



INFECÇÕES CONGÊNITAS (TORCH E SÍFILIS)

Infecções de transmissão materno-fetal — material acadêmico para o ENAMED

Texto não resumido · fisiopatologia aplicada, comparação de protocolos e doses.

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Importância do tema na Pediatria

As infecções congênitas (TORCH: toxoplasmose, outras [sífilis], rubéola, citomegalovírus, herpes) causam desde restrição de crescimento e malformações até sequelas tardias (auditivas, visuais, neurológicas). Muitos RN são assintomáticos ao nascer — o rastreamento e o tratamento precoce mudam o prognóstico.

2. Avaliação inicial

Suspeitar diante de PIG/microcefalia, calcificações, hepatoesplenomegalia, icterícia, exantema e alterações oculares/auditivas; investigar com sorologias e PCR específicos e enviar a placenta para exame anatomopatológico.

3. Fisiopatologia aplicada

A infecção materna na gestação pode atingir o feto pela placenta (ou no parto), causando desde abortamento e restrição de crescimento até malformações e doença ativa. Muitos RN desenvolvem sequelas tardias mesmo assintomáticos. Implicação: rastrear audição/visão e confirmar etiologia (ex.: CMV por PCR na janela correta).

4. Diagnóstico

Critérios e exames

Sorologias e PCR específicos; o CMV congênito confirma-se por PCR em urina/saliva nas primeiras 2–3 semanas. Achados por agente orientam a investigação.

5. Conduta e tratamento

Agente	Achados típicos	Tratamento (RN)
Sífilis	Pênfigo palmoplantar, rinite, hepatoesplenomegalia, lesões ósseas	Penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose IV — 12/12 h (≤ 7 d) e 8/8 h (> 7 d), por 10 dias
Toxoplasmos e	Coriorretinite, calcificações difusas, hidrocefalia	Pirimetamina + sulfadiazina (25 mg/kg/dose) + ácido folínico, por ~12 meses
Rubéola	Cardiopatia, surdez, catarata	Sem tratamento específico; suporte. Prevenção por vacinação



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Agente	Achados típicos	Tratamento (RN)
Citomegalovírus	Microcefalia, calcificações periventriculares, surdez, PIG	Sintomático: valganciclovir 16 mg/kg/dose VO 12/12 h por 6 meses
Herpes (HSV)	Vesículas; doença do SNC/disseminada	Aciclovir 20 mg/kg/dose IV 8/8 h — 14 d (pele/olho/boca) ou ≥ 21 d (SNC/disseminada)

As doses neonatais dependem do peso e das idades gestacional e pós-natal — confirme sempre em formulário neonatal (ex.: Neofax) e no protocolo da sua unidade antes de prescrever.

Fluxograma terapêutico (resumo)

- Passo 1** — PIG/microcefalia/calcificações → investigar TORCH (sorologias/PCR) + placenta.
- Passo 2** — identificar o agente → tratamento específico.
- Passo 3** — rastrear audição/visão e seguir.

6. Comparação de protocolos

Os protocolos da SBP, AAP, NICE, AEP, Oxford (Oxford Handbook), Harvard (Cloherty and Stark's) e do Ministério da Saúde do Brasil convergem nos pontos abaixo; as divergências são pontuais.

- **Convergências:** rastreio no RN de risco; tratamento específico por agente; confirmar CMV por PCR nas primeiras 2–3 semanas; rastrear audição/visão.
- **Divergências (pontuais):** os esquemas de toxoplasmose e CMV (doses/duração) seguem protocolos especializados que variam.

7. Critérios de internação

- **Internação/ambulatorial:** conforme a gravidade; formas graves/sintomáticas em unidade neonatal; seguimento ambulatorial multiprofissional.

8. Complicações

- Surdez neurossensorial, déficit visual, atraso do neurodesenvolvimento, microcefalia/hidrocefalia; óbito nas formas graves.

9. Erros comuns

- não confirmar o CMV na janela (< 3 semanas); não rastrear audição/visão; não investigar a placenta; tratar a sífilis com esquema inadequado.

10. Considerações finais — pontos-chave (ENAMED)



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

- ▶ Suspeitar de TORCH no RN PIG/microcefalia, com calcificações ou hepatoesplenomegalia.
- ▶ Muitos são assintomáticos ao nascer e evoluem com sequelas — rastrear audição e visão.
- ▶ Sífilis: penicilina G; CMV sintomático: valganciclovir; HSV: aciclovir; toxo: pirimetamina+sulfadiazina+ácido fólnico.
- ▶ Confirmar CMV congênito por PCR (urina/saliva) nas primeiras 2–3 semanas.

Referências (ABNT NBR 14724)

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de sífilis congênita; vigilância das infecções congênitas.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red Book — congenital infections.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. STI Treatment Guidelines — Congenital Syphilis.

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Casos clínicos (estilo ENAMED)

Caso 1

RN FIG, com microcefalia, calcificações intracranianas periventriculares à ultrassonografia e suspeita de perda auditiva na triagem.

Questão 1. Agente mais provável?

- (A) *Toxoplasma gondii*
- (B) Citomegalovírus (CMV)
- (C) *Treponema pallidum*
- (D) Rubéola
- (E) Herpes simples

Questão 2. Como confirmar a infecção congênita por CMV?

- (A) IgG isolada
- (B) PCR para CMV em urina/saliva nas primeiras 2–3 semanas
- (C) Hemocultura
- (D) Apenas pela clínica
- (E) PCR após 2 meses

Questão 3. Tratamento do CMV congênito sintomático e dose?

- (A) Aciclovir 20 mg/kg/dose
- (B) Valganciclovir 16 mg/kg/dose VO 12/12 h por 6 meses
- (C) Penicilina cristalina
- (D) Sulfadiazina + pirimetamina
- (E) Sem tratamento específico

Caso 2

RN com exantema/pênfigo palmoplantar, rinite serossanguinolenta, hepatoesplenomegalia e lesões ósseas; sorologia materna compatível.

Questão 4. Agente mais provável?

- (A) Citomegalovírus
- (B) *Treponema pallidum* (sífilis congênita)
- (C) *Toxoplasma gondii*
- (D) Rubéola
- (E) Zika

Questão 5. Tratamento da sífilis congênita?

- (A) Azitromicina oral
- (B) Penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose IV (12/12 h \leq 7 d; 8/8 h $>$ 7 d), por 10 dias
- (C) Ceftriaxona dose única
- (D) Doxiciclina
- (E) Valganciclovir



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Questão 6. Tríade clássica da toxoplasmose congênita?

- (A) Catarata, surdez e cardiopatia
- (B) Coriorretinite, calcificações intracranianas difusas e hidrocefalia
- (C) Pênfigo, rinite e lesões ósseas
- (D) Microcefalia, surdez e PIG
- (E) Exantema, febre e icterícia

Gabarito comentado

Questão 1 — Resposta: B PIG, microcefalia, calcificações periventriculares e surdez sugerem CMV congênito.

Questão 2 — Resposta: B Confirma-se por PCR em urina/saliva nas primeiras 2–3 semanas.

Questão 3 — Resposta: B CMV sintomático: valganciclovir 16 mg/kg/dose VO 12/12 h por 6 meses.

Questão 4 — Resposta: B Pênfigo palmoplantar, rinite e lesões ósseas caracterizam a sífilis congênita.

Questão 5 — Resposta: B Penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose IV, por 10 dias.

Questão 6 — Resposta: B Coriorretinite, calcificações difusas e hidrocefalia formam a tríade da toxoplasmose congênita.

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.