

## Relatos Casos Clínicos

### PO - (UM17-1313) - SÍFILIS NA GRAVIDEZ

Vanessa Aguiar<sup>1</sup>; Tânia Bairos<sup>1</sup>; Ana Marques<sup>1</sup>

#### 1 - Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

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.

Grávida de 19 anos, IO(0000), grupo sanguíneo A Rh+, sem antecedentes de relevo. Parceiro de 34 anos, sem antecedentes de relevo. Surge na nossa consulta pela primeira vez às 23 semanas e 4 dias de gestação. Clinicamente sem queixas, gravidez de baixo risco de acordo com a escala de Goodwin, a fazer a suplementação recomendada. Trazia ecografias do 1º e 2º trimestres (T), normais, e análises do 1ºT, revelando imunidade à rubéola e toxoplasmose e VDRL reativo, sem outras alterações. Perante isto, foram-lhe solicitadas as análises do 2ºT, repetição do VDRL com quantificação e TPHA. Volta às 25 semanas e 3 dias, com um título alto de VDRL (32 diluições) e TPHA+ (1/1280). A grávida e o parceiro foram tratados com 3 administrações intramusculares de penicilina G benzatínica (2 4000 00 U) de acordo com as guidelines e após contacto telefónico com o Obstetra de Serviço, e referenciada à Consulta de Alto Risco Obstétrico do Hospital de referência. 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.

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.

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