



SÍFILIS NA GRAVIDEZ

Vanessa Aguiar¹, Tânia Bairos¹, Ana Marques¹

¹Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Enquadramento

❖ A sífilis é uma doença infecciosa provocada pelo treponema *pallidum* que, durante a gravidez, pode ser transmitida ao feto por via transplacentária. O risco de transmissão fetal é mais elevado durante a sífilis precoce, pois existem mais treponemas circulantes.

❖ A infecção fetal pode levar a aborto espontâneo, nado-morto ou recém-nascido (RN) de termo ou pré-termo portador de sífilis congénita sintomática. Logo, o diagnóstico precoce é fundamental, permitindo o tratamento adequado e evitando as complicações descritas.

Descrição do caso

Identificação

- ♀ 19 anos
- Escolaridade: 3º ciclo
- Profissão: Doméstica
- Graffar: Classe média-baixa
- Família Nulear, Fase I Ciclo de Duvall

Antecedentes Pessoais

- Índice Obstétrico (0000)
- Grupo sanguíneo: A Rh+

14/3/2016 – Consulta de Saúde Materna

S 1ª Consulta
Grávida de 23 semanas e 4 dias
Parceiro de 34 anos, desempregado, sem antecedentes de relevo.
Assintomática.
A fazer a suplementação recomendada.
Traz ecografias do 1º e 2º trimestres (T) e análises do 1ºT.

O Ecografias: sem alterações
Análises: Imune à rubéola e toxoplasmose. VDRL reativo. Sem outras alterações.
Exame objetivo: sem alterações.

A Gravidez de baixo risco de acordo com a escala de Goodwin (W78).

P Solicitadas as análises do 2ºT, repetição do VDRL com quantificação e TPHA.

28/3/2016 – Consulta de Saúde Materna

S 2ª Consulta
Grávida de 25 semanas e 3 dias
Assintomática.
Trouxe as análises solicitadas.

O Análises: Título alto de VDRL (32 diluições) e TPHA+ (1/1280). Sem outras alterações.

A Sífilis na gravidez (W78, X70).

P Contacto com Obstetra de Serviço.
Administração intramuscular de penicilina G benzatínica (2 4000 00 U), à grávida e ao parceiro (1 injeção semanal durante 3 semanas).
Referenciação à Consulta de Alto Risco Obstétrico do Hospital de referência.

Apesar da referenciação, a grávida manteve vigilância da gravidez nos Cuidados de Saúde Primários simultaneamente. A restante gravidez decorreu sem intercorrências, terminando às 40 semanas com parto distócico por cesariana por má progressão do trabalho de parto. O RN nasceu com um índice de APGAR 9/10, com biometrias dentro do p50 e saudável.

Discussão

O VDRL pode estar falsamente positivo na gravidez e, por isso, é fundamental a confirmação do diagnóstico com provas treponémicas (TPHA ou FTA-ABS). O tratamento deve ser imediato por forma a evitar complicações e há necessidade de referenciar aos Cuidados de Saúde Secundários, embora a vigilância possa ser feita simultaneamente, como foi o caso.

Neste caso, a gravidez foi mal vigiada até às 23 semanas. O diagnóstico foi feito mais tarde que o esperado e o tratamento também. Apesar disso, não houve nenhuma complicação associada.

O diagnóstico desta patologia na gravidez e a identificação de possíveis complicações maternas, fetais ou pediátricas são essenciais para permitir um tratamento e referenciação atempados.

Referências Bibliográficas

DGS, Saúde Reprodutiva – Doenças infecciosas e gravidez, Lisboa, 2010; Christa A. Et al, Syphilis, C.A. Eickhoff, C.F. Decker / Disease-a-Month, 2016; Moline H. et al, The continuing threat of syphilis in pregnancy, Curr Opin Obstet Gynecol, 28:101–104, 2016.