

Relato Caso

# Relato de Caso Clínico: Sífilis secundária em uma criança sem histórico de abuso sexual

Regina Célia de Souza Campos Fernandes <sup>1</sup>, Enrique Medina-Acosta <sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Campos, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Norte Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

\* Correspondência: quique@uenf.br.

**Resumo:** Este relato de caso pediátrico detalha os desafios diagnósticos e terapêuticos da sífilis secundária em uma criança de seis anos que apresentava lesões orais e condiloma lata perianal. O diagnóstico foi confirmado pelo teste do Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL), e o tratamento bem-sucedido foi realizado com penicilina benzatina. O caso apresentou complexidades diagnósticas significativas, necessitando a avaliação de três potenciais rotas de transmissão: sífilis congênita tardia, abuso sexual e transmissão não sexual. A sífilis congênita tardia foi excluída com base na ausência de sintomas típicos, como anomalias ósseas e dentárias e surdez neurosensorial. O abuso sexual foi minuciosamente investigado e descartado após uma avaliação extensiva de quatro meses por uma equipe multidisciplinar composta por um psicólogo, enfermeiro, assistente social e especialista em doenças infecciosas pediátricas. Por fim, a transmissão não sexual, provavelmente de um membro da família não tratado, surgiu como a causa mais plausível, sustentada pela observação de condições de vida superlotadas e práticas de higiene inadequadas no ambiente da criança. Este caso destaca a necessidade de avaliações diagnósticas abrangentes, incluindo a consideração de todas as possíveis rotas de transmissão, na gestão da sífilis pediátrica. Intervenções de saúde pública focadas em melhorar as condições de vida e práticas de higiene são essenciais para prevenir casos semelhantes.

**Citação:** Fernandes RCSC, Medina-Acosta E. Relato de Caso Clínico: Sífilis secundária em uma criança sem histórico de abuso sexual. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr11.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr11>

Recebido: 6 Junho 2024

Aceito: 11 Julho 2024

Publicado: 15 Julho 2024

**Palavras-chave:** Transmissão Não Sexual da Sífilis; Sífilis Pediátrica; Sífilis Secundária em Crianças; Diagnóstico Diferencial da Sífilis; *Treponema pallidum*.



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

## 1. Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Embora seja adquirida principalmente por contato sexual, casos de transmissão não sexual, particularmente em crianças, têm sido documentados, embora raramente [1-7]. A epidemiologia da sífilis em crianças é complexa, frequentemente ligada à transmissão congênita ou, em raras ocasiões, a meios não sexuais, como contato doméstico próximo ou fômites. Compreender o diagnóstico diferencial entre transmissão sexual e não sexual em crianças é crucial para o manejo e tratamento.

A sífilis secundária adquirida se manifesta através da disseminação do *Treponema pallidum* aproximadamente quatro a oito semanas após o desenvolvimento do cancro inicial [1, 8]. Seus primeiros sinais geralmente incluem uma erupção cutânea morbiliforme que se estende para as palmas das mãos e plantas dos pés, linfadenopatia generalizada, alopecia e condiloma lata. Este relatório descreve um caso envolvendo um menino de seis anos que apresentou condiloma lata perianal e placas mucosas orais indicativas de sífilis secundária adquirida, corroborado pelo teste VDRL. O paciente foi tratado com sucesso

com penicilina benzatina. Embora o abuso sexual tenha sido inicialmente considerado, ele foi descartado após uma investigação abrangente por uma equipe multidisciplinar.

## 2. Relato de Caso

Um paciente do sexo masculino, de 6 anos, apresentou múltiplas características clínicas sugestivas de sífilis secundária. Estas incluíam uma placa úmida, lisa e de coloração rosada esbranquiçada na região perianal (Figura 1), placas mucosas no palato (Figura 2), canto interno da boca e lábios. Ele apresentava adenopatias cervicais indolores e macias medindo 2,5 cm de diâmetro, que persistiam após um episódio de febre três semanas antes, sem erupção cutânea ou descamação das palmas das mãos e plantas dos pés.

**Figura 1.** Uma placa úmida, lisa e de coloração rosada esbranquiçada, medindo aproximadamente 2-3 cm de diâmetro, localizada na região perianal de uma criança de seis anos. Esta lesão bem definida, ligeiramente elevada e arredondada, manifestou-se três semanas após o paciente ter apresentado episódios de febre e linfadenopatia cervical. A pele circundante parece normal, sem sinais de inflamação ou infecção secundária. A aparência e localização da placa são consistentes com condiloma lata, um achado característico na sífilis secundária, sugerindo a disseminação sistêmica do *Treponema pallidum*.



A confirmação da sífilis secundária com condiloma lata foi obtida através de testes diagnósticos, que mostraram um título VDRL de 1/64 e testes reativos para *Treponema* IgG e IgM. Isso efetivamente descartou a possibilidade de condiloma acuminado, o diagnóstico diferencial mais pertinente [2, 3, 5, 6]. Testes sorológicos rápidos para outras infecções sexualmente transmissíveis, como HIV, hepatite B e hepatite C, resultaram negativos. O tratamento envolveu uma única dose de penicilina benzatina intramuscular (1,2 milhão de unidades), que levou à resolução do condiloma lata dentro de um mês. O acompanhamento subsequente, quatro meses após o tratamento, revelou uma redução do título VDRL para 1/32, o que levou à prescrição de uma dose adicional de penicilina benzatina.

Infelizmente, o paciente perdeu o seguimento por 18 meses, o que dificultou o monitoramento contínuo e a avaliação da eficácia a longo prazo do tratamento. No entanto, após reavaliação, o título VDRL era de 1/2, e o FTA ABS IgG estava reativo, enquanto o IgM estava não reativo, confirmando o sucesso do tratamento.

**Figura 2.** Placas mucosas visíveis no palato e na língua de uma criança de seis anos, desenvolvendo-se concomitantemente com a placa perianal. As lesões são esbranquiçadas, ligeiramente elevadas e exibem uma aparência irregular com uma área central de descoloração mais intensa. Estas placas se desenvolveram concomitantemente com o condiloma lata perianal, conforme mostrado na Figura 1.



A linha do tempo a seguir resume a progressão dos sintomas e tratamentos: O paciente apresentou inicialmente linfadenopatias cervicais, lesões perianais e orais mucosas, e episódios de febre três semanas antes. O teste VDRL na Semana 1 confirmou sífilis com um título de 1/64, e os testes de Treponema IgG e IgM foram reativos. Na Semana 2, uma equipe multidisciplinar conduziu um exame extensivo de quatro meses para avaliar abuso sexual. Na Semana 3, o paciente recebeu uma dose única de penicilina benzatina intramuscular (1,2 milhão de unidades). No Mês 1, o acompanhamento revelou uma redução significativa dos sintomas, mas o título VDRL era de 1/32, levando à prescrição de uma dose adicional de penicilina benzatina. O paciente perdeu o seguimento por 14 meses, mas foi reavaliado no Mês 18, apresentando um título VDRL de 1/2 e FTA-ABS IgG reativo com IgM não reativo, confirmando o sucesso do tratamento.

É crucial diferenciar a sífilis secundária da sífilis congênita, especialmente relevante neste caso, pois a mãe, que não teve cuidados pré-natais, testou positivo para sífilis no parto através de um teste rápido. Esta situação atendeu aos critérios diagnósticos para sífilis congênita, uma condição de notificação obrigatória que requer investigação minuciosa conforme as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil [9]. O teste sorológico VDRL do recém-nascido foi de 1/2, e a radiografia dos ossos longos não mostrou anormalidades.

A análise do líquido cefalorraquidiano, incluindo celularidade, níveis de proteína e VDRL, mostrou resultados negativos, descartando neurosífilis. A criança recebeu um curso de dez dias de penicilina benzatina procaína intramuscular, considerada uma alternativa à penicilina G aquosa [10], mas nenhum acompanhamento adicional foi realizado. A criança não era prematura, tinha peso normal ao nascer e não apresentou nenhuma característica clínica de sífilis congênita precoce, como hepatomegalia, esplenomegalia, pênfigo palmoplantar, condiloma plano, periostite, osteíte, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, dificuldade respiratória com ou sem pneumonia, rinite serossanguinolenta, icterícia, anemia ou linfadenopatia generalizada [9]. Aos seis anos de idade, não havia sequelas ósseas ou dentárias, surdez neurossensorial, nem manifestações típicas de sífilis congênita tardia, demonstrando a eficácia da escolha do tratamento.

### 3. Discussão

Este é um relato clínico de um caso incomum de sífilis secundária, supostamente adquirida por meios não sexuais, em um paciente do sexo masculino de 6 anos. Embora a literatura sugira que a sífilis contraída por rotas não sexuais seja atípica [3-7, 11], o caso discutido aqui representa plausivelmente tal modo de transmissão.

A transmissão não sexual da sífilis em crianças pode ocorrer por meio de vários mecanismos de contato indireto, incluindo amamentação por uma mãe infectada, contato doméstico próximo com um indivíduo infectado, compartilhamento de itens pessoais, como utensílios de mesa, roupas de cama ou escovas de dentes, e contato com superfícies contaminadas, como lençóis ou toalhas. Cuidadores com lesões orais ricas em *Treponema pallidum* também podem transmitir sífilis a crianças ao pré-provar e pré-mastigar alimentos [7]. Casos documentados, como os relatados por Moscatelli et al. [4], enfatizam a importância das condições de vida precárias e das práticas de higiene na facilitação da transmissão. Esses fatores ambientais são cruciais para entender e prevenir a transmissão da sífilis em ambientes domésticos. Mais pesquisas são necessárias para explorar a prevalência e os mecanismos de transmissão não sexual da sífilis em crianças, pois esta permanece uma área subexplorada, mas crucial da pesquisa em doenças infecciosas [3].

Como em todos os casos de sífilis em crianças, o abuso sexual deve ser excluído [11]. O dilema do diagnóstico de sífilis em crianças pequenas (em idade pré-escolar) decorre da dificuldade que essas crianças têm em relatar qualquer histórico de abuso sexual, agravada pela possibilidade de os pais ou responsáveis ocultarem tal histórico [5, 11]. Dada a improvável possibilidade de adquirir sífilis perianal ou mucosa oral, foi realizada uma avaliação abrangente de quatro meses para explorar possíveis causas, incluindo abuso sexual. O processo de cuidados envolveu visitas semanais do paciente ao ambulatório pediátrico do programa municipal de DST, sempre acompanhado pela avó materna.

Uma equipe abrangente composta por um pediatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social cuidou da criança em cada visita. Psicólogo, enfermeiro e assistente social realizaram visitas domiciliares mensais. O objetivo principal dessas visitas era observar o comportamento da criança em seu ambiente doméstico em relação às hipóteses diagnósticas. Ao longo dessas interações, a criança exibiu comportamento normal, participando cooperativamente dos exames clínicos e respondendo às perguntas sem restrições. A avaliação descartou o abuso sexual como causa e mostrou que a criança provavelmente adquiriu sífilis por contato não sexual, possivelmente devido a condições de vida superlotadas e práticas de higiene precárias. É importante notar que a criança pertence a uma família de cinco adultos e cinco crianças que vivem em uma casa de dois cômodos. Apesar das recomendações, a família recusou novos exames e testes.

Reconhecer a natureza altamente contagiosa do condiloma lata, que pode ser transmitido pelo compartilhamento de lençóis, toalhas, copos ou escovas de dentes, é crucial. Os clínicos devem considerar a influência das condições de vida e práticas de higiene na transmissão da doença [2, 4-7]. Notavelmente, a presença e localização dos condilomas não devem ser interpretadas como indicadores de abuso sexual, mas sim associadas a fatores ambientais locais favoráveis ao desenvolvimento do *Treponema pallidum*.



Os pontos fortes deste relato de caso residem em várias áreas-chave. Primeiro, fomos capazes de diagnosticar definitivamente a criança de 6 anos com sífilis secundária por meio de testes rigorosos, excluindo efetivamente outras doenças sexualmente transmissíveis. Nenhuma manifestação tardia de sífilis congênita foi observada, reforçando a natureza adquirida da doença neste caso. No entanto, o estudo não está isento de limitações. Uma desvantagem significativa foi a ausência de acompanhamento materno durante as consultas de acompanhamento voltadas explicitamente para avaliar a sífilis congênita. A falta de participação materna no estudo impediu avaliações essenciais na criança, incluindo testes de VDRL e treponêmicos, que teriam sido informativos aos 18 meses, quando os anticorpos transferidos maternalmente teriam diminuído. A ausência de acompanhamento materno é uma prática que desencorajamos fortemente. A progressão da doença da criança não foi monitorada longitudinalmente no contexto da sífilis secundária, criando uma lacuna na linha do tempo dos dados. Outra limitação foi nossa falha em realizar testes de sífilis em todos os membros da família, uma lacuna que poderia ter fornecido mais informações sobre a dinâmica da transmissão. Vale notar que a criança foi consistentemente levada às consultas ambulatoriais pela avó e não por outros membros da família, o que pode ter implicações para a compreensão dos padrões familiares de transmissão e cuidado da doença.

Reconhecemos que a indisponibilidade do status sorológico de sífilis nos membros imediatos da família apresenta uma limitação na interpretabilidade deste caso. A relutância da família em participar de consultas conjuntas com a criança é inquietante. Para mitigar essas preocupações, elucidamos a abordagem sistemática e multifacetada empregada para excluir a possibilidade de abuso sexual, destacando:

A ausência de sinais físicos sugestivos de abuso sexual, como trauma ou cicatrizes na região perianal.

- O comportamento da criança durante a avaliação clínica não exibiu relutância ou medo quando examinada, particularmente na área perianal.
- O perfil comportamental consistente da criança, marcado por participação ativa e cooperação durante os exames clínicos.
- A normalidade das interações da criança em ambientes estruturados, evidenciada por registros de frequência escolar não notáveis.
- As avaliações psicológicas não revelaram indicadores de sofrimento emocional ou trauma comumente associados ao abuso sexual.
- As avaliações domiciliares relataram dificuldades socioeconômicas, incluindo pobreza, condições insalubres e espaços de convivência apertados, sem sinais indicativos de abuso.
- A presença consistente da avó durante as visitas clínicas foi atribuída ao compromisso da mãe com o cuidado de outro filho com encefalopatia, um fator considerado no contexto da dinâmica geral da família.

#### **4. Perspectiva do Paciente**

A experiência com a sífilis secundária e seu tratamento foi marcada por uma cooperação significativa, apesar do desconforto associado à condição e suas intervenções. Mostrando uma notável adesão durante os procedimentos de diagnóstico e tratamento, o menino de seis anos expressou desconforto, especificamente com a administração intramuscular de penicilina benzatina, o que é comum devido à natureza do tratamento. A dor das injeções foi superada pelo alívio dos sintomas e pelo cuidado de apoio fornecido pela equipe de saúde. A resiliência da criança e o sucesso do tratamento testificam a importância dos cuidados centrados no paciente na medicina pediátrica, especialmente em casos que envolvem diagnósticos e tratamentos sensíveis.

## 5. Conclusões

Este manuscrito ressalta as complexidades diagnósticas da sífilis secundária em populações pediátricas, particularmente o desafio de distinguir entre rotas de transmissão sexual e não sexual. Ele enfatiza a importância de uma avaliação minuciosa e multifacetada por profissionais de saúde, incluindo avaliações domiciliares, para entender o ambiente do paciente. O caso revela insights chave sobre o papel dos fatores ambientais, como superlotação e higiene precária, na facilitação da transmissão não sexual do *Treponema pallidum*. Isso é relevante em ambientes onde a convivência em espaços apertados e o compartilhamento de itens pessoais são comuns, aumentando o risco de infecção através de lesões cutâneas e mucosas. Crucialmente, este caso destaca a necessidade de considerar cuidadosamente a transmissão não sexual nos diagnósticos diferenciais de sífilis pediátrica e demonstra o papel vital das avaliações abrangentes na exclusão do abuso sexual, prevenindo assim diagnósticos errados e garantindo tratamento preciso. Intervenções de saúde pública, incluindo programas de educação em saúde comunitária, desempenham um papel fundamental em aumentar a conscientização sobre as rotas de transmissão não sexual da sífilis e as medidas preventivas específicas necessárias, como a melhoria das práticas de higiene e a redução das condições de vida superlotadas.

Recomendações Práticas para Médicos e Profissionais de Saúde Lidando com Casos Semelhantes:

- Confirme a etiologia com testes laboratoriais.
- Conduza avaliações multidisciplinares completas para descartar abuso sexual.
- Considere fatores ambientais e sociais na transmissão da sífilis, especialmente em condições de vida precárias.
- Assegure acompanhamento para monitorar a eficácia do tratamento e a recuperação do paciente.
- Realize triagem e tratamento de todos os membros da família, incluindo contatos próximos, para prevenir reinfecção e interromper a transmissão. Como a triagem voluntária frequentemente resulta em baixa adesão, a triagem domiciliar abrangente e obrigatória deve ser implementada como procedimento padrão na gestão de casos de sífilis pediátrica.
- Melhore a higiene ambiental e eduque as famílias sobre práticas adequadas de higiene. Enfatize a importância de não compartilhar itens pessoais e de manter condições de vida limpas para reduzir os riscos de transmissão.

Pesquisas futuras devem se concentrar em entender a prevalência da transmissão não sexual da sífilis em crianças e identificar medidas preventivas eficazes. Isso é relevante em ambientes onde a convivência em espaços apertados e o compartilhamento de itens pessoais aumentam o risco de infecção através de lesões cutâneas e mucosas.

**Financiamento:** Os autores declaram que não receberam apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** O Programa Municipal aprovou os estudos envolvendo humanos de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os estudos foram conduzidos de acordo com a legislação local e os requisitos institucionais. Os responsáveis legais dos participantes forneceram consentimento informado por escrito para a participação neste estudo. Permissão escrita foi obtida dos responsáveis legais dos indivíduos e menores para publicar quaisquer imagens ou dados potencialmente identificáveis neste artigo.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida sem relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretadas como um potencial conflito de interesse.

**Materiais Suplementares:** As contribuições originais apresentadas no estudo estão incluídas no artigo. Consultas adicionais podem ser direcionadas ao autor correspondente.

## Referência

1. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis.* (2005) 16(4):245-57. doi: 10.1053/j.spid.2005.06.005.
2. Moreira-Silva SF, Frauches DO, Prebianchi PA, Riccio CSB, Andreato GR, Oliveira CM, et al. Presence of condyloma lata in children with syphilis. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* (2006). 18(1):80-84. Available from: <https://bdst.emnuvens.com.br/revista/article/view/620>.
3. Deshpande DJ, Nayak CS, Mishra SN, and Dhurat RS. Verrucous condyloma lata mimicking condyloma acuminata: An unusual presentation. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* (2009) 30(2):100-2. doi: 10.4103/0253-7184.62766.
4. Long FQ, Wang QQ, Jiang J, Zhang JP, and Shang SX. Acquired secondary syphilis in preschool children by nonsexual close contact. *Sex Transm Dis.* (2012) 39(8):588-90. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3182515764.
5. Narang T, Kanwar AJ, and Kumaran MS. Condyloma lata in a preschooler: The dilemma of sexual abuse versus non-abuse. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* (2013) 34(2):135-7. doi: 10.4103/0253-7184.120561.
6. Moscatelli G, Moroni S, Garcia Bournissen F, Falk N, Destito A, Gonzalez N, et al. Acquired Syphilis by Nonsexual Contact in Childhood. *Pediatr Infect Dis J.* (2021) 40(10):892-898. doi: 10.1097/INF.0000000000003215.
7. Yang WJ, Hu HH, Yang Y, Li JH, and Guo H. Unusual erythematous plaque with white scales, a case of acquired syphilis in a child and literature review. *BMC Infect Dis.* (2021) 21(1):528. doi: 10.1186/s12879-021-06114-7.
8. Forrestel AK, Kovarik CL, and Katz KA. Sexually acquired syphilis: Historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol.* (2020) 82(1):1-14. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.073.
9. Brazil. Guidelines for the control of congenital syphilis: pocket manual [Portuguese]. (2006).72. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf).
10. Committee on Infectious Diseases AAoP, Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, and Sawyer MH. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. (2021): American Academy of Pediatrics. Available from: <https://doi.org/10.1542/9781610025782>. doi: 10.1542/9781610025782.
11. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, and Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? *Eur J Pediatr.* (2018) 177(9):1343-1350. doi: 10.1007/s00431-018-3193-z.