

SÍNDROME NEFRÓTICA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO

NEPHROTIC SYNDROME IN A CONGENITAL SYPHILIS PATIENT: CASE REPORT

Letícia Martins Soares¹, Iasmim Silva Machado Torres², Amanda Magnago Faccini², Marina Siqueira Teixeira², Alice Bissonho De Almeida Pinheiro², João Carlos Borromeu Piraciaba³

¹. Acadêmico(a) de medicina na Universidade Federal de Alfenas.

². Acadêmico(a) de medicina na Faculdade de Medicina de Campos.

³. Médico Nefrologista no Hospital Ferreira Machado.

Hospital Ferreira Machado. Rua Rocha Leão, 02 – Centro, Campos dos Goytacazes – RJ, 28051 – 170.

Autor responsável para correspondência:

Nome: Letícia Martins Soares

Endereço: Avenida Alberto Torres, 217, Centro, 28.035-581, Campos dos Goytacazes/RJ

Telefone: 21012929

RESUMO

Sífilis é uma doença infecciosa de grande incidência e importância epidemiológica, e ações voltadas para o incentivo de práticas sexuais seguras podem contribuir para modificar essa estatística. A Sífilis congênita é caracterizada como a infecção do conceito, quando a gestante portadora da infecção não é tratada ou recebe tratamento inadequado. O objetivo desse relato é descrever um caso de manifestação renal da sífilis em paciente de 3 meses, que apresentou manifestações síndromicas e laboratoriais compatíveis com síndrome nefrótica, e seus desafios para o manejo e a conclusão diagnóstica. Diante desse quadro, faz-se necessária a sensibilização de profissionais e da comunidade sobre a importância do diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis congênita, síndrome nefrótica, manejo.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease of great incidence and epidemiological importance, and actions aimed at encouraging safe sexual practices can contribute to modify this statistic. Congenital syphilis is characterized as the infection of the fetus, when the pregnant woman with the infection is not treated or receives inadequate treatment. The purpose of this report is to describe a case of renal manifestation of Syphilis in a 3-month-old patient, who presented syndromic and laboratory manifestations compatible with nephrotic syndrome, and their challenges for management and diagnostic conclusion. Given this situation, it is necessary to raise the awareness of professionals and the community about the importance of early diagnosis and effective treatment.

KEYWORDS: Congenital syphilis, nephrotic syndrome, management.

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos 10 anos, principalmente a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, segundo estudo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2018.¹ Em um estudo realizado pelo mesmo sistema no ano de 2017 foi constatada a notificação, no período de 2005 a junho de 2017, de 200.253 casos de sífilis em gestantes no país.²

A sífilis trata-se de uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria de transmissão predominantemente sexual.³ Essa doença pode ser controlada, principalmente, através de ações voltadas à conscientização da população em relação às medidas preventivas para a prática sexual segura.⁴

A forma congênita da sífilis é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante que não é tratada, ou que recebe um tratamento inadequado, para o seu conceito, pela via transplacentária.³ A ocorrência dessa doença nesse grupo é dramática devido à possibilidade de evitar infecção do conceito através do rastreamento sorológico, que é obrigatório no acompanhamento pré-natal, tratamento e prevenção adequados, além de evitar, também, a reinfeção materna.⁴

Quando não tratada corretamente, pode haver evolução da sífilis para estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, ossos, rins e sistema nervoso central do recém-nascido, sendo, no caso dos rins, uma importante causa da síndrome nefrótica.³

OBJETIVO

Relatar um caso de manifestação renal da sífilis em um recém-nascido e seus desafios para o manejo e a conclusão diagnóstica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 3 meses, deu entrada em hospital de referência acompanhado da mãe, que relata redução de mobilidade do membro superior esquerdo há cerca de 1 semana, distensão abdominal há 4 dias acompanhada de fezes pastosas e não sanguinolentas, diurese reduzida e edema de membros e pálpebras. Nega febre, tosse, episódio convulsivo e relata episódio único de vômito.

A história gestacional e perinatal revela que foi realizado parto normal e a IG era de 38 semanas, PN= 2500g, EN= 47,5cm; PC= 33cm e Apgar= 9/10. Foi realizado o pré-natal, e mãe apresentou infecção do trato urinário no 3º trimestre de gravidez. Testes da orelhinha, do olhinho, do coração e do pezinho dentro

da normalidade.

Na história vacinal, consta que recebeu vacina para hepatite B, BCG, VIP, pneumo 10 e rotavírus¹. Recebe alimentação materna exclusiva e a mãe nega Sífilis, HIV, rubéola e toxoplasmose. A história familiar é negativa para tuberculose, HIV e diabetes, e a avó materna é hipertensa.

Ao exame, os dados antropométricos revelam um PC= 38 cm e um peso= 5775g. Paciente agitado, hidratado, acianótico, anictérico, hipocorado +/-4 e com edema importante de membros inferiores e abdômen, de aspecto endurecido e com cacifo. Os sinais vitais demonstraram uma PA= 111x92, uma FC=137 bpm, uma saturação de 98.99% e uma FR= 42 IRPM. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. O abdômen era globoso, distendido, com peristalse presente e doloroso a palpação e as vísceras eram de difícil identificação pelo edema. Ao exame dos membros, apresentava paresia de membro superior esquerdo e MMII edemaciados.

O laboratório na emergência evidencia: Hto= 32, seg= 66, AST= 52, ALT= 89, Mg= 1,2; Ca= 7,1; Albumina= 1, LDH= 603, TAP= 23,1; PTT= 46,1; Na=109, Hb= 10,5; ureia= 33, creatinina= 0,1; colesterol= 246, triglicérides= 681, VLDL= 136 demonstrando uma hiperlipidemia acompanhada de uma hipoalbuminemia, e a radiografia demonstrava infiltrado pulmonar discreto no hilo e em base direita.

Diante do quadro, foi levantada a hipótese diagnóstica de síndrome nefrótica, e solicitados exames : sangue, VDRL e urina; além do parecer do nefrologista, neurologista e ortopedista. Foi solicitada tomografia de abdômen e crânio. O VDRL veio reagente, com o valor de 1/128; e a proteinúria de 24 horas era de 823 mg (>50 mg/Kg em 24 hrs, ou seja, proteinúria nefrótica). A tomografia de abdômen evidenciou moderada ascite. A tomografia de crânio era normal, sem sinais de irritação meníngea. Diante do quadro, o diagnóstico de Sífilis congênita com provável pseudoparalisia de Parrot e síndrome nefrótica foi realizado e foi prescrito penicilina cristalina 300.000 U/Kg/dia, prednisona, furosemida e albumina.

Paciente evolui 4 dias depois do momento de internação com ascite, anasarca e edema de região escrotal. Foi realizada USG com punção que demonstra líquido purulento e turvo, houve a necessidade então de adicionar cefepime associado a vancomicina além do que o paciente já fazia uso. Foi instituído o uso de amins vasoativas (noradrenalina 0,5) e manteve-se paciente em observação, reduzindo nora quando este manifestou aumento de pressão e boa perfusão.

Exame complementar demonstrou PTT= 48,3;

TAP= 23,3 40,4%; INR= 2,21; Ht= 30,9%; HB= 10,6; leucócitos= 11,900, albumina= 2,4; Ureia= 32; Creatinina= 0,4; K= 1,8; Na= 144, Ca= 8,4; e a conduta foi repor K em 24h 1,5mg e uso de vitamina K.

Após 12 dias de internação, suspendeu-se noradrenalina, e no 15º dia, como a análise dos fatores hemostáticos mostrou-se dentro dos limites de normalidade, suspendeu-se vitamina K. Paciente evolui com melhora do edema e culturas negativas.

DISCUSSÃO

Sífilis congênita é uma infecção fetal intra-útero, causado pelo *Treponema pallidum*, adquirida através da placenta ou líquido amniótico infectado, com passagem do treponema pelas membranas fetais. O risco total de o feto ser infectado pela placenta é de cerca de 60 a 80%, e a probabilidade aumenta na 2ª metade da gestação. As manifestações da sífilis são classificadas como congênicas precoces quando se apresentam do nascimento até os 2 anos de idade e congênicas tardias após os 2 anos de idade.⁵

A sífilis congênita precoce geralmente se manifesta durante os primeiros 3 meses de vida. O lactente pode apresentar pênfigo palmo-plantar, exantema máculo-papular, rinite muco-sanguinolenta, lesões papulares ao redor do nariz, da boca e das áreas da fralda, e ainda lesões petequiais. Linfadenopatia generalizada e hepatoesplenomegalia ocorrem com frequência. Algumas crianças desenvolvem meningite, coroidite, hidrocefalia ou convulsões. Como manifestações osteoarticulares, o lactente pode apresentar osteocondrite, especialmente em ossos longos e arcos costais, e periostite, podendo provocar pseudoparalisia de Parrot pela osteocondrite dos membros com alterações ósseas radiológicas características.^{5, 6}

O diagnóstico pode ser feito pela avaliação clínica, VDRL da mãe e neonato, microscopia em

câmara escura das lesões e placenta ou cordão umbilical e possível análise do LCR. O paciente em questão apresentou VDRL reagente 1/128^{5, 6}

O paciente do relato apresentava componentes clássicos de síndrome nefrótica: proteinúria maciça (≥ 40 mg/m² /h, 3+ em EAS ou >50 mg/kg/24h), hipoalbuminemia (≤ 2.5 g/dL) e edema. A síndrome nefrótica é uma doença renal relativamente comum na população pediátrica, e uma das possíveis causadoras dessa síndrome é a sífilis congênita, embora não seja uma manifestação frequente desta patologia. As causas infecciosas correspondem a 5% dos casos de síndrome nefrótica em pacientes de 0 a 12 anos, sendo que a sífilis congênita é a etiologia mais comum entre elas.^{7, 8, 9, 10, 11}

O quadro clínico da síndrome nefrótica pode se associar também à disfunção hepática, febre, anomalias cutâneas, glomerulonefrite membranosa na biópsia, anasarca, inflamações das serosas, oligúria, aumento do risco de lesão renal aguda, distúrbios hidroeletrólíticos, maior suscetibilidade ao desenvolvimento de infecções secundárias por alterações da imunidade, dislipidemia, hipercoagulabilidade e desnutrição.^{7, 8, 9, 10}

CONCLUSÃO

Conclui-se, com esse estudo, que ainda há muito o que progredir para o alcance da meta da OMS, a qual objetiva eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública. Para que seja possível a redução da prevalência de sífilis na gestação e, por consequência, da sífilis congênita, faz-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde e da comunidade sobre a importância do diagnóstico precoce, além do tratamento eficaz da mulher e de seu parceiro. Logo, nota-se a necessidade de atenção à prevenção primária e secundária, a fim de reduzir tais manifestações secundárias, como o caso de síndrome nefrótica em

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília/DF; 2018.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília/DF; 2017.
- Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação [Informes Técnicos Institucionais]. Rev Saúde Pública 2008;42(4):768-72.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015; v. 24, n. 4, p. 681–694. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010
- Sífilis congênita. Manuais MDS. Disponível em: <www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/infecções-em-recém-nascidos/s%C3%ADfilis-congênita>. Acesso em: 4 de julho de 2020.
- Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.

DOWNIE, M. L. et al. Nephrotic syndrome in infants and children: Pathophysiology and management. *Paediatrics and International Child Health*. 2017; v. 37, n. 4, p. 248–258. DOI: 10.1080/20469047.2017.1374003.

POLLNER, P. Nephrotic Syndrome Associated with Congenital Syphilis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1966; v. 198, n. 3, p. 263–266.

9) ÇAM, H. et al. Congenital syphilis presenting with nephrotic syndrome and leucocytoclastic vasculitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2004; v. 18, n. 4, p. 484–486. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2004.00933.x
Cisneros, L. Síndrome nefrótico en niños: Rol del pediatra y nefrólogo pediatra. [Artículo de Revisión]. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2018; v. 18, n. 1, p. 55–64. DOI 10.25176/RFMH.v18.n1.1270.

FUJIMURA, M. D. et al. Hematúria na criança : estudo retrospectivo de 128 casos. Hematuria in children : retrospective study of 128 pediatric patients. *J Pediatr (Rio J)*. 1998; v. 74, p. 119–124.