

# PRESENÇA DE CONDILOMA LATA EM CRIANÇAS COM SÍFILIS

## PRESENCE OF CONDYLOMA LATA IN CHILDREN WITH SYPHILIS

Sandra F Moreira-Silva<sup>1</sup>, Diana O Frauches<sup>2</sup>, Patricia A Prebianchi<sup>3</sup>, Claudia S B Riccio<sup>3</sup>, Grasielly R Andreatá<sup>4</sup>, Clarissa M Oliveira<sup>5</sup>, Paulo Sérgio Emerich<sup>6</sup>, Ana Paula NB Lima<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** doenças sexualmente transmissíveis são verdadeiras epidemias e a sífilis vem causando danos ao longo da história, só se comparando com a aids. **Objetivo:** relatar três casos de sífilis em crianças, com manifestação clínica inicial de condiloma *lata*. **Método:** relato de caso por revisão de prontuários de crianças acompanhadas no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória. Caso 1: L, 9 anos, masculino, lesão em região anal sugestiva de condiloma *lata*. Avaliação médico-legal não evidenciou sinais de abuso sexual. VDRL 1:128, FTA-Abs IgG positivo e IgM negativo, líquido normal com VDRL não-reator. Mãe com VDRL 1:8, FTA-Abs IgG positivo e IgM negativo. Caso 2: G, 5 anos, feminino, lesão condilomatosa perianal, suspeita de abuso sexual não comprovada por avaliação médico-legal. VDRL 1:256, líquido normal com VDRL não-reator. Não foi realizada sorologia materna. Caso 3: K, 4 anos, feminino, lesão condilomatosa perianal. Avaliação médico-legal não mostrou sinais de abuso sexual. VDRL 1:256, FTA-Abs IgM reagente, líquido normal com VDRL não-reator. Não foi realizada sorologia materna. Nos três casos não houve confirmação da classificação da doença, se congênita ou adquirida. **Conclusão:** há poucos dados na literatura sobre condiloma *lata* em crianças e o diagnóstico constitui um desafio para o pediatra, pois pode ser confundido com condiloma acuminado do papiloma vírus, por este ser mais comum. Além da importância de reconhecer a lesão condilomatosa da sífilis, é necessário dar ênfase à realização adequada da assistência pré-natal, visando reduzir os casos de sífilis congênita.

**Palavras-chave:** sífilis, condiloma *lata*, DST

### ABSTRACT

**Introduction:** sexually transmitted diseases are a real epidemic and Syphilis has been historically provoking terrible harm; perhaps as much harm as aids. **Objective:** present three cases of syphilis in children, with initial clinical manifestation caused by condyloma *lata*. **Method:** case report extracted from children's medical handbooks at Hospital Infantil Nossa Senhora da Gloria. Case 1: L, nine years old, male, lesion at anal region suggesting condyloma *lata*. Sexual molestation not present according to medical evaluation. VDRL 1:128, FTA-Abs IgG positive and IgM negative, normal liquor with non-reactive VDRL. Mother with VDRL 1:8, FTA-Abs IgG positive and IgM negative. Case 2: Gnb, five years old, female, Condylomatosa lesion at perianal region; sexual molestation suspicion not confirmed according to medical evaluation. VDRL, 1:256, normal liquor with non-reactive VDRL. Maternal sorology not undertaken. Case 3: K, four years old, female, aspects of Condylomatosa lesion at perianal region. Sexual molestation not present according to medical evaluation. VDRL 1:256, FTA-Abs IgG reactive, normal liquor with non-reactive VDRL. Maternal sorology not undertaken. In all three cases, the classification of the disease, congenital or acquired, was not confirmed. **Conclusion:** there is not many information on the medical literature regarding condyloma *lata* in children. Hence, it becomes a challenge to pediatricians when diagnosing such disease, mainly because it may be confused with condyloma acuminado of papiloma virus – this being more frequent. Besides the importance of recognizing the condylomatosa lesion of syphilis, it is necessary to emphasize an adequate pre-natal assistance, aiming the reduction of congenital syphilis.

**Keyword:** syphilis, condyloma *lata*, STD

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(1): 80-84, 2006

## INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são consideradas uma verdadeira epidemia da época atual, estimando-se que

ocorram aproximadamente 50 milhões de casos, anualmente, nas Américas. As mais frequentes são as vaginoses bacterianas, herpes genital, infecção por clamídia, gonorréia, tricomoníase, candidíase, bem como infecções pelo papilomavírus, hepatite B, sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV). Segundo a Organização Mundial de Saúde, 250 milhões de pessoas adquirem alguma DST a cada ano, em todo o mundo, e, desse total, 3,5 milhões são acometidos por sífilis, que constitui, assim, um problema de saúde pública mundial.<sup>1</sup>

Há 100 anos, Fritz Richard Schaudinn identificou o agente etiológico da sífilis, o *Treponema pallidum*, responsável por uma das infecções de transmissão sexual que mais danos provocou ao longo da sua história, só se comparando com a aids.<sup>1</sup>

No período de 1998 a 2003, a incidência média de sífilis congênita, no Brasil, foi de 1,15 caso por 1.000 nascidos vivos, sendo os maiores coeficientes encontrados na região Sudeste, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo.

<sup>1</sup>Mestre em Doenças Infecciosas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas/CBM-UFES e coordenadora da residência médica de Infectologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – Vitória/ES

<sup>2</sup>Médica sanitária, mestre em Psicologia, coordenadora da Unidade de Vigilância Epidemiológica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – Vitória/ES e professora do Departamento de Saúde Coletiva da Emescam

<sup>3</sup>Médica pediatra infectologista do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória/ES

<sup>4</sup>Estudante do 6º ano de Medicina da Emescam – Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES

<sup>5</sup>Médica pediatra, residente de Infectologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória/ES

<sup>6</sup>Médico, Preceptor de ensino de Dermatologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória/ES. Instituição: Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Isso pode estar refletindo não uma realidade mais desfavorável nestes que em outros estados, mas a intensidade dos esforços para detecção e notificação de casos, ou seja, a maior efetividade dos programas de vigilância epidemiológica voltados para o controle da doença.

A prevalência da sífilis em gestantes, em 2000, foi de 1,7%, no Brasil, o que leva a crer que o subdiagnóstico e a subnotificação da sífilis congênita ainda é elevado. Porém, observa-se um aumento de casos notificados nos últimos oito anos, passando de um pouco mais de 200, em 1995, para mais de 3.000, nos últimos 4 anos.<sup>2</sup>

A sífilis congênita leva a um grave problema nos países sub-desenvolvidos, pois é um dos principais fatores para aumento do coeficiente de mortalidade infantil.

Apesar de todos os esforços do Ministério da Saúde na tentativa de eliminar a sífilis congênita, esta meta não está sendo alcançada. O acompanhamento pré-natal ainda é deficiente em muitas regiões, impossibilitando assim um diagnóstico precoce e um tratamento adequado às gestantes. A cobertura pré-natal nas diversas regiões e estados do país apresenta uma grande variação: a proporção de nascidos vivos cujas mães não realizaram consulta pré-natal alcançou níveis altos entre os estados das regiões Norte e Nordeste e níveis mais baixos no Sul e Sudeste. Mesmo nestas regiões mais desenvolvidas a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas pré-natal encontra-se um pouco acima de 50%.<sup>3</sup>

A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em gestantes não-tratadas é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% nas fases tardias (-latente tardia e terciária)<sup>4</sup>.

Embora ocorra aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% dos casos, mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas por volta dos três meses de vida<sup>4</sup>. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.

Atualmente, outro problema cada dia mais freqüente é a sífilis adquirida em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. A sífilis adquirida é uma doença predominantemente sexual e aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis contrai a doença<sup>2</sup>.

Neste contexto, é importante o relato de casos de crianças que apresentaram condiloma *lata* como apresentação clínica inicial de sífilis confirmada por métodos sorológicos, fato que é pouco freqüente na população pediátrica.

Os dados da literatura são escassos em relação ao condiloma *lata* em crianças. Esta lesão é freqüente nos pacientes com sífilis adquirida, aparecendo em aproximadamente 80% dos casos, mas muito rara na sífilis congênita.

Os dados da literatura são escassos em relação à presença de condiloma *lata* em crianças. Carvalho et al. determinaram a ocorrência de sífilis adquirida em crianças atendidas no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, no período de 1987 a 1996 e somente três pacientes foram atendidos neste período, e o sintoma mais freqüente foi condiloma plano<sup>5</sup>. Esta lesão é freqüente nos pacientes com sífilis adquirida, aparecendo

em aproximadamente 80% dos casos, mas muito rara na sífilis congênita.

O diagnóstico de condiloma *lata* em crianças é um desafio para o pediatra, pois a sífilis adquirida é incomum nesses pacientes. Alguns autores sugerem que a quase totalidade de casos pediátricos com diagnóstico de sífilis adquirida são decorrentes de abuso sexual<sup>6</sup>.

O presente estudo tem por objetivo relatar três casos de sífilis em crianças, nas quais o condiloma *lata* foi a manifestação clínica inicial da doença.

Os três casos objeto do presente trabalho foram atendidos e tiveram seu tratamento e acompanhamento realizado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória (HINSG), um hospital público estadual, cujo serviço de infectologia pediátrica é referência para todo o estado do Espírito Santo, sul da Bahia e leste de Minas Gerais.

## MÉTODOS

Estudo descritivo tipo relato de caso, baseado na revisão de prontuários de três crianças que estiveram internadas no Serviço de Infectologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória e que apresentaram condiloma *lata* como manifestação clínica inicial da doença.

### Caso 1

L, 9 anos, sexo masculino, residente no município de Cariacica, na Grande Vitória-ES. Foi levado ao serviço de Infectologia do HINSG pela mãe com queixa de aparecimento de uma lesão em região anal, com duas semanas de evolução. Ao exame físico, não apresentava alterações significativas, exceto pela lesão em região perianal, sugestiva de condiloma *lata* **Figura 1**. Durante a consulta, a mãe relatou que, na gravidez, fez tratamento para sífilis com penicilina benzatina, mas o parceiro não foi tratado. Ao nascimento, não foi realizado tratamento da criança.

A criança residia com pai e um primo de 20 anos a aproximadamente cinco meses, e afirmava que pegou a doença ao se enxugar com a toalha do primo. Foi internada na enfermaria de infectologia do HINSG para tratamento de sífilis secundária, não classificada se adquirida ou congênita. Recebeu tratamento com penicilina cristalina por dois dias, sendo esta substituída por ceftriaxone, devida reação alérgica. A avaliação do Departamento Médico Legal não evidenciou sinais de abuso sexual.

Os exames laboratoriais mostravam um VDRL de 1:128; FTA-Abs IgG positivo e IgM negativo; hemograma com discreta anemia, leucograma e plaquetas normais. Sorologias para hepatites B e C, herpes simples e anti-HIV foram negativas. Exame líquido estava normal, com VDRL não reator. Os exames da mãe mostravam VDRL de 1:8; FTA-Abs IgG positivo e IgM negativo.

A criança manteve-se estável durante a internação, sendo encaminhada para acompanhamento médico ambulatorial quando da alta hospitalar.



**Figura 1** – Caso 1 - Condiloma *lata* em criança do sexo masculino, 9 anos de idade.

## Caso 2

G, 5 anos, sexo feminino, residente no município de Cariacica, na Grande Vitória/ES. Criança nascida de parto normal, sem acompanhamento pré-natal, foi internada na enfermaria de infectologia do HINSG devido a lesão condilomatosa em região perianal, com suspeita de abuso sexual. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, hipocorada, adenomegalias em cadeia cervical, submandibular e inguinal, lesões de impetigo em mãos e pernas, lesão condilomatosa em região perianal (**Figura 2**), demais sistemas dentro da normalidade.

Os exames laboratoriais mostravam um VDRL 1:256; hemograma com anemia discreta, leucograma normal; culturas negati-



**Figura 2** – Caso 2 – Condiloma *lata* em criança do sexo feminino, 5 anos de idade.

vas; sorologias para hepatites B e C e anti HIV negativas; exame liquórico normal com VDRL não-reator.

Foi instituído tratamento com penicilina cristalina e realizada cauterização da lesão perianal. Apresentou boa evolução durante a internação, com redução nos títulos de VDRL, tendo recebido alta em bom estado geral, para acompanhamento ambulatorial. Não ficou comprovada a suspeita de abuso sexual.

## Caso 3

K, 4 anos, sexo feminino, residente no município de Cariacica, na Grande Vitória/ES. Criança nascida de parto normal, sem acompanhamento pré-natal. Internada na enfermaria de infectologia do HINSG com história de lesão verrugosa em região perianal de seis meses de evolução. O exame físico inicial apresentava-se normal, exceto pela lesão em região perianal, de aspecto condilomatoso (**Figura 3**), volumosa e com sinais de infecção local.

A criança residia com a mãe e o parceiro, que é alcoólatra e a agredia fisicamente, porém nega qualquer agressividade por parte do parceiro para com a criança.

Os exames laboratoriais mostravam VDRL 1:256; hemograma com anemia; provas de coagulações normais; sorologias para hepatite B e C, *Toxoplasma gondii*, herpes vírus, citomegalovírus e anti-HIV negativas; FTA-Abs IgM reagente; exame de urina normal; exame de fundo de olho normal. Foi realizada biópsia da lesão, com confirmação diagnóstica de condiloma *lata*.

Foi instituído tratamento com penicilina cristalina, para sífilis, e sulfametoxazol/trimetropim, para infecção local. A criança evoluiu satisfatoriamente, com redução significativa da lesão, tendo recebido alta para acompanhamento ambulatorial. A criança foi submetida à avaliação do Departamento Médico-Legal, que não evidenciou sinais de violência sexual.



**Figura 3** – Caso 3 – Condiloma *lata* em criança do sexo feminino, 4 anos de idade.

## DISCUSSÃO

A mortalidade infantil representa problema de saúde pública prioritário para o governo brasileiro. É um indicador que está diretamente relacionado às condições de vida de um país, sofrendo forte influência das condições sociais e econômicas de uma população. Assim, no Brasil, a redução dessa mortalidade pode estar relacionada com a ampliação dos serviços de saneamento básico, a ampliação da oferta dos serviços de saúde e da atenção básica, a implantação de programas voltados para a saúde da mulher e da criança, o aumento das coberturas vacinais e a queda da fecundidade<sup>3</sup>.

Os coeficiente de mortalidade infantil passaram de 158,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos, no período 1930/1940, para 45,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos, em 1990, e 25,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, em 2001<sup>7</sup>. Em 2003, no Brasil, foi de 24,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos<sup>8</sup> e as doenças infecciosas, que representavam cerca de 20% da mortalidade proporcional nos anos 1980, passaram a representar 7,9% em 2000<sup>3</sup>.

A sífilis é uma das patologias que colaboram para o aumento da mortalidade infantil em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Sua ocorrência evidencia falha dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção desta forma da doença. A taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é elevada, estimada de 25% a 40% dos casos<sup>2</sup>.

Ao contrário dos países desenvolvidos, onde a primeira causa de mortalidade no período perinatal está nas malformações congênitas, no Brasil a maioria dos óbitos perinatais é determinada pelas condições da gestante, as circunstâncias do parto e nascimento<sup>9</sup>.

Uma das armas para erradicar a sífilis congênita é a assistência pré-natal, através da triagem sorológica e do tratamento adequado das gestantes acometidas. Mas a cobertura pré-natal adequada com sete ou mais consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde ainda é deficiente em muitas regiões. Tendo como base os nascidos vivos, 47,8% das mães referiram sete ou mais consultas de pré-natal em 2002 e 49,9% em 2003, numa proporção que foi menor na região Norte (28%) e maior nas regiões Sudeste e Sul (60%). As mães com maior nível de escolaridade apresentaram maior proporção de consultas pré-natal<sup>7</sup>.

O baixo peso ao nascer, outro indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, pois seus fatores causais são passíveis de controle na presença de atenção adequada à mulher em idade fértil, dentre eles a triagem sorológica para sífilis, também aponta para a deficiência da assistência pré-natal. Nas regiões Sul e Sudeste, foram observadas as maiores proporções de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, mas acredita-se que esses resultados, em vez de indicarem menor qualidade de assistência, refletem melhor qualidade das informações nessas regiões em comparação com as demais<sup>3</sup>.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. A sífilis congênita é conseqüente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária, em qualquer momento da

gestação. A criança com sífilis congênita pode já se encontrar gravemente enferma ao nascimento, ou com manifestações clínicas menos intensas, ou até aparentemente saudável, vindo a manifestar sinais da doença mais tardiamente, meses ou anos depois, quando seqüelas graves e irreversíveis já se terão instalado<sup>2</sup>.

Em 50% dos casos de sífilis congênita há manifestações mucocutâneas. Há poucos dados na literatura em relação ao condiloma *lata* em pacientes pediátricos, mas se sabe que a lesão, quando presente, aparece tipicamente perto do fim do primeiro ano de vida e, embora seja característica de sífilis, é infreqüente na sífilis congênita<sup>10</sup>.

O diagnóstico de condiloma *lata* é um desafio para o pediatra. Alguns médicos, pouco familiarizados, podem equivocadamente o tratar como condiloma acuminado do *Papiloma vírus*, por este ser mais comum<sup>5</sup>.

Nos casos de sífilis adquirida, o condiloma *lata* surge seis a 12 semanas após o contato sexual<sup>11</sup>, fazendo parte da fase secundária da doença. Localiza-se em áreas quentes e úmidas, como o períneo, vulva e região perianal, constituindo-se em papulas grandes, pálidas e achatadas que podem coalescer. Pode ser encontrado ainda nas axilas e, raramente, de forma generalizada, sendo extremamente contagioso. O principal diagnóstico diferencial é com condiloma acuminado cujas lesões são pequenas, múltiplas e mais elevadas<sup>12</sup>.

Além da importância de se reconhecer a lesão condilomatosa da sífilis em crianças, é importante dar ênfase à realização adequada da assistência pré-natal, visando à redução do número de casos e, por fim, à erradicação da sífilis congênita no Brasil.

## CONCLUSÃO

Há poucos dados na literatura sobre condiloma *lata* em crianças e o diagnóstico constitui um desafio para o pediatra, pois pode ser confundido com condiloma acuminado do papiloma vírus, por este ser mais comum. Além da importância de reconhecer a lesão condilomatosa da sífilis, é necessário dar ênfase à realização adequada da assistência pré-natal, visando reduzir os casos de sífilis congênita.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berdasquera DC, Lazo MAA, Galindo S, Belkis M et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol 2004; 42(2).
2. Brasil. Guia de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – 6ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde, secretária de Vigilância em Saúde, Programa Nacional DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Carvalho AVV, Passos MRL, Oliveira LHS, Lopes VGS et al. Sífilis adquirida na infância: estudo clínico laboratorial e abuso sexual. DST – J bras Doenças Sex Transm 1999; 11(5): 4-20.

6. Connors JM, Schubert C, Shapiro R. Syphilis or abuse: making the diagnosis and understanding the implications. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(2): 139-42.
7. Simões C. A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil. Um estudo comparativo entre Nordeste e Sudeste (tese de doutorado). Belo Horizonte (MG): UFNG/Cedeplar; 1997.
8. Saúde Brasil 2005. Uma Análise da situação da saúde no Brasil/Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento da Análise de Situação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
10. Karthikeyan K, Thappa DM. Early congenital syphilis in the new millennium. *Pediatr Dermatol* 2002; 19(3): 275-6.
11. Sagerman PM, Kadish AS, Niedt GW. Condyloma acuminatum with superficial spirochetosis simulating condyloma latum. *Am J Dermatopathol* 1993; 15(2): 176-9.
12. Bennett JC, Plum F. Tratado de Medicina Interna. 20ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 1884

**Endereço para correspondência:****SANDRA F. MOREIRA-SILVA**

Rua Natalina Daher Carneiro, 55/302 - Bairro: Jardim da Penha

29060-490, Vitória, ES, Brasil.

Tel. 55 27 3225-6070 – Fax: 55 27 3137-2415 / 3137-2477

E-mail: sanfag@terra.com.br

Recebido em: 05/06/2006

Aprovado em: 03/07/2006