

SÍFILIS: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS NO BRASIL

**Centro Universitário Lusíada – UNILUS
Ac. Érica Endo Amemiya – 3^o ano – Medicina**

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Gagliani
Núcleo Acadêmico de Estudo e Pesquisa em Ciências Biomédicas e Saúde Pública**

INTRODUÇÃO

- As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) estão entre as primeiras dez doenças em adultos jovens do sexo masculino em países desenvolvidos e a segunda maior causa de doenças em adultos jovens mulheres
- Jovens adultos e adolescentes (15-24 anos)
 - 25% da população sexualmente ativa
 - 50% das doenças sexualmente transmissíveis
- DSTs : sérias conseqüências no âmbito da saúde e na economia de um país
- Adequado mapeamento para essas doenças deve ser feito para a rotina diária em todo o mundo → muitas DSTs são assintomáticas e por esse motivo tornam-se de difícil controle, entre elas, a sífilis

OBJETIVO

- Realizar uma revisão bibliográfica da doença sífilis no Brasil, nos últimos 5 anos

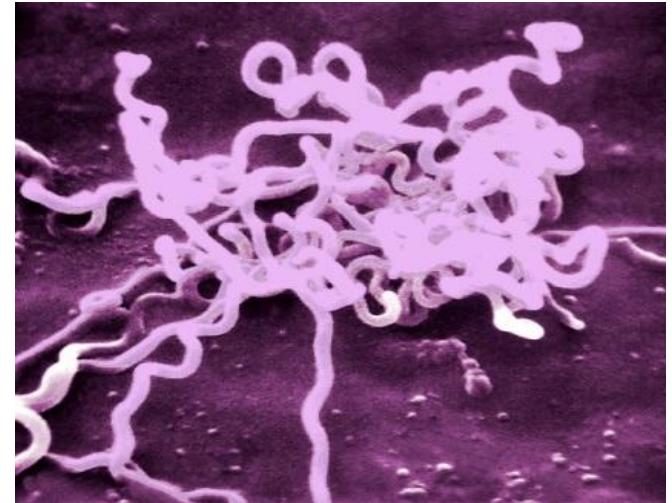
MATERIAIS E MÉTODO

- Pesquisa através de revistas científicas e sites das bibliotecas virtuais Scielo, PUBMED e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)
- Período de 2010 a 2015
- **Palavras-chave:** Sífilis, *Treponema pallidum*, Doença sexualmente transmissível
- **Palavras-chave em ingles:** syphilis, *Treponema pallidum*, sexually transmitted disease

SÍFILIS

- Infecção sistêmica crônica provocada pela bactéria gram negativa *Treponema pallidum*
- A bactéria, um patógeno exclusivo do ser humano, tem uma forma de espiral, 5 a 20µm de comprimento e 0,1 a 0,2 µm de espessura
- Constituída por um envelope externo com camadas ricas em moléculas de ácido N-acetilmurâmico e N-acetilglucosamina
- Possui flagelos e move-se por rotação do corpo
- Destruído pelo calor e pela falta de umidade, assim não resiste por muito tempo fora do seu ambiente
- O termo *pallidum* tem origem do latim pálido, pois é necessário corar fracamente a bactéria para que seja detectada na microscopia

Microscopia da Espiroqueta



EVOLUÇÃO DA SÍFILIS

**FINAL
SEC XV:**
sífilis
por
toda a
Europa

**SECULO
XIX :**
aumento
da
incidência
preocupaç
ão

1906:
bacteriolog
ista **August
Paul Von
Wasserman**
n primeira
sorologia
para sífilis

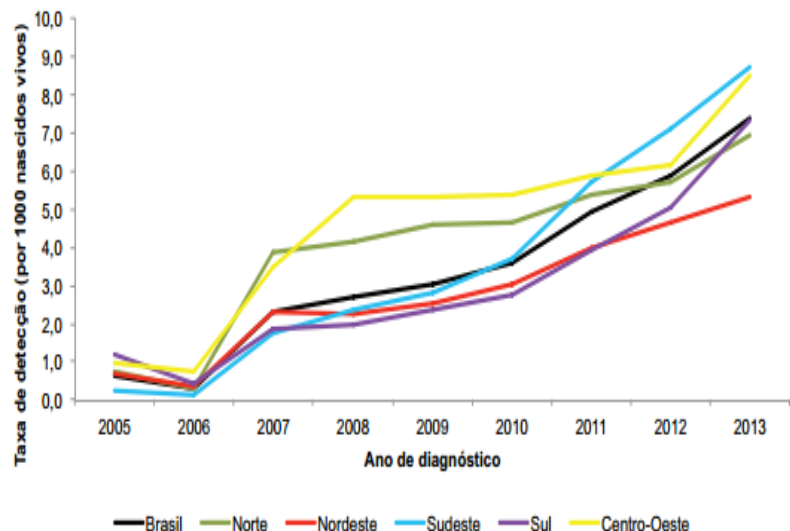
1941:
ação
terapêutica
da
penicilina
na cura da
sífilis

**Final dos
anos 70:**
síndrome da
imunodeficiê
ncia
adquirida
(AIDS)
maior
atenção às
doenças
sexualmente
transmissívei
s

HOJE:
Aumento
incidência
sífilis no
mundo

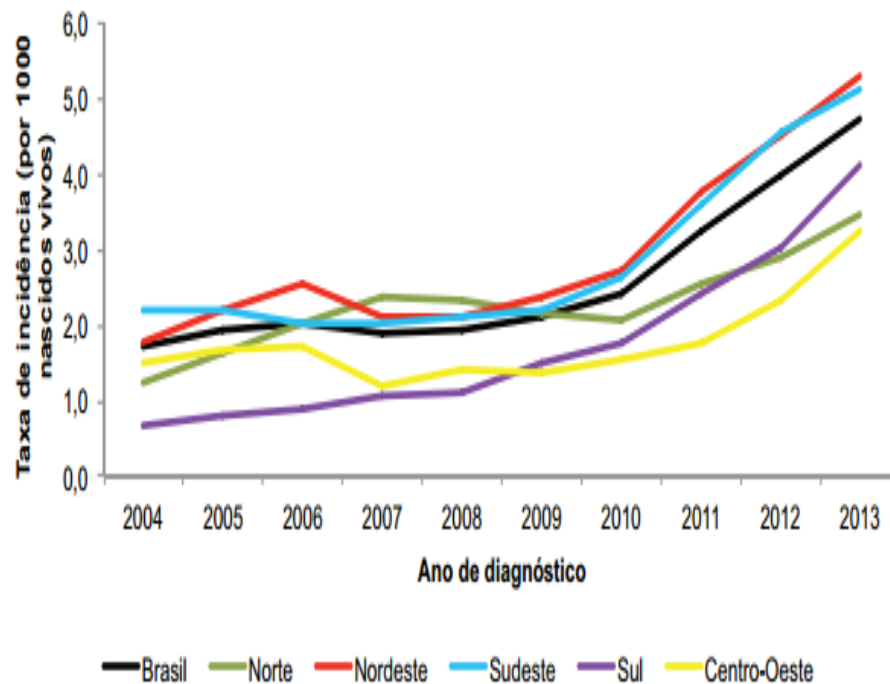
EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Gráfico 1: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação no Brasil, 2005 a 2013.



Fonte: MS/SIS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Gráfico 2: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por mil nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2013



Fonte: Boletim Epidemiológico Sífilis, 2015

EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Tabela 1: Casos de Sífilis em gestantes a Sífilis congênita segundo região, Brasil 2012 e 2013

UF/Região	Nascidos vivos 2012		Sífilis em gestantes 2013			Sífilis congênita 2013			Óbitos infantis 2013		
	n°	%	n°	%	taxa ¹	n°	%	taxa ¹	n°	%	taxa ²
Brasil	2905789	100,0	21382	100,0	7,4	13705	100,0	4,7	161	100,0	5,5
Norte	308375	10,6	2141	10,0	6,9	1064	7,8	3,5	21	13,0	6,8
Rorônia	26513	0,9	106	0,5	4,0	54	0,4	2,0	2	1,2	7,5
Acre	16700	0,6	120	0,6	7,2	71	0,5	4,3	1	0,6	6,0
Amazonas	77434	2,7	465	2,2	6,0	171	1,2	2,2	4	2,5	5,2
Roraima	10601	0,4	86	0,4	8,1	44	0,3	4,2	1	0,6	9,4
Pará	137837	4,7	1070	5,0	7,8	498	3,6	3,6	12	7,5	8,7
Amapá	14895	0,5	176	0,8	11,8	98	0,7	6,6	1	0,6	6,7
Tocantins	24395	0,8	118	0,6	4,8	128	0,9	5,2	0	0,0	0,0
Nordeste	832631	28,7	4433	20,7	5,3	4417	32,2	5,3	57	35,4	6,8
Maranhão	116039	4,0	367	1,7	3,2	251	1,8	2,2	13	8,1	11,2
Piauí	47962	1,7	244	1,1	5,1	126	0,9	2,6	1	0,6	2,1
Ceará	126868	4,4	670	3,1	5,3	979	7,1	7,7	2	1,2	1,6
Rio Grande do Norte	46993	1,6	169	0,8	3,6	275	2,0	5,9	1	0,6	2,1
Paraíba	56770	2,0	432	2,0	7,6	190	1,4	3,3	5	3,1	8,8
Pernambuco	141382	4,9	718	3,4	5,1	998	7,3	7,1	16	9,9	11,3
Alagoas	52510	1,8	217	1,0	4,1	403	2,9	7,7	5	3,1	9,5
Sergipe	34108	1,2	279	1,3	8,2	382	2,8	11,2	5	3,1	14,7
Bahia	209999	7,2	1337	6,3	6,4	813	5,9	3,9	9	5,6	4,3
Sudeste	1152846	39,7	10052	47,0	8,7	5907	43,1	5,1	60	37,3	5,2
Minas Gerais	260544	9,0	1144	5,4	4,4	637	4,6	2,4	4	2,5	1,5
Espírito Santo	52835	1,8	662	3,1	12,5	332	2,4	6,3	3	1,9	5,7
Rio de Janeiro	222859	7,7	3227	15,1	14,5	2557	18,7	11,5	39	24,2	17,5
São Paulo	616608	21,2	5019	23,5	8,1	2381	17,4	3,9	14	8,7	2,3
Sul	381658	13,1	2795	13,1	7,3	1566	11,4	4,1	18	11,2	4,7
Paraná	153945	5,3	1012	4,7	6,6	402	2,9	2,6	6	3,7	3,9
Santa Catarina	88772	3,1	511	2,4	5,8	211	1,5	2,4	2	1,2	2,3
Rio Grande do Sul	138941	4,8	1272	5,9	9,2	953	7,0	6,9	10	6,2	7,2
Centro-Oeste	230279	7,9	1961	9,2	8,5	751	5,5	3,3	5	3,1	2,2
Mato Grosso do Sul	42252	1,5	707	3,3	16,7	224	1,6	5,3	1	0,6	2,4
Mato Grosso	51256	1,8	303	1,4	5,9	149	1,1	2,9	0	0,0	0,0
Goiás	93274	3,2	807	3,8	8,7	226	1,6	2,4	4	2,5	4,3
Distrito Federal	43497	1,5	144	0,7	3,3	152	1,1	3,5	0	0,0	0,0

ASPECTOS CLÍNICOS e TRANSMISSÃO

- sexual
- contato de lesões genitais e de mucosa, a partir de sífilis 1ª. e 2ª
- *Treponema pallidum* ao invadir pele pelas mucosas ou pela pele lesionada atinge a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, disseminando-se rapidamente

ASPECTOS CLÍNICOS

- Período de incubação: 10 a 90 dias;
- Forma-se a lesão 1ª, o cancro duro, geralmente associada a linfadenopatia regional;
- Após 30 dias em média, a lesão regride espontaneamente;
- Depois de 4 a 10 semanas do início do cancro, o quadro clínico torna-se o período 2º, associado a lesões mucocutaneas generalizadas e linfadenopatia também generalizada;
- Período latente de infecção subclínica, que pode se estender por anos ou décadas;
- As manifestações do período 2º desaparecem sem tratamento. Geralmente, seis meses após a involução do quadro clinico do período 2º, os pacientes entram em período de latência;

Fonte: Lukehart, 2009

ASPECTOS CLÍNICOS

- Nesse período, a sorologia é positiva, ou seja, não há manifestações clínicas e o doente pode permanecer assintomático por toda a vida. Porém, outros pacientes podem apresentar lesões gomosas, cardiovasculares e/ou neurológicas, manifestações clássicas do terciarismo luético). Em cerca de 33% dos casos não tratados, evolui para o período terciário, caracterizado por lesões mucocutaneas, musculoesqueléticas ou parenquimatosas destrutivas e progressivas ou doença sintomática do sistema nervoso centra;
- Além disso, divide-se a sífilis em duas fases:
 - fase recente** → manifestações 1as, 2as e o início de latência
 - fase tardia** → latência tardia e quadros clínicos da sífilis 3ª

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PRIMARIA

- lesão ulcerada única : cancro duro →21 dias
- O cancro duro:ulceração indolor, base rara , limpa, bordas elevadas e induradas
- Homens: sulco balamo-prepucial, prepúcio e glande
- Mulheres: dificilmente observável→indolor e intravaginal. Locais mais comuns : pequenos e grandes lábios, uretra e períneo.
- Cancro extragenital :lábios e língua

SECUNDARIA

- erupção macular de coloração rósea ou roséola sífilítica, semelhante ao quadro alérgico ou viral
- erupção macular evolui para lesões papulosas, papuloescamosas, placas, lesões papulotuberosas ou nodulares
- sintoma geral : discreto e incharacterístico
- manifestações: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaléia, meningismo, artralgias, mialgias, periostite, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, glomerulonefrite, neurite do auditivo
- Presença de lesões pápulo-pustulosas que evoluem rapidamente para necrose e ulceração

Cancro duro em região genital



Lesão planto palmar



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

TERCIARIA

- Sífilis não tratada
- Pode permanecer latente durante a vida toda
- Lesões nodulares, gomos que envolvem a mucosa
- Mucosas: lesões infiltrativas e gomos, em especial no palato, língua, mucosa nasal, tonsilas e faringe
- Essas lesões tendem a agrupar-se
- Localizadas em qualquer parte do corpo, predominando na superfície dos braços e face
- 3 principais manifestações clínicas da sífilis tardia : cutâneas, cardiovasculares e neurosífilis

Lesão de Sífilis 3ª na mama



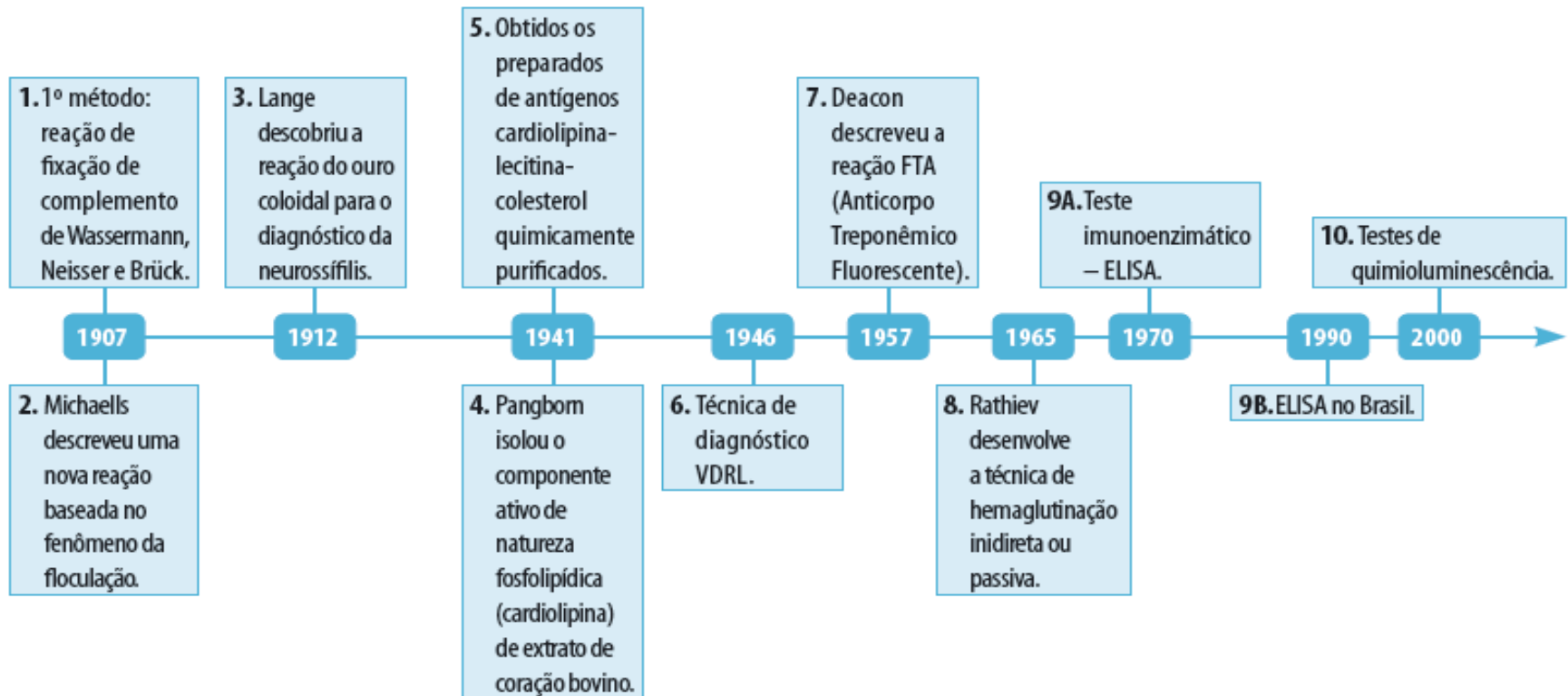
Lesão de Sífilis Terciária



DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Quando surgiram os testes laboratoriais da sífilis

Linha do tempo – desenvolvimento do diagnóstico laboratorial da sífilis



SÍFILIS CONGÊNITA

- Presença do *Treponema pallidum* em fetos abortados antes da 10ª semana de gestação, indicando que a transmissão vertical pode ser mais precoce.
- Comprometimento fetal depende principalmente da treponemia materna que, varia segundo a fase da doença.
- Enquanto, nas suas formas primária e secundária, 70 e 100% dos fetos são comprometidos, nas fases latente (recente ou tardia) e terciária, o risco de infecção fetal se reduz para 30%, devido à menor carga treponêmica decorrente da resposta imunológica materna à presença do *Treponema pallidum*, com a produção de anticorpos específicos.
- Possíveis desfechos da sífilis na gestação: abortamento espontâneo, nascimento pré-termo e óbito perinatal
- Os neonatos sobreviventes apresentam-se assintomáticos em mais de 50% dos casos, podendo, com o tempo, vir a manifestar surdez, problemas visuais e até retardo mental

(LORENZI et al, 2009)

Sífilis Congênita: Lesão descamativa plantar de base eritematosa



Fonte: CAVAGNARO S.M, FELIPE et al, 2014. Sífilis congénita precoce: A propósito de 2 casos clínicos. Rev. chil. pediatr., Santiago , v. 85, n. 1, feb. 2014

DISCUSSÃO

- Brasil: a **região Sudeste** → **maior numero de casos de sífilis congênita**, seguida pelo Nordeste, Norte, Centro Oeste e Sul;
- A taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação no Brasil, 2005 a 2013 → taxa de detecção **de sífilis congênita apresentou uma queda em 2006** e um **aumento progressivo ate 2011**, em todas as regiões brasileiras, sendo a mais notável, a região do **Centro Oeste** e uma taxa de 4,7 casos por 1000 nascidos vivos no Brasil;
- A maior incidência esta na região Nordeste (5,3), seguida da Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3);
- Tal fato corrobora com os estudos que confirmam o aumento de incidência de sífilis congênita no Brasil e no mundo (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006);

DISCUSSÃO

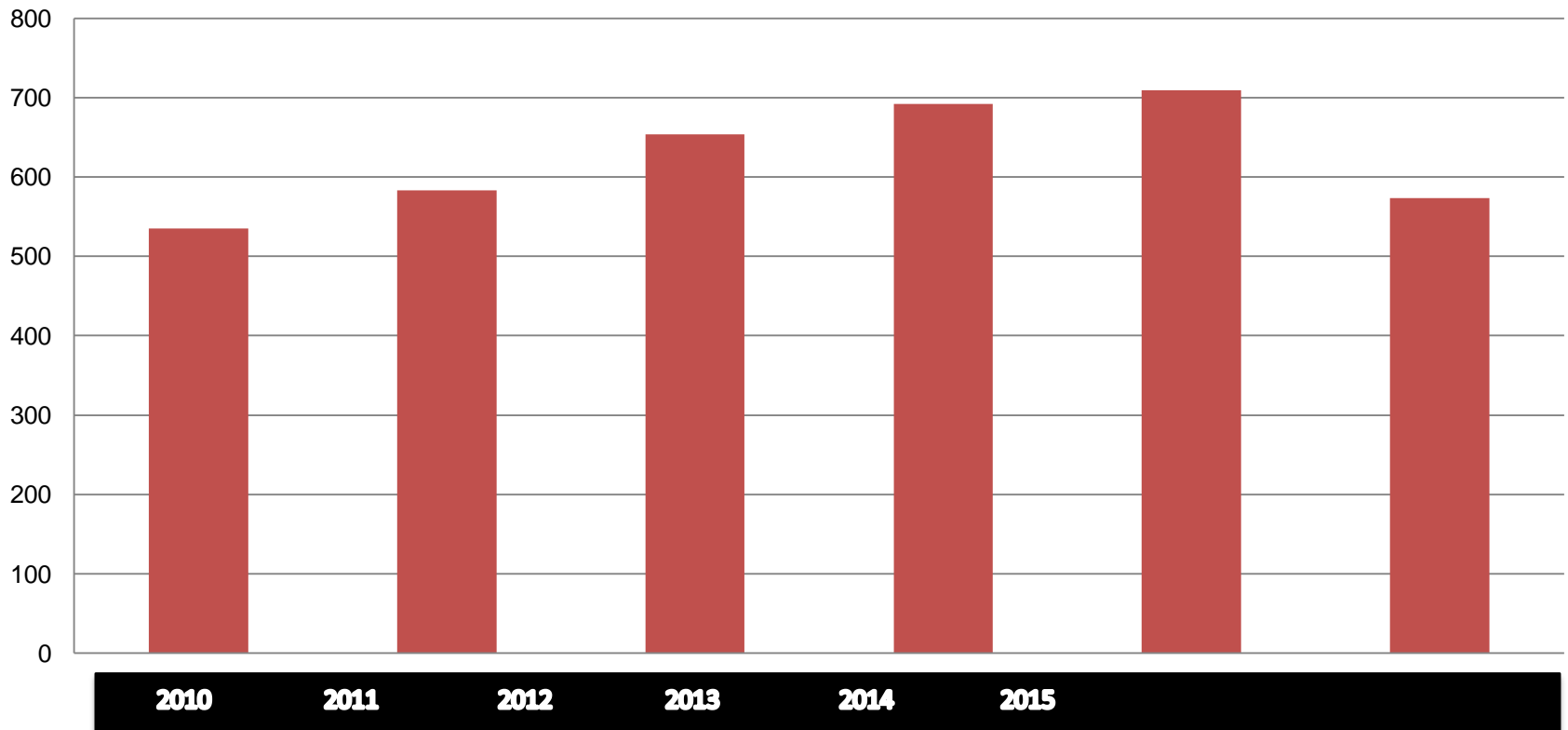
- Aumento ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, com mais diagnósticos realizados precocemente, bem como ampliação da oferta de tratamento(Ministério da Saúde);
- Com aumento da cobertura da ESF no Brasil e de ações básicas como o atendimento pré operatório, esperava-se um melhor controle da transmissão vertical da sífilis→há poucos estudos nacionais que relacionam incidência de sífilis congênita e cobertura da ESF;
- O estudo realizado por ARAÚJO CL, et al em 2012, concluiu que não foi identificada uma associação mais efetiva entre o pré natal realizado pelas equipes ESF e controle da sífilis congênita → as ações de prevenção da sífilis congênita no Brasil demandam abordagens mais complexas, uma vez que envolve o comportamento sexual;
- Há o envolvimento não só de conhecimento medico e biomédico, recursos materiais, mas também de comportamentais e socioculturais.

Fontes: Boletim Epidemiológico Sífilis, 2015

DISCUSSÃO

- Resultados PUBMED : ultimos 5 anos

Artigos publicados Pubmed: 2010-2015



CONCLUSÃO

- Dados epidemiológicos da sífilis no Brasil e no mundo indicam o aumento dos casos dessa doença;
- Sugere-se um melhor monitoramento, controle e intervenção nas populações, além de estabelecer estratégias de orientação e educação sexual para prevenir gravidez precoce e a transmissão da sífilis congênita como meta nacional.

OBRIGADA!

Email: erica_ea@yahoo.com.br