



RELATO DE CASO

Sífilis congênita: uma emergência emergente também no Brasil

Congenital syphilis: an emerging emergency also in Brazil

Eleonor G. Lago¹, Pedro Celiny Ramos Garcia²

Resumo

Objetivos: Chamar a atenção para o fato de que alguns recém-nascidos com sífilis congênita podem não ser diagnosticados ao nascer, vindo a necessitar atendimento de emergência, já gravemente doentes, durante os primeiros meses de vida.

Métodos: Revisão dos prontuários de 3 pacientes com sífilis congênita e pesquisa bibliográfica, utilizando como bases de dados o Medline e o Lilacs, abrangendo o período de 1988 a 1999.

Resultados: Descrevemos os casos de 3 lactentes com sífilis congênita que somente foram diagnosticados após o período neonatal, quando necessitaram atendimento em serviços de emergência e hospitalização em unidade pediátrica de tratamento intensivo. O primeiro caso apresentou neurosífilis e desenvolvimento de síndrome nefrótica, o segundo com neurosífilis; e o terceiro, predomínio de hepatite sífilítica. Discutimos os quadros clínicos apresentados e comentamos outras manifestações clínicas da sífilis congênita que podem levar à necessidade de consulta em serviços de emergência. Analisamos os motivos que podem levar ao não diagnóstico da infecção ao nascimento e descrevemos alguns fatores de risco para a sífilis gestacional.

Conclusões: Tendo em vista a crescente incidência de sífilis no Brasil, assim como a possibilidade de que a infecção congênita passe despercebida no recém-nascido, os médicos dos serviços de emergência precisam manter um alto grau de suspeição e estar alertas para fatores de risco maternos, falhas do diagnóstico sorológico pré-natal e diversas manifestações clínicas da sífilis congênita que podem se desenvolver nos primeiros meses de vida.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(6): 461-465: sífilis congênita, infecções congênicas, emergência.

Abstract

Objective: To highlight to the fact that some newborns are not identified as having congenital syphilis, and will present to an emergency room within a few months with a severe disease.

Method: Review of the charts concerning 3 patients with congenital syphilis, as well as review of the literature using Medline and Lilacs databases, covering the period from 1988 to 1999.

Results: We describe the case of 3 infants whose diagnosis of congenital syphilis was only established after the neonatal period, when they presented to the emergency room and were admitted to the pediatric intensive care unit. The first patient had neurosyphilis and nephrotic syndrome, the second had neurosyphilis, and the third had hepatitis. We discuss the clinical aspects of the cases, and comment on other clinical manifestations of congenital syphilis that should be within the purview of pediatric emergency medicine. We analyze the reasons for the failure to diagnose syphilis at birth, and describe some risk factors for gestational syphilis.

Conclusions: Considering the rising incidence of syphilis in Brazil, and the possibility that the congenital infections are not recognized at birth, emergency physicians must keep a high degree of suspicion and an awareness of maternal risk factors, prenatal serology pitfalls, as well as of the several clinical presentations of congenital syphilis that can develop in the first months of life.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(6): 461-465: congenital syphilis, congenital infections, emergency room.

-
1. Mestre em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS- 2000). Profª Adjunta do Depto. de Pediatria da Fac. de Medicina da PUCRS. Especialista em Neonatologia. Orientadora do Ambulatório de Infecções Congênicas do Hosp. São Lucas da PUCRS.
 2. Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Adjunto de Pediatria e Regente da Disciplina de Terapia Intensiva Pediátrica do curso de Pós-Graduação em Pediatria da Faculdade de Medicina da PUCRS, Médico Chefe do Serviço de Terapia Intensiva e Emergência do Hospital São Lucas da PUCRS.

Trabalho de conclusão da disciplina de Terapia Intensiva Pediátrica do Curso de Pós-Graduação em Pediatria da PUCRS, realizado no Hospital São Lucas e Faculdade de Medicina da PUCRS.

Introdução

Na última década vem ocorrendo aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita no Brasil¹. Esse fenômeno também aconteceu, entre o final da década de 80 e primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, onde provocou uma grande mobilização, inicialmente nos meios acadêmicos, com pesquisas que focalizaram e identificaram o problema² e, a seguir, nos órgãos de saúde pública, com instituição de medidas visando o seu controle³. Nos países em desenvolvimento, conti-

nua aumentando a ocorrência da sífilis em todas as suas formas, atingindo proporções de verdadeira epidemia. Atualmente, a sífilis é considerada uma doença reemergente¹.

Mais de 50% dos pacientes com sífilis congênita apresentam-se assintomáticos ao nascimento, mas irão apresentar o quadro clínico, na grande maioria dos casos, dentro de 3 a 14 semanas. As manifestações clínicas podem variar de sinais bem específicos ou localizados, até generalizados e inespecíficos, dificultando a suspeita diagnóstica; e de distúrbios leves ou arrastados até quadros fulminantes, configurando um caso de urgência ou emergência^{4,5}.

Com o objetivo de chamar a atenção para o fato de a sífilis congênita poder passar despercebida no período neonatal, vindo a ser motivo de atendimento de lactentes em situações de emergência, estruturamos o presente trabalho visando às seguintes etapas: a) Descrever três formas de apresentação da sífilis congênita no período pós-neonatal, a partir do relato de casos atendidos no Hospital São Lucas da PUCRS (HSL-PUCRS) em Porto Alegre, RS, em um período de 18 meses; b) fazer uma breve mas pertinente revisão bibliográfica sobre o assunto, abordando alguns aspectos clínicos e epidemiológicos da doença e enfatizando a necessidade de incluir a sífilis congênita no diagnóstico diferencial das emergências pediátricas.

Relato dos casos

Caso Nº 1

Paciente de 2 meses e meio, foi trazido à consulta na emergência do HSL-PUCRS por um familiar, pois a mãe encontrava-se enferma. O paciente vinha apresentando diarreia há 2 semanas e fezes sanguinolentas há 2 dias. Ao exame físico apresentava-se desidratado e desnutrido, pesando 3.100g (peso de nascimento 2.600g). Observou-se enterorragia. Foi iniciada hidratação parenteral. Exames iniciais: Hemograma: hemoglobina 8g/dl, leucócitos 13.300/mm³ com 24% de neutrófilos bastonados. Plaquetas 465.000/mm³. Líquor normal. Como houve piora do quadro, foi transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica, passando a receber antibioticoterapia (ampicilina e gentamicina). A hemocultura foi negativa. Na semana que se seguiu houve melhora, mas no 9º dia de antibioticoterapia apresentou febre (38°C), piora do estado geral, plaquetopenia (21.000/mm³) e manutenção do hemograma infeccioso. A terapêutica antimicrobiana foi então trocada para ceftriaxone e vancomicina. Nesse dia o líquido mostrou eritrócitos 1/mm³, leucócitos 33/mm³ com predomínio de linfomonócitos e proteína de 81mg/dl, com glicorraquia normal. No 8º dia de hospitalização a mãe apareceu e foi feita uma anamnese mais completa. Ela referiu que não havia feito nenhum acompanhamento pré-natal e que, durante sua estada no hospital por ocasião do parto, foram solicitados exames de sangue, mas estes não ficaram prontos antes da alta hospitalar. Quando buscou os exames e consultou com o bebê, no primeiro mês de vida, o médico

que a atendeu teria dito que ela e o bebê tinham sífilis, encaminhando-o à hospitalização; mas, como a criança encontrava-se em bom estado, ela não achou necessário seguir esta recomendação. Perante essa história, foram solicitados testes sorológicos para o paciente. No 12º dia de hospitalização, já no 3º dia de ceftriaxone e vancomicina, vieram os resultados desses exames: VDRL 1:128 e FTA-Abs reagente. Foi então acrescentada penicilina cristalina 200.000 UI/kg/dia IV. No 15º dia de hospitalização o paciente iniciou com edema palpebral, o qual foi se acentuando nos dias seguintes, resultando em anasarca. Os exames mostraram hipoalbuminemia (1,9g/dl) e proteinúria maciça, caracterizando uma síndrome nefrótica. Com restrição salina e manutenção das demais medidas terapêuticas, o paciente foi apresentando melhora progressiva, tendo alta com 28 dias de hospitalização, em condições estáveis, ainda desnutrido, para acompanhamento ambulatorial.

Caso Nº 2

Paciente de 2 meses e 20 dias, consultou em serviço de emergência da grande Porto Alegre. Com hipertermia (39,5°C) e crises convulsivas de difícil controle, foi transferido para a UTI Pediátrica do HSL-PUCRS no mesmo dia. Nasceu em hospital da grande Porto Alegre, com peso de 2.840g. Parto normal, alta hospitalar sem intercorrências. Não foi solicitado nenhum exame laboratorial por ocasião do parto, nem da mãe nem da criança. Mãe com 22 anos, referia não ter feito nenhum acompanhamento pré-natal e não saber ao certo quem era o pai da criança. Durante a gestação havia apresentado uma "alergia" na pele, que cedeu sem tratamento. O lactente chegou ao HSL-PUCRS em mau estado geral, palidez cutâneo-mucosa, fontanela tensa, hepatoesplenomegalia, retenção urinária, extremidades frias, pulsos filiformes, má perfusão periférica, mioclonias. Foi entubado e ventilado, recebeu suporte cardiocirculatório, antibioticoterapia e anticonvulsivantes. O líquido mostrou eritrócitos 10/mm³, leucócitos 18/mm³, com predomínio de linfomonócitos, proteinorraquia de 78mg/dl e bacteriológico negativo. Hemograma: hemoglobina 9g/dl, leucócitos 26.000/mm³ (bastonados 8%, segmentados 69%, linfócitos 19%, monócitos 3%). Plaquetas 429.000/mm³. No 3º dia de hospitalização ficaram prontos os testes sorológicos: VDRL sérico 1:128, FTA-Abs reagente, VDRL líquido reagente. Restante do TORCH não reagente. A hemocultura foi negativa. Foi iniciada penicilina cristalina IV, 200.000 UI/kg/dia. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou extensas áreas hipodensas bifrontais. Com crises convulsivas de difícil controle, teve alta após 1 mês de hospitalização, em uso de anticonvulsivantes.

Caso Nº 3

Paciente de 1 mês e 10 dias, nasceu de parto normal em hospital da grande Porto Alegre, com 2.600g, e teve alta sem intercorrências no 2º dia de vida. Mãe com 31 anos, gesta III, os 2 filhos anteriores vivos. Não fez acompanhamento pré-natal, mas consultou uma vez durante a gestação,

por manchas na pele, que foram tratadas como escabiose. Não foi solicitado nenhum exame por ocasião dessa consulta e nem no hospital onde ocorreu o parto. Com 1 mês e 5 dias o bebê iniciou com febre, gemência, tosse seca e abatimento. Dois dias após, consultou no posto de saúde, sendo medicado com antitérmico. Após 3 dias, tendo apresentado piora brusca, foi levado ao serviço de emergência da localidade, de onde foi encaminhado para o HSL-PUCRS, com suspeita de septicemia. Por ocasião da hospitalização apresentava distensão abdominal importante, hepatoesplenomegalia, palidez, hipoatividade e episódios de enterorragia. Hemograma: hemoglobina 4,6g/dl, leucócitos 22.900 (blastos 4%, metamielócitos 3%, bastonados 10%, segmentados 32%, linfócitos 40%, monócitos 11%). Plaquetas 47.000/mm³. Líquor normal. RX de tórax normal. Bilirrubina total 7,9mg/dl, bilirrubina direta 4,7mg/dl, transaminase glutâmico-oxalacética 58mg/dl e glutâmico-pirúvica 22mg/dl. Foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro e terapêutica de suporte. No 5º dia de hospitalização chegaram os seguintes resultados: VDRL sérico 1:64, FTA-Abs reagente e VDRL líquórico não reagente. Foi então acrescentada penicilina cristalina IV, 200.000 UI/kg/dia. A hemocultura não evidenciou crescimento bacteriano. Teve alta hospitalar após 15 dias, em regular estado, ainda apresentando hepatomegalia, icterícia e anemia, para acompanhamento ambulatorial.

Comentários e discussão

O acometimento do sistema nervoso central (SNC) na sífilis congênita é assintomático no período neonatal e por vezes nos primeiros meses de vida, mesmo na presença de anormalidades líquóricas. Uma leptomeningite aguda sintomática pode então aparecer durante o primeiro ano de vida, geralmente entre 3 e 6 meses. Os sinais e sintomas podem ser de meningite bacteriana; entretanto, os achados líquóricos sugerem uma meningite asséptica, com grau moderado de pleocitose, proteinorraquia modesta e glicose normal. O VDRL líquórico geralmente é reagente, mas sua negatividade não exclui o acometimento do SNC. Nosso primeiro caso apresentou pleocitose e leve hiperproteinorraquia, achados compatíveis com o diagnóstico de neurosífilis, levando em conta as outras características do caso. Essa forma de acometimento do SNC responde prontamente à penicilioterapia. Mais tardiamente (em geral no final do primeiro ano de vida) pode ocorrer a sífilis meningovascular crônica, que apresenta um curso protraído, podendo levar a hidrocefalia progressiva, paralisia de nervos cranianos, lesões vasculares cerebrais e deterioração intelectual progressiva. Raramente foi descrito infarto cerebral resultante de endarterite sífilítica, cuja forma de apresentação é uma hemiplegia aguda, em geral complicada por crises convulsivas⁴.

O quadro clínico de síndrome nefrótica por sífilis congênita aparece geralmente entre 2 e 3 meses de idade, sendo as principais manifestações o edema pré-tibial, escrotal e

palpebral e a ascite. A proteinúria e a hipoproteinemia caracterizam a síndrome nefrótica. O acometimento renal é consequência da lesão glomerular por deposição de complexos imunes na membrana basal. Ocorre infiltrado inflamatório perivascular intersticial, predominantemente de plasmócitos e linfócitos. As células epiteliais dos glomérulos encontram-se aumentadas em número e volume. Eventualmente, sobrepõe-se o componente nefrítico⁴.

A hepatite sífilítica pode ser parte de um complexo sintomático grave, como na forma septicêmica, ou ser aparentemente isolada. Traduz-se por hepatomegalia, com ou sem esplenomegalia, icterícia com aumento da bilirrubina conjugada, enzimas hepáticas aumentadas e diátese hemorrágica. Assinale-se que hepatoesplenomegalia e icterícia são os achados de exame físico mais freqüentes na sífilis congênita sintomática no período neonatal⁴. Foi descrito um quadro de hepatite fulminante com calcificações hepáticas, secundário à sífilis congênita⁶.

Achados hematológicos como anemia, plaquetopenia e leucocitose são muito freqüentes na sífilis congênita. A anemia acompanha quase todos os casos; inicialmente o componente hemolítico é mais acentuado, enquanto que mais tardiamente a anemia crônica por hipoplasia medular se sobrepõe, acentuada pela anemia fisiológica do lactente⁴. Pohl e cols.⁷ descreveram o caso de um lactente de 5 meses de idade que desenvolveu hepatomegalia, anemia intensa e plaquetopenia. Apresentava também exantema máculo-papular. A biópsia de medula revelou uma marcada hematofagocitose. A sorologia confirmou a presença de sífilis congênita. Ambos os pais eram infectados e não haviam recebido tratamento.

Sangramento digestivo ocorreu em 2 dos 3 casos aqui relatados, assim como em um caso de óbito por sífilis congênita descrito em nossa casuística do ano de 1997⁸. Provavelmente, a plaquetopenia está envolvida como fator causal na maioria dos casos, assim como a diátese hemorrágica, conseqüente à insuficiência hepática, em alguns; mas já foi descrita também a ocorrência de ileíte sífilítica, decorrente de infiltrado inflamatório na lâmina própria e na submucosa, com ulceração da mucosa, provocando obstrução intestinal e enterorragia, como consequência de sífilis congênita⁹.

Apesar de não fazer parte de nossos relatos nenhum caso de acometimento ósseo, as lesões ósseas representam um dos motivos mais freqüentes de consultas em serviços de emergência, decorrentes de sífilis congênita. Os achados mais comuns são a osteocondrite e a periostite dos ossos longos. A primeira leva 5 semanas para aparecer radiologicamente e, a segunda, 16 semanas. Assim, pode acontecer que as lesões não sejam aparentes ao nascimento, ou, mais comumente, que estejam presentes mas de forma assintomática. Se o recém-nascido não receber o tratamento adequado, as lesões ósseas podem progredir para a forma sintomática, dolorosa, chamada pseudo-paralisia de Parrot. Em alguns casos há resolução espontânea, sem chegar a provocar sintomas. Não raramente, levam a fraturas patoló-

gicas, devido à desmineralização. No atendimento traumatológico de urgência, esses quadros podem ser atribuídos a maus-tratos; portanto, um diagnóstico preciso é fundamental, para que não sejam manejados erroneamente¹⁰. A penicilina benzatina não é eficaz no tratamento das lesões ósseas; temos encontrado, em nossa prática pediátrica, casos de pseudo-paralisia de Parrot em lactentes que haviam recebido penicilina benzatina no período neonatal, o que concorda com dados da literatura⁴.

Em 1990, Dorfman e cols.⁵ relataram sete casos de sífilis congênita que se manifestaram entre três e 14 semanas de idade, levando a atendimentos em serviços de emergência. Quatro tinham lesões de pele características de sífilis congênita, mas três pacientes não tinham manifestações típicas e apresentaram-se com febre, sem sinais de localização e com alterações liquóricas sugestivas de meningite asséptica. A maioria dos lactentes apresentava hepatomegalia e anemia. O editorial do mesmo fascículo do *New England Journal of Medicine* enfatiza a importância de incluir a sífilis congênita no diagnóstico diferencial dos quadros febris do lactente, pelo menos em regiões com alta incidência da infecção².

Outros trabalhos publicados na última década relatam casos de sífilis congênita cujo diagnóstico passou despercebido no período neonatal e que posteriormente apresentaram quadros súbitos, graves e até fulminantes, requerendo da equipe de emergência um alto grau de suspeição para que o tratamento específico pudesse ser instituído precocemente. As manifestações clínicas descritas incluem diarreia, desidratação, febre, insuficiência respiratória, falência cardíocirculatória, crises convulsivas e várias outras, como as já referidas anteriormente^{4, 11, 12}. Em 1991, Rosenberg¹², nos Estados Unidos, classificava a sífilis congênita como sendo uma "emergência emergente", daí o título do nosso trabalho.

A sífilis congênita tardia, bem menos freqüente, geralmente apresenta um quadro clínico menos fulminante, eventualmente sendo causa de consulta em serviços de emergência. Alguns casos requerem o diagnóstico diferencial com a infecção adquirida. Nesses casos, sempre se deve levar em conta a possibilidade de abuso sexual⁴.

Os motivos pelos quais um caso de sífilis congênita escapa ao diagnóstico e tratamento adequados, desde o período pré-natal até o período neonatal imediato, merecem algumas considerações.

As recomendações atuais para o controle da sífilis congênita incluem a realização do VDRL na primeira consulta pré-natal, repetindo-se no início do terceiro trimestre e no momento do parto^{1,3}. O tratamento correto da gestante é a melhor forma de abordar o problema, pois evita a infecção fetal ou promove a sua cura antes do nascimento. Se este não foi realizado, deve ser feito o mais precocemente possível no período neonatal. O diagnóstico da sífilis congênita no recém-nascido não pode ser baseado apenas em dados clínicos, visto que mais da metade dos pacientes infectados não apresenta manifestações no período neona-

tal. Assim, é necessário levar em conta a sorologia materna e do recém-nascido e a história de tratamento materno. Nenhum recém-nascido deve ter alta da maternidade sem que seja conhecido o resultado do VDRL materno da hora do parto. Adicionalmente, é feita a investigação clínica do recém-nascido nos casos indicados, e as condutas são tomadas de acordo com todos esses resultados^{1,3,4}.

Nos três casos aqui relatados, as mães não haviam feito acompanhamento pré-natal. A ausência de acompanhamento pré-natal é considerada como sendo o fator de risco mais importante para a presença de sífilis congênita, em várias partes do mundo. Em um dos casos, havia também evidências de promiscuidade sexual, outro fator de risco associado às doenças sexualmente transmissíveis^{4,13}. É importante que os fatores de risco sejam conhecidos e levados em conta, pois podem despertar a suspeita diagnóstica nos casos menos óbvios.

Nos três casos, não foi seguida a recomendação de que nenhum recém-nascido deve ter alta da maternidade sem que sejam conhecidos os resultados da sorologia materna. Em dois dos casos, a sorologia materna nem havia sido realizada, apesar de as mães não terem feito nenhum exame no período pré-natal. O VDRL por ocasião do parto é importante não só nas mães sem exames pré-natais, mas também naquelas que apresentavam VDRL não reagente anteriormente, pois a infecção ou a positividade do exame pode ter ocorrido em momento posterior. Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes em 4 a 8 semanas após a sífilis ter sido adquirida. Na sífilis primária, a não reatividade do VDRL pode atingir 25% dos casos. Desse modo, uma infecção adquirida no final da gestação pode passar despercebida. Ressalte-se que, principalmente na mulher, a sífilis primária freqüentemente não apresenta manifestações clínicas^{4,14}.

Outro fator que pode ocasionar o não diagnóstico da sífilis é o fenômeno de prozona, que ocorre quando um excesso de anticorpos séricos impede a formação do complexo antígeno-anticorpo na lâmina, necessário para que seja visualizada a reação de floculação. Nesses casos, a diluição do soro poderá evitar o falso negativo. O fenômeno de prozona ocorre em aproximadamente 2% dos casos de sífilis primária e secundária¹⁴.

Jonna e cols.¹⁵ descrevem três casos de sífilis congênita que não foram diagnosticados no período neonatal. Todas as mães tinham fatores de risco, como ausência de acompanhamento pré-natal e uso de drogas ilícitas. As mães e os recém-nascidos eram soronegativos para sífilis no momento do parto, mas os lactentes tornaram-se soropositivos aos 2 meses de idade. Esses autores revisaram a literatura e relataram mais 73 casos de sífilis congênita diagnosticada somente no período pós-neonatal, quando as manifestações clínicas já presentes pioram o prognóstico dos pacientes. Chegam a propor que lactentes de mães soronegativas, mas que apresentem fatores de risco, sejam testados para sífilis congênita entre as 4 e 8 semanas de idade, na primeira oportunidade.

Conclusões

A sífilis congênita vem apresentando uma incidência elevada, e alguns casos podem passar despercebidos no período neonatal. Os pediatras precisam estar preparados para incluir esta patologia no diagnóstico diferencial de inúmeros quadros clínicos que se apresentam nas primeiras semanas e meses de vida e que levam a atendimentos em serviços de emergência. A história materna é importante para corroborar a hipótese diagnóstica, pelo conhecimento de fatores de risco que podem estar associados à presença da sífilis congênita.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Sífilis congênita – situação atual. Boletim Epidemiológico DST 1998; IV (2): 1-5.
2. McIntosh K. Congenital syphilis - breaking through the safety net. *N Engl J Med* 1990; 323: 1339-41.
3. Centers for Disease Control. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. *MMWR* 1988; (Suppl S-1): 1-13.
4. Ingall D, Sánchez PJ, Musher DM. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, eds. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p.529-64.
5. Dorfman DH, Glaser JH. Congenital syphilis presenting in infants after the newborn period. *N Engl J Med* 1990; 323: 1299-302.
6. Herman TE. Extensive hepatic calcification secondary to fulminant neonatal syphilitic hepatitis. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 120-2.
7. Pohl M, Niemeyer CM, Hentschel R, Duffner U, Bergstrasser E, Brandis M. Haemophagocytosis in early congenital syphilis. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 553-5.
8. Lago EG, Reinhardt LC, Vieira CE, Dullius KF. Programa de Eliminação da Sífilis Congênita no Hospital São Lucas da PUCRS: Ano de 1997. *Rev Med PUCRS* 1998; 8:23-8.
9. Ajayi NA, Marven S, Kaschula RO, Millar A, Rode H. Intestinal ulceration, obstruction and haemorrhage in congenital syphilis. *Pediatr Surg Int* 1999; 15: 391-3.
10. Connors JM, Schubert C, Shapiro R. Syphilis or abuse: making the diagnosis and understanding the implications. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 139-42.
11. Bennett ML, Lynn AW, Klein LE, Balkowiec KS. Congenital Syphilis: subtle presentation of a fulminant disease. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 351-4.
12. Rosenberg NM. Congenital syphilis: an emerging emergency. *Pediatr Emerg Care* 1991; 7: 171-6.
13. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 535-40.
14. Sánchez PJ, Wendel GD, Norgard MV. Congenital syphilis associated with negative results of maternal serologic tests at delivery. *AJDC* 1991; 145: 967-9.
15. Jonna S, Collins M, Abedin M, Young M, Milteer R, Beeram M. Postneonatal screening for congenital syphilis. *J Fam Pract* 1995; 41: 286-8.

Endereço para correspondência:

Dra. Eleonor G. Lago
Hospital São Lucas da PUCRS
Av. Ipiranga, 6690 - Porto Alegre - RS - CEP 90610-000
Fone 51 339.1322 – Fax: 51 336.3533