

Sífilis Congênita

(Reunião Internacional de Especialistas)*

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6 (1): (22-24), 1994

No Hotel Internacional realizou-se nos dias 22 e 23 de março uma reunião internacional de peritos em Sífilis Congênita. A mesma foi organizada pela UACETS (União Argentina Contra a Enfermidade de Transmissão Sexual) sob a Presidência do Dr. Juan Carlos Flichman e a Coordenação do Dr. Antonio E. Parisi, contando com o auspício da Província de Buenos Aires e a Municipalidade de San Isidro e a Fundação Federal para a Saúde.

Assistiram à mesma 250 profissionais obstetras, bioquímicos, pediatras e chefes de Programas Provinciais e Regionais de âmbito nacional e destacadas personalidades científicas do Brasil, Uruguai, Chile, o Presidente da ULACETS (União Latinoamericana Contra as DST), o representante para as Américas da OPS (Organização Panamericana da Saúde), Dr. Fernando Zácarias, e o representante para o Cone Sul do Programa de Controle de DST e SIDA.

Organizaram, pela primeira vez, trabalhos que permitiram chegar a um diagnóstico da situação da sífilis congênita no Cone Sul.

Para evitar a sífilis congênita, relataram-se conclusões tendendo a melhorar a qualidade do atendimento médico da gestante e conseguir-se uma maior cobertura (as cifras de mulheres não controladas durante a gravidez variam de 20 a 80% segundo os municípios).

Como produto desta reunião se estabeleceram as seguintes atividades imediatas:

a) A UACETS realizará uma Vigilância Epidemiológica em todo o país sobre sífilis congênita e os dados que daí surgirem serão difundidos à comunidade e às autoridades correspondentes como um aporte deste ONG (Organismo Não Governamental) à saúde da população. Para isto, se normatizará a informação.

b) Organizar-se-á uma reunião de caráter nacional dentro de seis meses sobre metodologia da comunica-

ção e a educação na prevenção da gravidez de risco, especialmente DST e SIDA.

c) Elaborar-se-á um projeto de investigação multicêntrico internacional (Brasil, Uruguai, Chile, Argentina) através dos auspícios da ULACETS e da OPS.

d) Tratar de realizar anualmente um encontro similar para se avaliar a campanha, à qual se irão incorporando todas as entidades oficiais e particulares que quiserem participar desta luta.

e) Declarar que a sífilis congênita existe e que é totalmente erradicável, sendo improrrogável um compromisso de toda a sociedade médica de iniciar campanhas que permitam atingir este objetivo, sendo necessário apenas que a gestante realize controle médico.

Os Números da Sífilis Congênita

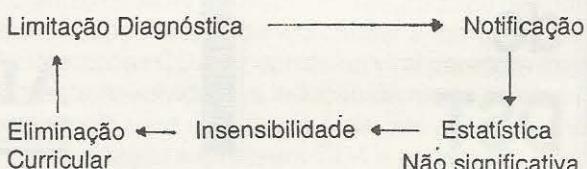
Em todo o mundo está se detectando um marcado aumento da sífilis congênita. O problema é tão atual que o CDC (Centro de Enfermidades Infecciosas dos EUA) elaborou uma nova definição da mesma para dar uma visão maior da magnitude do problema.

Assim, nos EUA em 1970 havia 300 casos de sífilis congênita e em 1990 cerca de 7.000.

A sensação de que está erradicada é o produto de um círculo vicioso que parte da deficiente busca, a não notificação, as estatísticas insignificantes que provocam uma insensibilização da população com uma diminuição curricular que volta a diminuir a busca.

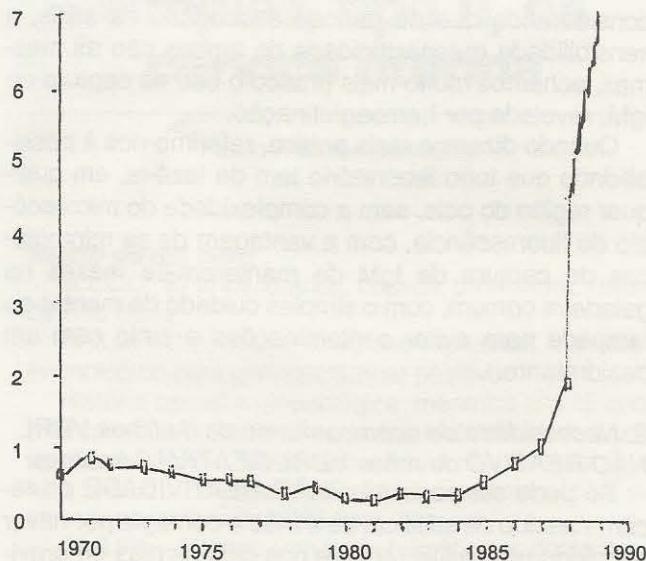
Nos países desenvolvidos, 0,2 a 0,4% das mulheres grávidas têm provas de laboratório compatíveis com sífilis; nos países em desenvolvimento essa porcenta-

Desconhecimento da Magnitude da Sífilis Congênita



* Boletim Informativo da União Argentina Contra as Enfermidades de Transmissão Sexual 2 (1) 1991.

Sífilis Congênita Estados Unidos – 1970 a 1990



gem aumenta de 2,5 a 15,3%. Nenhum dos países do Cone Sul escapa a esta porcentagem (Chile, 2,35%; Montevidéu D Uruguai, 5%; Brasil em geral, 3%; e Argentina também na ordem de 3%).

No Brasil, aumento de 7,89% de nascidos vivos em 1980, a 260 em 1986, sendo em Brasília a causa de 33% das mortes fetais, cifras dez vezes maiores que por Chagas.

Em nosso país o Programa Nacional registrou 86 casos em 1989 e 107 em 1990 (dados parciais). Na Província de Buenos Aires oficialmente se notificaram 46 casos em 1990, mas as cifras apresentadas por cada região em particular quase duplicam esses valores.

A Capital Federal não escapa a estas cifras, conhecendo-se em Argerich seis casos desde novembro a março deste ano (1991), e o mesmo número no Hospital Pirovano. Um estudo do Hospital Infantil Ricardo Gutiérrez mostra 54 casos de sífilis congênita, com a morte de cinco deles.

Uma das causas fundamentais é a falta de controle da gestante, que só procura a Maternidade, exclusivamente, por ocasião do parto. Este problema comum em todos os países toma valores de 20% (San Isidro) a cerca de 80% (La Matanza).

O problema da sífilis e sua consequência, a sífilis congênita, não é um problema de classes sociais, ainda que a pobreza e a escassez de recursos e de falta de acesso aos serviços de saúde a potencializem. Prova disto é que os estudos dos que ingressam na Universidade de Buenos Aires, mostra que um de cada mil tem ou teve sífilis incorretamente tratada. Estas cifras são inferiores aos valores achados no país para os jovens

estudados antes do ingresso ao serviço militar (seis por mil). A idade comum a todos é cerca de 18 anos.

Para aqueles que consideram que este problema não incide na economia e na adequada administração dos recursos de saúde é importante destacar um estudo apresentado pelo Brasil que mostra que o custo total de um caso de sífilis congênita, considerando internação, serviços, etc., é de US\$ 5.000 enquanto que o controle da gestante fazendo três controles durante sua gravidez, o que considera-se ótimo, não supera os US\$ 6.

O esforço em erradicar esta enfermidade deve estar centrado na prevenção; também sobre isto podemos mostrar cifras surgidas desta reunião que nos levam à reflexão: no Brasil em 1949 se gastava 15% em assistência e 85% em prevenção. Hoje é totalmente o inverso, 90% em assistência e 10% em prevenção. Todos os países do Cone Sul encontram-se com esta realidade.

Nova definição de caso para notificar sífilis congênita

Uma nova definição para a vigilância da sífilis congênita foi implantada em 1991 e proverá uma melhor e mais representativa informação sobre esta patologia.

Na notificação de sífilis congênita, inclui-se casos de recém-nascidos, lactentes, crianças maiores e natimortos sifilíticos.

O caso será considerado **confirmado**:

Criança no qual se identificou o *Treponema pallidum* por microscopia em campo escuro, por anticorpos específicos e outras colorações específicas em amostras de lesões, placenta, cordão umbilical ou material de autópsia.

O caso será considerado **suspeito**:

Correspondendo a um dos seguintes casos:

a) todo recém-nascido ou criança cuja mãe não tenha sido tratada ou tenha sido inadequadamente tratada (tratamento inadequado consiste em qualquer terapia não penicilínica tomada menos de 30 dias antes do parto) de sífilis no momento do parto, sem sinais ou sintomas no recém-nascido.

b) qualquer criança que apresente reatividade a uma prova treponêmica para sífilis e algumas das seguintes provas:

1. evidência de sífilis congênita no exame físico (os sinais clínicos em menores de dois anos podem incluir hepatoesplenomegalia, característico rush cutâneo, condiloma plano, coriza, icterícia-hepatite sifilítica, pseudoparalisia, anemia, trombocitopenia ou edema-síndrome nefrótica. Os estigmas em criança maior podem incluir ceratite intersticial, surdez, tibia em forma de sabre, fronte olímpica, molares afambroesados, nariz em sela, dentes de Hutchinson, rágades ou articulação de Clutton).

2. evidência de sífilis congênita em Raio X de ossos longos.

3. VDRL reator em líquido cefalorraquidiano.

4. Elevado número de células em líquido cefalorraquidiano ou proteína sem outra causa. Valores anormais para LCR são: mais de 5/mm³ de glóbulos brancos, e proteína maior de 50 mg/dl. Lembrar que o líquido

do recém-nascido prematuro pode ser maior e ser normal – esta é uma dificuldade para a interpretação que requer o parecer de um especialista.

5. Teste reativo para anticorpos FTA-abs-19s-IgM ou IgM TPHA.

Morte fetal por Sífilis

Define-se como morte fetal a ocorrida depois de 20 semanas de gestação ou peso maior que 500g, em que a mãe não foi tratada, ou foi inadequadamente tratada, para sífilis.

Tratamento inadequado consiste em qualquer terapia não penicilínica tomada 30 dias antes do parto.

Observações

Pode ser difícil diferenciar entre sífilis congênita e sífilis adquirida em uma criança soropositiva na infância. Os sinais podem não ser óbvios e os estímulos ainda não desenvolvidos. Valores anormais para VDRL em LCR, conteúdo celular e proteínas, assim como anticorpos IgM, podem ser encontrados tanto na sífilis congênita como na adquirida.

Os achados radiológicos em ossos longos podem ajudar, já que trocas na metáfise e/ou epífise são consideradas como clássicos da enfermidade congênita.

A decisão deve, finalmente, basear-se na história materna e no julgamento clínico.

A possibilidade de abuso sexual necessita ser considerada.

Das respostas da UACETS a dúvidas criadas durante o trabalho

1. Diferença entre FTA-abs e TPHA:

Por experiência pessoal do grupo de laboratório e referências bibliográficas, a sensibilidade e especifici-

dade da hemoaglutinação conhecida como MHATP ou TPHA são iguais às da FTA-abs, podendo ter esta última, em diluição 1/5 dentro dos primeiros 15 dias do aparecimento do cancro, uma maior sensibilidade.

Fora deste período, ambas têm igual significado.

No caso de sífilis congênita o critério é o mesmo, e considerando que no período secundário da sífilis, a sensibilidade e especificidade de ambas são as mesmas, achamos muito mais prático o uso da captura de IgM, revelada por hemoaglutinação.

Quando dizemos mais prática, referimo-nos à possibilidade que todo laboratório tem de fazê-la, em qualquer região do país, sem a complexidade do microscópio de fluorescência, com a vantagem de as microplaquetas de captura de IgM de manterem-se meses na geladeira comum, com o simples cuidado de manter-se tampada para evitar contaminações e junto com um desidratante.

2. Necessidade de acompanhamento de filhos VDRL NÃO REATIVO de mães VDRL REATIVAS tratadas:

Só pode ser possível a NÃO REATIVIDADE do recém-nascido de sífilítica, se a mãe o contagia por haver adquirido uma sífilis recente nos últimos dias de gravidez; neste caso, a mãe e o filho teriam VDRL NÃO REATIVO.

Isto significaria enquadrá-los como em uma infecção primária tanto para a mãe como para o filho.

O que se dá habitualmente é que existe passagem passiva de IgG sífilítica de mãe para filho sem que este último tenha sífilis-enfermidade.

Atenção! A não reatividade pode dever-se a falta de sensibilidade de antígeno utilizado ou a um erro de laboratório.

Assinaturas

Jornal
Brasileiro
de
DST

DST

Recebem esta Revista automaticamente todos os associados da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Se não for este o seu caso, garanta o recebimento da Revista fazendo uma assinatura.

Assinaturas

Jornal
Brasileiro
de
DST

Aciclovir terapêutica do herpes simples, tipo II, da cérvice uterina

Paulo Maurer Bandeira¹

Relato de um caso

M.L.C.C., 37 anos, branca, casada, professora, natural de São Borja.

14.3.89 (1ª consulta) — Atraso menstrual, com teste imunológico para gravidez (urina) positivo.

História sexual e ginecológica: menarca aos 15 anos, telarca e pubarca aos 13 anos. Início da atividade sexual aos 34 anos. Usou contraceptivo hormonal oral durante um ano, após o primeiro coito. Relato de lesão herpética, vulvar em novembro de 1988 (sic).

29.9.89 — Esposo com lesão herpética no dorso do pênis: tratado com aciclovir tópico, cinco vezes ao dia, associado a aplicações de azul de metileno diariamente, por 10 dias e, cimetidina, 400mg de 6/6h, durante seis semanas. Orientado para abstinência sexual durante o tratamento e até duas semanas após o desaparecimento das lesões. Houve regressão total das lesões no 7º dia de tratamento.

10.10.89 — Com 38 semanas de gestação, queixa de sangramento vaginal, sangue "vivo" (sic), em pequena quantidade. Ao exame: altura do fundo uterino de 38cm, útero normotônico, feto em apresentação cefálica, alta e móvel, situação longitudinal, posição esquerda. BCF de 148bpm, reativo bifásico ao estímulo sonoro. Ao exame espectral, colo uterino com lesões bolhosas estendendo-se da ectopia até -2, em maior número, no lábio anterior, coalescentes, sangrando ao contato do espéculo.

Instituímos terapêutica local com aciclovir pomada, na quantidade de 1g, através de aplicador vaginal, em dias alternados. No 8º dia não havia evidências macroscópicas e colposcópicas de lesões na cérvix.

O parto ultimou-se com 41 semanas e quatro dias, através de cesariana; recém-nascido hígido, com boa evolução no berçário.

Comentários

1. As alterações colposcópicas do herpes genital são pouco conclusivas e a literatura, escassa neste particular.

2. A indicação do uso intravaginal do produto e a conduta terapêutica parecem-nos pioneira; sua ação é eficaz, no que pese a remissão das lesões.

3. Acreditamos que a apresentação do aciclovir, sob forma de creme vaginal, tem lugar no tratamento do herpes genital quando de localização cervical.

4. A indicação da cesariana foi obstétrica.

Megacariócitos humanos possuem receptor CD4 ao qual se liga o HIV-1

Yamil Kouri, M.D.*

Resumo da conferência proferida na 1ª Conferência Internacional da DST/AIDS, 0 de junho de 1990 — UFF — Niterói — RJ.

A trombocitopenia é uma anormalidade hematológica comum na infecção pelo HIV-1. Evidência recente de alteração na trombopoiese sugeriu a possibilidade de que os megacariócitos pudessem estar diretamente infectados pelo vírus, e induziu à pesquisa de um receptor CD4 nessas células que pudesse permitir a entrada do HIV-1. Material de medula óssea humana normal foi centrifugado em Ficoll-Hipaque (S.G. 1077) e analisado por citometria corrente, depois de três marcações de anticorpos monoclonais contra CD4 com ficoeritrina, CDw41 (GP IIb/IIIa) com fluoresceína, a marcação do DNA com 7-amino actinomicina D. Vinte e cinco por cento dos megacariócitos (identificados por seu grande tamanho, conteúdo do DNA 4N e marcação com CDw41) expressaram CD4 tão evidentemente quanto os linfócitos T.

Vários clones de anticorpos contra diferentes partes da molécula de CD4 (OKT4, LEU 3a, CD4-AMAC) mostraram resultados semelhantes. Não há marcação de frações de megacariócitos com CD3 (marcador de célula T) ou OKM1 (marcador de monócito) que exclua a presença de células contaminadas. Também o histograma de DNA de megacariócitos CD4-positivos mostrou picos esperados nos intervalos e não o modelo de agregados randomizados observados com células aglomeradas. A marcação dos megacariócitos foi confirmada pela microscopia de fluorescência direta em uma população de megacariócitos enriquecidos em um gradiente Percoll. Vinte e dois por cento dos megacariócitos reconhecidos pela microscopia de fase eram duplamente positivos para CD4 e CDw41.

HIV-1 conjugado com Rodamina e CDw41 acoplado à fluoresceína foram incubados com fragmento de medula óssea enriquecido com Percoll e HUT-78 (linhagem de células CD4-positivas) como controle positivo. Noventa e quatro por cento das células HUT-78 se ligaram ao HIV-1 com Rodamina, mas somente 2% foram marcados com CDw41. Das células gigantes obtidas pelo gradiente Percoll, 67% se ligaram ao HIV-1-Rodamina, e 54% foram marcadas com CDw41, indicando que alguns dos megacariócitos devem estar ligados ao vírus. A ligação HIV-1-Rodamina pode ser bloqueada pela pré-incubação dessas células com OKT4 A (anticorpo monoclonal contra CD4, que reconhece as mesmas partes que o HIV-1) e por uma extensão menor por HIV-1 não rotulado. Assim, pelo menos 25% dos megacariócitos humanos possuem um receptor CD4 capaz de atuar como um receptor para HIV-1.

*Do Hospital Infantil - Fundação Ivan Goulart - Maternidade Luiz Carlos G. Lopes - São Borja - RS

DST — Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

*New York University Medical Center