



REVISÃO DE LITERATURA: SÍFILIS SECUNDÁRIA

Autor(es): CASANOVA, Liliane Cagliarani; NOBLE, Justino Afonso Cuadros

Apresentador: LILIANE CAGLIERANI CASANOVA

Orientador: José da Cunha Silveira

Revisor 1: ANA MARIA FERREIRA BORGES TEIXEIRA

Revisor 2: ANGELA CHAPON CORDEIRO MADEIRA

Instituição: UFPEL

Resumo:

Em 1905, o agente causador da sífilis foi reconhecido como sendo o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta fina, unicelular, com 6 -15 μm de comprimento e 0.14 - 0.2 μm de largura, visualizado em microscopia de campo escuro. O *T. pallidum* penetra através de lesões ou mucosa íntegra, sendo o contato sexual a forma mais comum de transmissão, seguida pela via materno-fetal e transfusão sanguínea. Até três meses após o contágio, surge o cancro duro, indolor, com bordos elevados e firmes, com duração de três a seis semanas e remissão espontânea.

Quatro a oito semanas após o cancro inicial, na falta de tratamento, surgem lesões de sífilis secundária, em geral máculas róseas, disseminadas, não pruriginosas, nas palmas das mãos, solas dos pés, flancos e braços, poupam a face e desaparecem em quatro a doze semanas. Cefaléia, mialgia e febre também podem ocorrer. O Condiloma lato, lesão infectante, papulosa ou em placas, branca, sem limites nítidos, apresentando correspondente em áreas justapostas (lesões em espelho), ocorre em 5-22% dos pacientes. A doença não tratada pode evoluir para fase latente, assintomática, e progredir para a fase terciária, que inclui a sífilis gomosa, a neurosífilis e a sífilis cardiovascular.

Após a suspeita de sífilis, a confirmação deve ser obtida com testes sorológicos (padrão-ouro). Os testes não treponêmicos, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin), são utilizados no rastreamento inicial. Os casos reagentes devem ser confirmados com um teste treponêmico específico como o FTA-Abs (Fluorescent *Treponema* Antigen Absorvent), ELISA (Enzima imunoensaio para anticorpo anti-*Treponema*) ou PCR (Polimerase Chain Reaction).

O VDRL é o teste mais utilizado no diagnóstico da sífilis, com alta sensibilidade na sífilis secundária (100%), e especificidade (E) de 99 a 100%, ocorrendo falso-positivos em condições como malária, hanseníase ou sarampo. A dosagem quantitativa, em títulos, torna-se positiva cinco a seis semanas após a infecção. Com o tratamento, negativa-se em um ano, embora baixos títulos possam perdurar por toda a vida. O teste treponêmico, FTA-Abs, confirma o diagnóstico, com sensibilidade de 84% na sífilis primária e 100% nos outros estágios, (E = 96%).

O tratamento recomendado é Penicilina G benzatina 2.400.000UI intramuscular, dose única, incluindo os parceiros sexuais dos últimos 90 dias. Pacientes alérgicos à penicilina devem usar ceftriaxone ou azitromicina.