

# SÍFILIS CONGÊNITA, GÊMEOS NATIMORTOS E RETENÇÃO PLACENTÁRIA CULMINANDO EM HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO

## CONGENITAL SYPHILIS, STILLBORN TWINS AND PLACENTAL RETENTION CULMINATING IN HYSTERECTOMY: CASE REPORT

Carolina FN Martins<sup>1</sup>, Filomena A Silveira<sup>2</sup>, Afonso G Muzitano<sup>3</sup>,  
Marcus Vinícius C Pereira<sup>3</sup>, Philippe Godefroy C Souza<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** a sífilis congênita é uma das mais incabíveis causas de morbidez e mortalidade perinatal, o que revela uma assistência pré-natal ineficaz. A infecção intra-uterina pelo *Treponema pallidum* pode resultar em natimorto, morte neonatal, prematuro e/ou lesões sífilíticas que conduzem a distúrbios como surdez, prejuízo neurológico e deformidades ósseas. É infecção congênita que persiste em destaque, mesmo com a penicilina G benzatina reduzindo em quase 98% a transmissão materno-fetal quando a mãe é tratada adequadamente. **Objetivo:** neste trabalho apresenta-se o caso de uma gestação gemelar que teve como desfecho a morte intra-útero dos fetos, a retenção placentária e o choque hipovolêmico, culminando em histerectomia, ocorrido na maternidade do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, em Valença, Rio de Janeiro. **Relato do caso:** relata-se a história de uma paciente de 33 anos, de classe socioeconômica baixa, multipara, admitida no serviço em trabalho de parto prematuro, com ambos os fetos mortos intra-útero. O parto foi transpélvico, com retenção placentária e choque hipovolêmico. Efetuado o pronto-atendimento, foi realizada a histerectomia e a estabilização do quadro. O VDRL, por razão da internação, revelou positividade, com início do tratamento. A paciente permaneceu internada oito dias. **Conclusão:** fica evidente que a sífilis é uma moléstia com graves conseqüências para as gestantes e seus conceitos, visto que 80% das mães infectadas sem tratamento, transmitem a doença para os fetos e um grande número destes morre antes de alcançar dois anos de idade.

**Palavras-chave:** gestação gemelar; natimorto; retenção placentária; sífilis congênita, DST

### ABSTRACT

**Introduction:** congenital syphilis is one of the most inappropriate morbidity causes and perinatal mortality, revealing ineffective prenatal care. The intra-uterine infection for the *Treponema pallidum* can result in stillborn, neonatal death, premature and/or syphilitic lesions that lead to disorders as deafness, neurological damage and bone deformities. It is congenital infection that persists in prominence, although penicillin benzathine G prevents in almost 98% the maternal-fetal transmission, when the mother is treated correctly. **Objective:** this work presents the case of a twins' gestation that ended up with the death intra-uterus of fetuses, placental retention and shock due to loss of blood, culminating in hysterectomy, which happened at the Maternity of Hospital School Luiz Gioseffi Jannuzzi, in Valença, Rio de Janeiro. **Case report:** the case of a 33 year-old patient who belonged to a low socioeconomic class, with several previous childbirths is related, she was admitted in the service in premature birth work, with both fetuses dead intra-uterus. The childbirth was transpelvic, with placental retention and shock due to loss of blood. With ready-attendance done, hysterectomy and the stabilization of the case. VDRL, in cases of internment, revealed to be positive, in the beginning of the treatment. The patient stayed eight days in the hospital. **Conclusion:** it is evident that syphilis is a disease with serious consequences to pregnant women and their children, since, 80% of infected mothers without treatment, they transmit the disease to the fetuses and several of them die before reaching two years old.

**Keywords:** twins' gestation; stillborn; placental retention; congenital syphilis, STD

## INTRODUÇÃO

A sífilis foi relatada pela primeira vez por Cumano, em 1495, e, desde o princípio, a infecção foi associada à transmissão sexual e uma série de preconceitos persistem até hoje.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, todos os anos, pelo menos meio milhão de crianças nascem com sífilis congênita e meio milhão, mortas ou com seqüelas, resultantes da sífilis materna.<sup>2</sup> No Brasil, é uma doença de elevada magnitude. No estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e

de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3%, na região Centro-Oeste.<sup>3</sup>

Fatores que determinam a persistência de sífilis congênita como problema de saúde pública incluem uma falta de consciência da seriedade do problema entre os governantes, funcionários da saúde e provedores de cuidado médico, difícil acesso ao pré-natal, uma baixa demanda ao teste VDRL e o estigma e a discriminação que cercam as infecções sexualmente transmissíveis.<sup>4</sup>

A sífilis é uma infecção crônica, transmitida por via sexual e causada pelo *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*;<sup>5</sup> é congênita quando transmitida de mãe para o feto, geralmente entre a 16ª e a 18ª semana de vida intra-uterina.<sup>1</sup>

As conseqüências da sífilis para mãe, gravidez, feto e criança são consideráveis, mas evitáveis. A maioria das mulheres grávidas com sífilis é assintomática e triagens sorológicas devem ser

<sup>1</sup>Acadêmica do sexto ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

<sup>2</sup>Professora Titular de Obstetrícia e Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

<sup>3</sup>Plantonista da Maternidade da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

<sup>4</sup>Professor Assistente da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

realizadas logo na primeira visita ao pré-natal. No Brasil, o protocolo é usar o teste não-treponêmico (isto é, VDRL). Quando os resultados forem compatíveis com qualquer tipo de sífilis ativa, tratamento é requerido, sendo o de escolha com penicilina G benzatina.<sup>6,7</sup>

Este relato tem por objetivo apresentar um caso de sífilis congênita em uma gestação gemelar, com natimortos e acretismo placentário, destacando a importância da prevenção primária desta moléstia.

## RELATO DO CASO

Mulher, 33 anos, negra, natural de Valença (RJ), do lar, gestação gemelar, XIIG/XP/OA (X partos vaginais dirigidos), pré-natal iniciado em 05/09/2007 com IG de 24 semanas e um dia (DUM: 20/03/2007), comparecendo àquela e a mais uma consulta em 03/10/2007, caracterizando não-realização do pré-natal segundo a OMS. Realizou as sorologias para toxoplasmose (IgG positivo; IgM negativo), hepatite B (HBsAg não reagente) e HIV (anti-HIV não-reagente). Solicitados, porém não realizados, os outros exames da rotina de pré-natal, inclusive o VDRL, pois na cidade de Valença as sorologias, exceto para a sífilis, são realizadas por laboratório diferente e, quase sempre, os exames não-sorológicos apresentam muita demora em sua execução. Relato de antitetânica prévia e tipo sanguíneo O+.

Admitida na maternidade do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi em 16/10/2007, às 10:20 h, com IG de 30 semanas, portando Termo de Solicitação e Informação para submeter-se à laqueadura tubária, após devida orientação sobre planejamento familiar realizada por esta instituição. Encontrava-se em trabalho de parto prematuro, relatando ruptura prematura das membranas há 36 horas.

O exame da admissão constatou paciente alerta e orientada, hidratada, hipocorada; sinais vitais normais; aparelhos cardiovascular e respiratório sem alteração; abdome gravídico, fundo uterino medindo 33 cm, metrossístoles de média intensidade, batimentos cardíacos do feto 1 e do feto 2 ausentes, assim como os movimentos fetais. Ao toque, colo 3 cm dilatado, bolsa rota, líquido amniótico fétido, feto 1 em apresentação pélvica.

Realizada ultra-sonografia obstétrica que constatou gravidez gemelar com ausência de ambos os batimentos cardíacos.

Iniciada hidratação venosa, cefalotina e ocitocina e encaminhada à sala de parto: expulsão do feto 1 às 11:50 h, pélvico, sexo feminino, pesando 700 g e do feto 2 às 12:10 h, cefálico, sexo feminino, pesando 510 g, ambos natimortos e macerados.

Expulsos os fetos, não ocorreu o delivramento, por retenção placentária, quando então se tentou, sem sucesso, a extração manual da placenta sem analgesia. Com hemorragia transvaginal intensa e hipotensão, a paciente foi levada ao centro cirúrgico onde, sob anestesia intravenosa, a placenta foi extraída manualmente ao mesmo passo que se realizava reposição volêmica com cristalóides e concentrado de hemácias.

A puérpera deixou a sala de cirurgia às 13:45 h e foi encaminhada à unidade de pós-operatório (UPO), de onde retornou para o mesmo centro cirúrgico, minutos depois, com expressiva metrorragia, hipotonia uterina, hematoma paracervical e no istmo à

esquerda, 60 × 20 mmHg de pressão arterial (PA), progredindo para o choque hipovolêmico.

Assim, decidiu-se pela realização de histerectomia subtotal abdominal, sob anestesia geral e nova reposição volêmica com cristalóides e concentrado de hemácias.

Readmitida na UPO, a paciente foi colocada em ventilação mecânica (modo assistido-controlado). Constatada PA de 60 × 30 mmHg e perfusão capilar diminuída, foram administradas mais duas bolsas de hemácias e noradrenalina. Após estabilização hemodinâmica, PA de 140 × 80 mmHg, a noradrenalina foi progressivamente diminuída, o nível de consciência retornou ao estado vigil e foi retirado o tubo orotraqueal.

No segundo dia de internação hospitalar, recebeu alta da UPO e foi encaminhada para a maternidade.

Já na maternidade, no fim do segundo dia de internação, foram solicitados novos exames, com resultados: hematócrito, 26%; hemoglobina, 8,3 mg/dL; leucograma, 8.500 sem desvios; uréia, 16 mg/dL; creatinina, 0,62 mg/dL; ácido úrico, 6,2 mg/dL; sódio, 136 mEq/L; potássio, 2,9 mEq/L; proteína total, 4,4 g/dL; albumina, 2,4 g/dL; globulina, 2,0 g/dL e VDRL, 1:64, exame esse que foi coletado na admissão, porém o resultado só foi liberado dois dias após.

Diante do diagnóstico de sífilis, foi medicada com a primeira dose de penicilina benzatina de 2.400.000 UI IM.

A paciente manteve-se clinicamente estável até o quarto dia de internação hospitalar, quando apresentou um pico febril (temperatura axilar de 39,4°C) associado à mastalgia. Ao exame físico caracterizou-se mastite lactacional, tratada com parlodol, tenoxicam, gelo, enfaixamento das mamas e ordenha. Acrescentado ao esquema antibiótico (D4 cefalotina) garamicina. Solicitado hematócrito e hemoglobina, com resultados 21% e 6,7 mg/dL, respectivamente. Diante da anemia aguda, foi iniciada a transfusão de mais uma bolsa de concentrado de hemácias, entretanto a paciente apresentou reação transfusional (temperatura axilar de 38,2°C, 118 bpm, 180 × 100 mmHg, tremor e abalos de extremidade, poliartralgia e dispnéia). O procedimento foi suspenso e foi realizada hidratação venosa, furosemida e hidrocortisona.

A paciente manteve boa evolução, embora tenha apresentado dois picos febris, um no sexto e outro no sétimo dia de internação, sem associação com qualquer sinal de infecção ou processo inflamatório.

No oitavo dia de internação hospitalar, foi solicitado o exame de urina tipo 1, que apresentou 16 piócitos por campo e microbiota aumentada. Paciente solicitou alta, assinando termo de responsabilidade, tendo sido liberada então. Foi tentado contato através de busca ativa da paciente, pelo serviço social, sem êxito.

## DISCUSSÃO

O aumento da incidência de sífilis nos países em desenvolvimento implica em risco de mais casos de sífilis congênita em recém-nascidos. É crucial estar atento às conseqüências desta infecção em neonatos e fetos, como relatado neste caso, cujo desfecho foi ominoso aos conceitos e à parturiente, ressaltando as várias medidas disponíveis para sua prevenção e tratamento.<sup>2,8,9</sup>

A ocorrência continuada de sífilis congênita denuncia a má qualidade dos serviços de pré-natal e a qualidade pobre de pro-

gramas para controlar as infecções sexualmente transmitidas. Assim, mais de um milhão de crianças nascem com sífilis congênita, a cada ano, no mundo.<sup>10</sup>

O diagnóstico sorológico de sífilis na gravidez é importante, visto que a maioria das mulheres grávidas com sífilis é assintomática, metade das crianças contaminadas verticalmente também é assintomática e sinais em crianças sintomáticas podem ser sutis e inespecíficos. Testes diagnósticos mais novos, como imunoenaios enzimáticos, reação em cadeia de polimerase (PCR) e *Western blot* fizeram o diagnóstico mais sensível e específico, mas são indisponíveis na maioria dos serviços de saúde e não são essenciais para o diagnóstico, pois o VDRL é um teste sensível, barato e de fácil execução.<sup>10</sup> Assim, ressalta-se a importância da saúde primária, captação e triagem no pré-natal.

A infecção congênita seria menos provável se fossem tratadas as mulheres grávidas com sífilis antes do começo do terceiro trimestre (28 semanas). Porém, boa parcela das gestantes ainda inicia o tratamento pré-natal no último trimestre das gravidezes ou na hora do parto, quando a sífilis congênita, infelizmente, já aconteceu.<sup>2</sup> Neste relato, o desenlace desta doença para os fetos foi, lamentavelmente, a natimortalidade. Ressalta-se a importância de priorizar o diagnóstico sorológico da doença, inclusive no parto, pois no caso citado a paciente foi submetida a vários exames de complexidade maior que o VDRL, com prontidão dos resultados, enquanto o resultado sorológico para a sífilis só foi liberado 48 após a sua coleta; sendo que o exame apresenta técnica e execução simples.

Os riscos de transmissão vertical e doenças fetais estão diretamente relacionados com a fase de sífilis materna durante a gravidez. Sífilis recente com presença de cancro duro (primária), sífilis recente na vigência de lesões de pele (secundária), sem tratamento, podem resultar em 40% de perda fetal, apresentados como abortos espontâneos, natimortos ou morte perinatal. Outros 40% dos fetos nascidos de mães com sífilis recente sem tratamento podem ter lesões congênitas. Os riscos de perda fetal e sífilis congênita diminuem um pouco na fase latente precoce, e ocorrem reduções para 10% na latente tardia, respectivamente. Não obstante, o tratamento de sífilis materna com penicilina previne quase 98% de infecções congênitas. Sendo assim, eliminar a sífilis congênita requer triagem pré-natal e pronto tratamento.<sup>11,12,13</sup>

Neste relato, o desfecho desfavorável ao binômio materno-fetal, culminando em histerectomia materna e morte gemelar, denuncia a falha na assistência médica pré-natal, no serviço social, e o descaso da unidade de saúde em não priorizar o exame de VDRL. A importância da assistência pré-natal adequada e compromissada transcende a responsabilidade médica, pois culpar a paciente por não ter retornado à consulta de pré-natal não isenta a responsabilidade da unidade de saúde da busca ativa desta paciente durante a gestação, e a priorização do VDRL (lembrar que foram realizados testes para toxoplasmose e hepatite) certamente impediria o desfecho negativo e os custos elevados deste caso.

Na semana nacional para o combate à sífilis congênita, uma unidade universitária convive com uma doença milenar, com diagnóstico secular e tratamento consagrado, simplesmente pela falta de busca ativa da paciente e pela priorização do diagnóstico e do tratamento adequados para a sífilis. Quanto custaria para identificar a ausência desta paciente no pré-natal, entrando em contato com a mesma, e quanto custou o desfecho deste caso? Priorizar o bem-estar da gestante e do feto é um dever do sistema de saúde e um direito da paciente.

## CONCLUSÃO

Fica evidente que a sífilis é uma moléstia com graves consequências para as gestantes e seus conceitos, visto que 80% das mães infetadas sem tratamento, transmitem a doença para os fetos e um grande número destes morre antes de alcançar dois anos de idade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza SM, Codinha S, Cunha E. The girl from the Church of the Sacrament: a case of congenital syphilis in XVIII century Lisbon. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [online]. [cited 2008-01-03], pp. 119-128. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02762006001000018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762006001000018&lng=en&nrm=iso). ISSN 0074-0276. doi: 10.1590/S0074-02762006001000018. Acessado em: 19/10/2007.
2. Cheng JC, Zhou H, Hong FC, Zhang D, Zhang YJ, Pan P et al. Syphilis screening and intervention in 500 000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. Sex Transm Inf 2007; 83: 347-350.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Epidemiologia: Sífilis Congênita. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm>. Acessado em: 20/10/2007.
4. Valderrama J, Zacañas F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. 2004; 16(3): 211-7.
5. Peeling RW, Hook EW. The pathogenesis of syphilis: the Great Mimicker, revisited. 2006; 208(2): 224-32.
6. Mandelbrot L, Marcollet A. Syphilis and pregnancy. 2004; 54(4): 392-5.
7. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. 2004; 82(6): 439-46.
8. Carles G, Lochet S, Youssef M, El Guindi W, Helou G, Allassan N, Lambert V. Syphilis and pregnancy. 2007; 33(2): 56-58.
9. Schatorjé EJ, Bruijn M, op de Coul ME, Busari JO. Prevention and treatment of congenital syphilis. 2007; 151(41): 2241-7.
10. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. 2004; 82(6): 424-30.
11. Li Y, Gonik B. Is congenital syphilis really congenital syphilis? Infect Dis Obstet Gynecol 2006; 21(4): 322-325.
12. Rodrigues CS, Guimarães MD. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. 2004; 16(3): 168-75.
13. Sá RAM. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola-UFRJ. DST – J bras Doenças Sex Transm 2001, 13(4): 6-8.

### Endereço para correspondência:

**PHILIPPE GODEFROY COSTA DE SOUZA**

Avenida Independência, 35, Pendotiba, Niterói, RJ.

CEP: 24322-380

E-mail: [godefroy@globocom](mailto:godefroy@globocom)

Recebido em: 02/12/2007

Aprovado em: 12/01/2008