

SIFILIS CONGENITA

- Disseminação hematogênica do ***Treponema pallidum***. Ele ama placenta pq tem muito vaso. Placenta é um endotélio gigante, logo tem alta chance de transmissão ao bebê.
- Mulher que tem HIV e não fez pré-natal, tem 30% de transmitir HIV pela placenta. Se tratar, 95% de chance que não transmite HIV para o feto.
- Pode ser em qualquer fase da gestação. Transmissão maior na fase primária e secundária. ***Se a mulher é tratada na gestação, 40% de chance de o bebê ter a sífilis e se não tratar é chance de 90 a 100% de ter.***
- Exemplo – mulher que está no secundarismo e fica grávida, tem muitos espiroquetas e pode fazer quadros mais precoces – ou o bebê nasce morto ou nasce com **sífilis congênita recente**. Se a mulher pega sífilis no final da gestação, há carga de espiroquetas baixa, então o bebê pode ter sífilis depois dos 2 anos de idade, sendo chamada de **sífilis congênita tardia**.
- Isso é muito ruim, porque é totalmente passível de ser impedido.
- **A contaminação no início da gestação geralmente faz sífilis congênita recente e contaminação no final da gestação faz sífilis congênita tardia.**

- QUADRO CLÍNICO
- **SIFILIS CONGENITA PRECOCE**
- Sintomas até 2 anos de vida, ***baixo peso, rinite sanquinolenta*** (muito rico em treponema e muito infecciosa), ***coriza, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite*** (podendo ter ***Pseudoparalisia de Parrot*** – a criança grita e não consegue se movimentar porque tem muita dor), condiloma plano, pênfigo palmo-plantar, fissura peribucal, hepatoesplenomegalia, periostite, icterícia, anemia.
- Mas tudo depende da imunidade do paciente. O bebê pode nascer sem nada. Mas sempre vamos tratar e fazer liquor, pq ele pode ter nascido normal e ter sífilis tardia, que pode deixar sequelas.

- **SIFILIS CONGENITA TARDIA**
- Após 2 anos de vida. Causa ***tíbia em sabre*** (deformidade da tíbia), ***fronte olímpica, nariz em sela, dentes de Hutchinson*** – tem uma chanfradura no meio do dente, mandíbula curta, ceratite intersticial, ***surdez neurológica, dificuldade de aprendizado.***

- EXAMES
- **VDRL** – RN podem apresentar ACS maternos ficando reagente até os 6 primeiros meses. Bom para seguimento terapêutico. A criança pode ter IgG (que passa a placenta) por até 6 meses, vindo da mãe. Caso a criança tenha IgM foi ela que produziu e ela tem sífilis, visto que a IgM é um pentâmero e não passa na placenta.
- **FTA-Abs** ou TPHA são mais sensíveis.
- **Radiografia de ossos longos** 70 a 90%.
- Exame do **LCR** em **todas as definições de caso.**

→ MANEJO CLINICO

→ RN de mães não tratadas – **fazer RX de ossos longos, punção lombar independentes do VDRL.**

→ Se houver alterações nos exames – Penicilina cristalina 100.000 U Kg, EV, 2x ao dia por 10 dias ou penicilina procaína 50.000 U Kg dia IM por 10 dias.

→ Se houver alteração no liquor, penicilina G cristalina 150.000 U Kg-dia, EV 2x ao dia por 14 dias.

→ Se não houver nenhuma alteração – Penicilina benzatina IM 50.000 Kg Du com acompanhamento sorológico obrigatório.

→ MAE TRATADA – VDRL maior que o da mãe – realizar RX de ossos longos e análise do liquor.

→ Se alteração do liquor – penicilina G cristalina 150.000 U Kg-dia, EV 2x (se mais de 2 semanas de vida, fazer 3x ao dia), 14 dias.

→ Se assintomático, e não reagente, acompanhar por 2 anos.

→ SEGUIMENTO

→ Ambulatorial mensal, no primeiro ano.

→ VDRL 1, 3, 6, 12, 18 meses.

→ Acompanhamento radiológico e oftalmológico.

→ Liquor de 6-6 meses ate normalização.

→ LER MANUAL DO MINISTERIO DA SAUDE MAIS ATUAL – 2006.