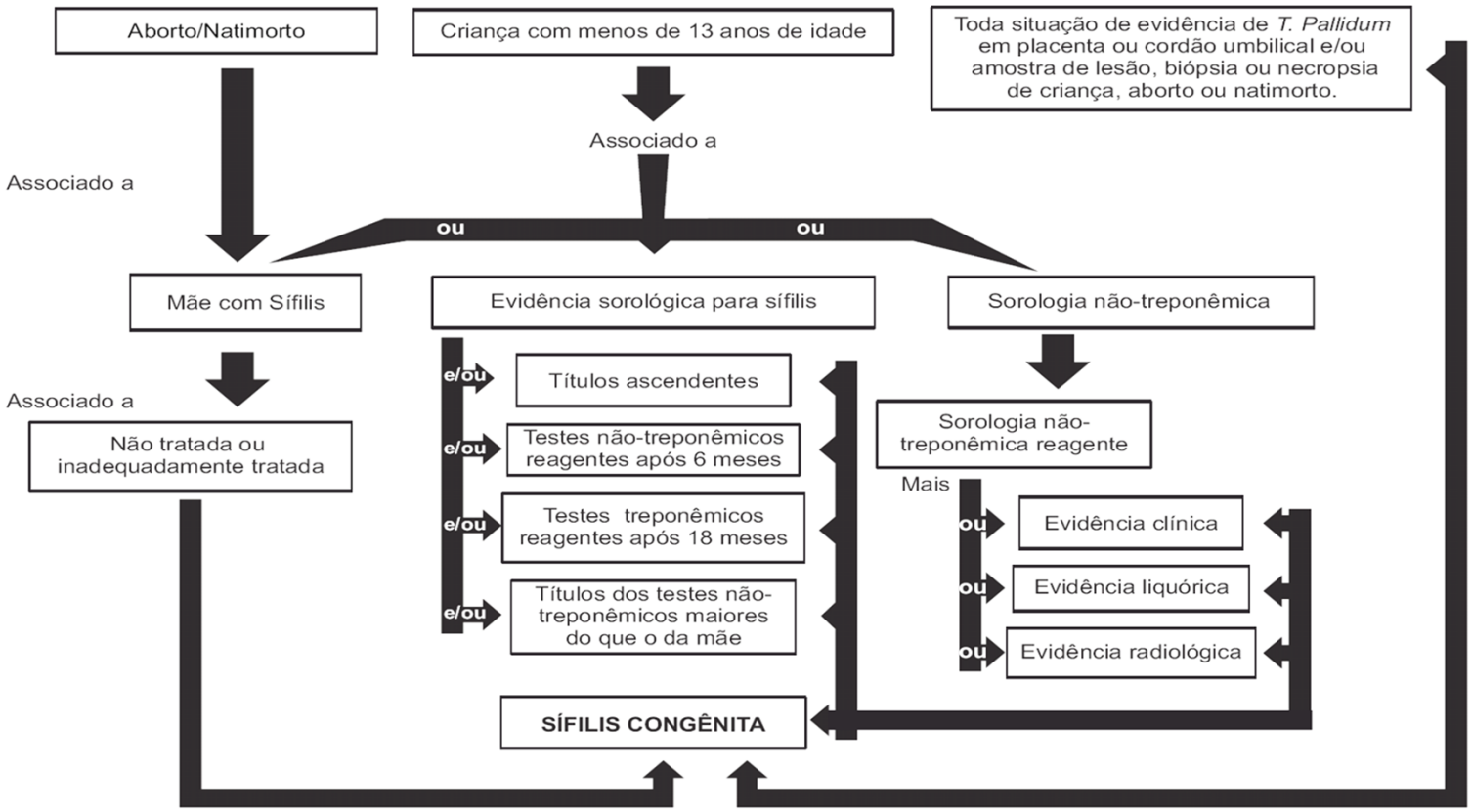
b. PTX

c. Broncoaspiração

d. Sífilis congênita

Parte II: **pré-eclampsia, prematuridade**

Fluxograma
Critérios de definição de sífilis congênita



Fonte: Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis - Ministério da Saúde