



## Relato de Caso

# Sífilis congênita com lesão óssea: relato de caso<sup>☆</sup>



Vinicius Schott Gameiro\*, Pedro José Labronici, Igor Mendes de Albuquerque Rosa e José Angelo de Souza da Silva

Universidade Federal Fluminense, Hospital Universitário Antônio Pedro, Departamento de Cirurgia, Niterói, RJ, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 8 de setembro de 2016

Aceito em 29 de setembro de 2016

On-line em 22 de março de 2017

Palavras-chave:

Sífilis congênita

Doenças ósseas

Periostite

### R E S U M O

Os autores apresentam um caso de um recém-nascido portador de sífilis congênita com lesão óssea que evoluiu com periostite no tornozelo esquerdo.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Congenital syphilis with bone lesion: case report

### A B S T R A C T

The authors report a case of congenital syphilis in a newborn with a bone lesion, resulting in left ankle periostitis.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Syphilis, congenital

Periostitis

Bone diseases

## Introdução

A sífilis congênita (SC) é uma doença que acomete gravemente recém-nascidos (RN) de maneira multissistêmica, pode até ser fatal. Ocorre pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito, por meio da placenta. Apesar de poder ser evitada com um acompanhamento pré-natal adequado, a SC ainda acomete muitos RN no Brasil.<sup>1</sup>

O objetivo desse artigo é apresentar um relato de caso de SC com lesão óssea e ressaltar a importância desse diagnóstico.

## Relato do caso

Paciente, gestante, 21 anos, GIV PI AIII, moradora de São Gonçalo (RJ), sorologia HIV negativo, com VDRL positivo durante a gravidez (VDRL 1:32 em 23/01/15 e VDRL 1:32 em

<sup>☆</sup> Trabalho desenvolvido na Universidade Federal Fluminense, Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mails: [drschott@bol.com.br](mailto:drschott@bol.com.br), [consultorioschott@gmail.com](mailto:consultorioschott@gmail.com) (V.S. Gameiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.09.005>

0102-3616/© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1 – Radiografia de pernas AP, com imagem lítica na região metafisária distal e reação periosteal difusa na tibia esquerda.**

23/02/15). Não tratada durante gestação. Não hipertensa e não diabética.

Deu à luz a RN, em 23/02/15, por parto vaginal, pré-termo (32 semanas), pequeno para a idade gestacional (PIG), com desconforto respiratório precoce, necessitou de suporte com máscara de oxigênio.

Nesse dia, foi internada na UTI neonatal devido à necessidade de suporte ventilatório. Após rastreio da RN, que evidenciou VDRL positivo, iniciou-se tratamento para SC com penicilina cristalina por 10 dias. Com cinco semanas de vida, iniciou quadro de edema e dor ao manuseio de membro inferior esquerdo, foram solicitadas radiografias comparativas de tornozelos e pernas. Foram observadas alterações radiológicas na tíbia esquerda, caracterizadas por imagem lítica na região metafisária distal com reação periosteal difusa, que se estendia até o terço médio desse osso (fig. 1).

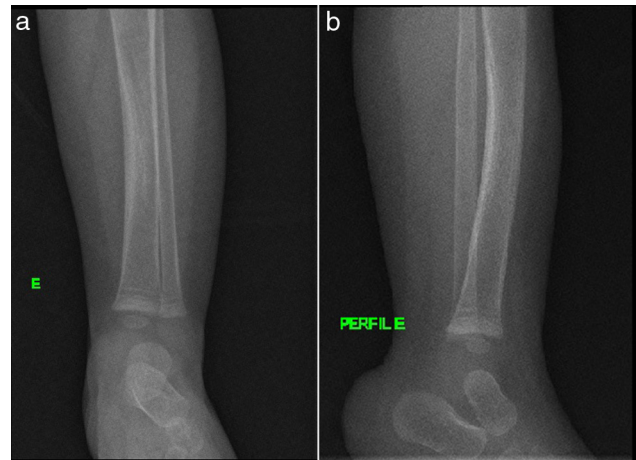
O VDRL de controle de tratamento de um mês de vida apresentou resultado 1:1, reiniciou-se o tratamento com penicilina cristalina por mais 10 dias.

Manteve-se até o sexto mês de vida reativa ao manuseio, sem grandes alterações ao exame. Obteve alta hospitalar aos sete meses, com melhoria dos sinais e sintomas, permanece em acompanhamento ambulatorial.

Em 03/12/2015, já com nove meses, foram feitas as últimas radiografias de controle, que evidenciaram ausência de lesão óssea (figs. 2 A e B).

## Discussão

A transmissão da SC pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, a probabilidade de



**Figura 2 – A, raios X em AP do tornozelo esquerdo, sem alterações ósseas; B, raios X em perfil de tornozelo esquerdo também sem alterações ósseas.**

transmissão vertical depende, basicamente, de dois fatores: o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.<sup>1</sup>

A SC é mais provável de ocorrer quando as mães fazem um pré-natal inadequado. Também é mais provável de ocorrer nos seguintes casos: mãe com sífilis primária; presença de alguma doença materna de duração desconhecida; títulos maternos elevados nos testes plasmáticos não treponêmicos (VDRL  $\geq$  1:16) durante o tratamento (ou no momento do parto); intervalos pequenos entre o tratamento e o parto (< 4 semanas); sífilis não tratada.<sup>2</sup>

A SC pode ser classificada em precoce (diagnosticada até os dois anos de vida) e tardia (após esse período). Estão entre as principais características da SC precoce: prematuridade, baixo peso ao nascimento, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Além disso, destacam-se também periostite (como ocorre no caso aqui relatado), osteíte e osteocondrite, as quais apresentam lesões características no estudo radiológico.<sup>1</sup> Dentre as alterações laboratoriais temos: anemia, trombocitopenia e leucocitose ou leucopenia. No caso da paciente em questão, a presença da mãe portadora de sífilis não tratada durante a gestação associada à presença de manifestações clínicas do RN é suficiente para fechar o diagnóstico de SC. Já na SC tardia, temos como principais características: tíbia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.<sup>1</sup>

Alguns autores acreditam que a SC poderia ser primariamente reduzida através do aprimoramento do acompanhamento pré-natal na população de alto risco e através de um refinamento na notificação de casos para controlar a infecção por sífilis na comunidade.<sup>3</sup> Além disso, a notificação de parceiros de mulheres grávidas com sífilis tem sido associada a uma melhoria expressiva no resultado das gravidezes.<sup>4</sup>

Sabe-se também que o número de mortes anual por SC compete com o de mortes causadas pela transmissão vertical do HIV.<sup>5</sup> Uma vez que os sistemas de saúde investem crescentemente na prevenção da transmissão vertical do HIV, é inexplicável que não seja feito o mesmo pela sífilis, já que o custo para se prevenir um caso de SC pela triagem tradicional é muito inferior ao de se prevenir um caso de transmissão vertical de HIV.<sup>5,6</sup>

Um alto índice de suspeição é necessário e o ortopedista deve considerar a possibilidade de SC sempre que as imagens mostrarem lesões ósseas destrutivas.<sup>7</sup> Foi demonstrado, ainda, que as radiografias de ossos longos eram anormais em 20% dos RN assintomáticos com sorologia treponêmica perinatal positiva.<sup>8,9</sup> As lesões ósseas comumente afetam a tíbia e outros ossos longos do corpo e são geralmente múltiplas e simétricas. As lesões podem ser classificadas como osteocondrites, osteomielites e osteoperiostites.<sup>10</sup> Fraturas ósseas e lesões líticas ósseas em RN devem sempre levar em consideração a causa por possíveis infecções intrauterinas, especialmente a sífilis.<sup>10</sup> O envolvimento ósseo pode ser muito doloroso, faz com que a criança se recuse a mover a extremidade, achado diagnosticado como pseudoparalisia de Parrot.<sup>10</sup>

Assim, se considerarmos o recente aumento da incidência de SC e as possíveis consequências dessa enfermidade para o RN, ressalta-se a importância de que a equipe médica envolvida no tratamento dos RN esteja ciente das manifestações clínicas e dos achados silenciosos dessa doença.

---

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### REFERÊNCIAS

---

1. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ.* 2004;82(6):424-30.
3. Mascola L, Pelosi R, Blount JH, Binkin NJ, Alexander CE, Cates W Jr. Congenital syphilis. Why is it still occurring? *JAMA.* 1984;252(13):1719-22.
4. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ.* 2004;82(6):402-9.
5. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis.* 2007;34 7 Suppl:S5-10.
6. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis.* 2002;2(7):432-6.
7. Rasool MN, Govender S. The skeletal manifestations of congenital syphilis. A review of 197 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 1989;71(5):752-5.
8. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Brion LP, Manuli M, Rai B, Kresch MJ, Pavlov H, Glaser J. Long-bone radiographic abnormalities as a sign of active congenital syphilis in asymptomatic newborns. *Pediatrics.* 1991;88(5):1037-40.
10. Armangil D, Canpolat FE, Yiğit S, Demir HA, Ceyhan M. Early congenital syphilis with isolated bone involvement: a case report. *Turk J Pediatr.* 2009;51(2):169-71.