



SÍFILIS CONGÊNITA

Diagnóstico Laboratorial

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano. Evolui de forma crônica, em estágios. Os principais meios de transmissão são através do contato sexual e por via placentária, raramente por transfusão de sangue ou contato com lesões no momento do parto. Quando ocorre a infecção da criança, a partir da mãe, pode ocorrer o desenvolvimento da sífilis congênita. Além da sífilis congênita, são descritas altas taxas de morbidade e mortalidade decorrentes da infecção, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal.

O Ministério da Saúde admitiu, em outubro/2016, um aumento dos casos de sífilis no Brasil. A maioria dos registros foram no sudeste (62,1%), tendo triplicado nos últimos 5 anos, e o principal problema é a transmissão de gestantes para os bebês.

Para atuar sobre este indicador, foi publicada uma portaria buscando intensificar o diagnóstico nas gestantes, a [Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016](#) que revoga a [Portaria nº 3.242/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011](#) e aprova o [Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis \(MTDS\)](#).

- As recomendações de testagem, segundo o Manual Técnico são: Durante o pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre, inclusive dos parceiros, no caso de testes reagentes.
- Após a internação para o parto, na maternidade.

Alguns tópicos importantes e específicos para a abordagem da sífilis congênita:

No diagnóstico da sífilis congênita é importante analisar o contexto clínico e epidemiológico, o exame da criança e os exames laboratoriais e de imagem.

Recomenda-se solicitar, além dos testes para diagnóstico da sífilis: hemograma, perfil hepático e eletrólitos; avaliação neurológica incluindo punção líquórica - células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos; raio-X de ossos longos; avaliação oftalmológica e audiológica.

Não utilizar sangue de cordão, devido à mistura com sangue materno. Colher diretamente do neonato.

Os resultados devem ser correlacionados com o perfil sorológico materno nas crianças com idade inferior a 18 meses, devido à passagem dos anticorpos da mãe para o filho.

Resultado reagente em < 18 meses só deve ser valorizado se o título do teste não treponêmico for duas vezes maior que o título materno e uma nova amostra deve ser coletada para a confirmação. Os testes para determinação de IgM não possuem sensibilidade adequada.

Os resultados não reagentes em recém-nascidos, em que persiste a suspeita epidemiológica, devem ser repetidos com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos. Na impossibilidade de ser feito o seguimento, o recém-nascido deve ser tratado segundo o esquema terapêutico definido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para

Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015).

- Nas crianças que apresentam sinais clínicos da doença, a pesquisa direta do *T. pallidum* pode auxiliar no diagnóstico da sífilis congênita.
- Crianças acima de 18 meses: o estado sorológico reagente ou não reagente refere-se ao sistema imunológico da criança e não mais corresponde à passagem passiva de anticorpos da mãe.

O manual apresenta três fluxogramas que permitem o diagnóstico da infecção com a utilização de testes treponêmicos rápidos ou os testes treponêmicos convencionais (Elisa, CMIA, FTA-Abs, TPHA, dentre outros) e os não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST, dentre outros).

O exame das crianças acima de 18 meses segue um dos 3 fluxogramas propostos:

Fluxograma 1 - Teste inicial não treponêmico confirmado por teste treponêmico:

Tendo o VDRL ou RPR como exemplo de teste inicial, se um destes teste for reagente deve ser realizado um teste treponêmico como confirmatório (por exemplo, um ensaio quimioluminescente ou FTA-Abs). Caso o ensaio treponêmico seja não reagente a amostra será considerada "Amostra não reagente para sífilis".

Fluxograma 2 - Diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados:

Amostra não reagente no teste inicial (treponêmico) tem seu resultado definido como: "Amostra não reagente para sífilis". Se a amostra for reagente faz-se um segundo teste, não treponêmico. Se os resultados são concordantes e reagentes, o laudo será "Amostra reagente para sífilis". Porém, em caso de resultados discordantes, o que é mais raro e ocorre em títulos acima de 1:4, deve ser feito um terceiro teste, treponêmico, diferente do primeiro, cujo resultado irá definir então se a amostra é reagente ou não.

As possibilidades investigadas neste fluxograma são:

- O teste não treponêmico não foi capaz de detectar os anticorpos da amostra, por tratar-se de infecção muito recente;
- Trata-se de uma cicatriz sorológica pós-tratamento;
- Pode ter ocorrido um resultado falso-negativo no teste não treponêmico.

No caso de amostras não reagentes, em que persiste a suspeita de sífilis, o fluxograma deverá ser repetido após 30 dias com a coleta de uma nova amostra.

Fluxograma 3 - Diagnóstico da sífilis com a utilização de testes rápidos treponêmicos.

Os testes rápidos são recomendados apenas em situações específicas, como localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso; centros de testagem, populações flutuantes, no momento da internação para o parto nas maternidades; abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional; laboratórios que fazem até 5 testes por dia, dentre outros.

Assessoria Científica Lab Rede

Referência

Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis (MTDS). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.