
	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

1. CID – 10: A52.1, A52.2, A52.7, A53, A53.9

2. Revisão das Alterações:

Campo designado para a descrição das revisões do procedimento

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
30/11/2023	1ª versão	

3. Objetivos e público-alvo



Este protocolo visa orientar indicações de punção lombar para coleta de líquido céfalo-raquidiano (LCR) em pacientes com suspeita de neurosífilis, fluxograma institucional para manejo clínico e opções terapêuticas disponíveis. Destina-se a todo o corpo clínico assistencial do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER).

4. Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria Gram negativa com forma de espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. As diversas apresentações clínicas compreendem desde infecção latente, cancro duro (sífilis primária), exantema maculopapular com acometimento palmoplantar (sífilis secundária) até manifestações clínicas caracterizadas por destruição parenquimatosa de órgãos alvo (sífilis terciária).

Pode-se ainda classificar a doença de acordo com o tempo de evolução, como: sífilis latente recente (menos de um ano de evolução) ou sífilis latente tardia (um ano ou mais de evolução).

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

A transmissão é exclusivamente sexual em adultos e as apresentações clínicas são diversas e potencialmente mais graves principalmente em pessoas imunocomprometidas, a exemplo de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). O diagnóstico é feito a partir da visualização direta do agente etiológico, através de microscopia de campo escuro (sífilis primária e secundária) ou por métodos indiretos, através de ensaios imunológicos, que podem ser treponêmicos (ex: teste rápido imunocromatográfico, FTA-Abs, TPHA) e não treponêmicos (ex: VDRL, RPR). A indicação de exames diagnósticos se dá a partir da suspeita clínica ou rastreamento de populações-chave, mesmo quando assintomáticas, conforme gerenciamento de risco.

O acometimento do sistema nervoso central (SNC) pode ocorrer em qualquer estágio da infecção treponêmica. O *Treponema pallidum* atravessa a barreira hematoencefálica de forma precoce, horas a dias após a inoculação e comumente determina alterações líquóricas mesmo na ausência de sinais e/ou sintomas neurológicos. A neuroinvasão, que ocorre em aproximadamente 30% dos casos de sífilis, pode ser transitória, havendo clareamento espontâneo da carga bacteriana no LCR e normalização dos parâmetros líquóricos. Quando há persistência da meningite, na presença ou ausência de sintomas neurológicos associados, há indicação de tratamento. Na Figura 1 apresenta-se, resumidamente, a história natural da sífilis e neurossífilis.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

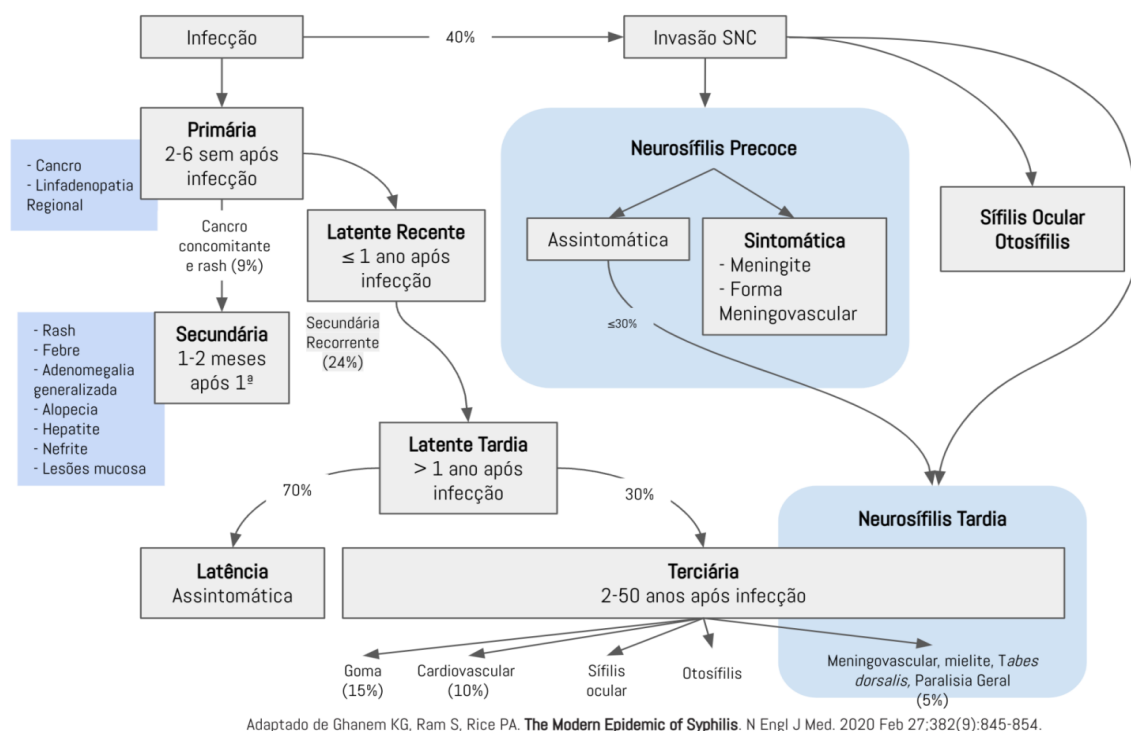




Figura 1. História natural da sífilis e neurosífilis.

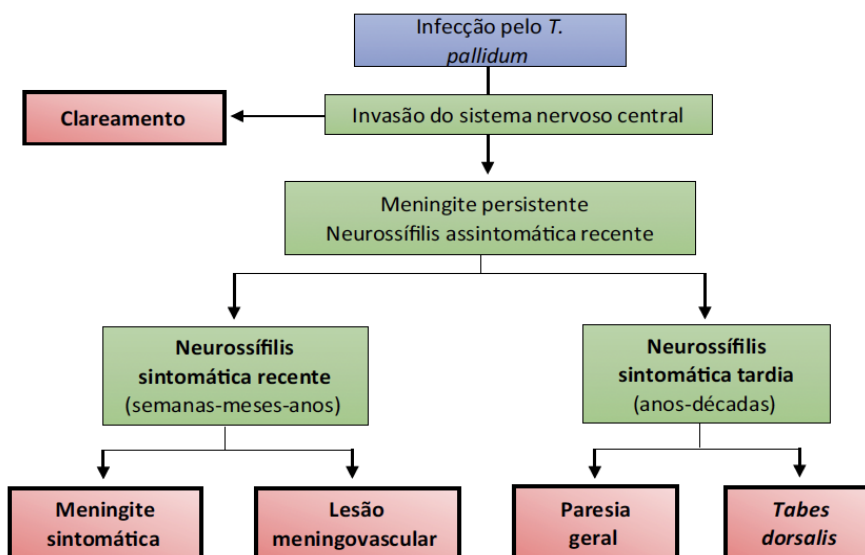
5. Conceito

Neurosífilis consiste na invasão persistente do SNC pelo *Treponema pallidum* em pacientes com diagnóstico confirmado de sífilis adquirida em qualquer fase de evolução. Quando diagnosticada precocemente, costuma ser assintomática, porém caracterizada por exame não treponêmico reagente no LCR, associado a pleocitose e hiperproteiorraquia, principalmente na forma meningítica. A apresentação clínica da neurosífilis sintomática é variável e pode ser recente (ex: meningite sífilítica, sífilis meningovascular, acometimento de pares cranianos) ou

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

tardia (ex: paresia geral progressiva, *tabes dorsalis*), que consiste na forma de apresentação de sífilis terciária, pouco frequente atualmente, devido ao uso maciço e bem difundido de betalactâmicos. A Figura 2 apresenta a história natural e espectro de manifestações da neurosífilis.



Fonte: adaptado de Marra (2015)⁶⁴.



Figura 2. História natural e espectro de manifestações da neurosífilis.

6. Diagnóstico

6.1. Clínico

O diagnóstico consiste na suspeita de quadro neurológico com diferentes apresentações, porém sempre terá o apoio necessário do diagnóstico laboratorial. A Figura 3 detalha as

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

manifestações da neurosífilis sintomática. Considerar que os sintomas e/ou sinais podem ser comuns a mais de uma apresentação clínica, devendo contextualizar os achados caso-a-caso.

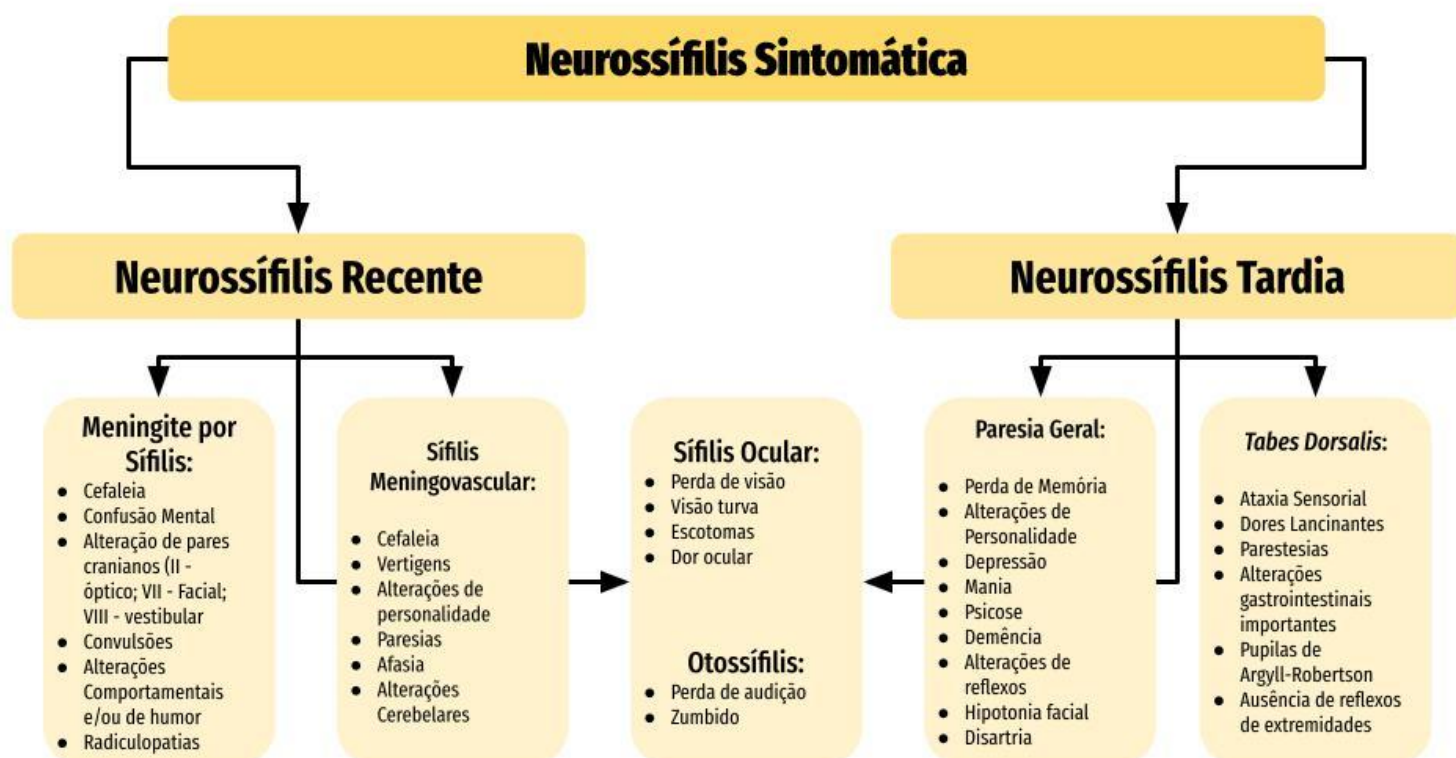




Figura 3. Manifestações clínicas da neurosífilis sintomática.

A goma sífilítica do SNC é uma complicação da meningite sífilítica e não uma apresentação da sífilis terciária. O LCR costuma ter alterações próprias da meningite, incluindo teste não treponêmico reagente.

O acometimento ocular é passível de ocorrer em qualquer estrutura do olho. A uveíte posterior e a panuveíte são as ocorrências mais comuns e podem evoluir com diminuição da

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

acuidade visual. A sífilis ocular é frequentemente associada a meningite sífilítica (assintomática e sintomática) porém pode apresentar-se mesmo na ausência de alterações liquóricas, inclusive com teste não treponêmico não reagente no LCR. A mesma situação pode ocorrer com a otosífilis.



Algumas apresentações menos comuns da neurosífilis incluem: (i) envolvimento do nervo óptico, o qual pode ser uni ou bilateral e se manifestar como perineurite, neurite óptica anterior ou retrobulbar ou papiledema. A perineurite óptica é usualmente assintomática, mas a neurite óptica costuma causar perda visual rápida; e (ii) encefalite sífilítica, a qual pode apresentar achados neurológicos e radiológicos similares à encefalite herpética. Nesses casos, os achados do LCR podem ser inespecíficos ou, inclusive, completamente normais.

6.2. Laboratorial

O diagnóstico laboratorial se baseará na coleta de exames treponêmicos e não treponêmicos. A indicação de coleta de LCR para diagnóstico de neurosífilis deve seguir os critérios do quadro abaixo:

- Na presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos, com exame treponêmico e/ou não treponêmico sérico reagente, independente do título;
- Em caso de evidência de sífilis terciária ativa;
- Após falha no tratamento clínico sem reexposição sexual. Para PVHA, a punção lombar está indicada após falha no tratamento, independentemente da história sexual.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

Deve-se considerar investigação de neurossífilis em PVHA, mesmo na ausência de sintomas neurológicos, na seguinte situação: contagem de linfócitos TCD4+ < 350 células/mm³, na ausência de uso de terapia antirretroviral regular e/ou VDRL sérico em titulação \geq 1:32.

Esta investigação deve ocorrer, na ausência de sintomas neurológicos, no serviço de origem, onde o paciente realiza o acompanhamento da infecção pelo HIV, em regime ambulatorial. A punção líquórica, no contexto de internação hospitalar e/ou pronto socorro estará indicada na vigência das manifestações de sistema nervoso central. Durante a internação no IIER por outras patologias caberá a equipe médica assistente responsável pelo caso definir se fará essa investigação neste momento ou durante seguimento ambulatorial.

Na coleta de LCR para avaliação de neurossífilis, os exames que devem ser obrigatoriamente solicitados são:



- Quimiocitológico (avaliação de celularidade, proteínas e glicose)
- VDRL
- FTA-Abs

Demais exames para avaliar diagnósticos diferenciais devem ser solicitados caso-a-caso, de acordo com as discussões de cada equipe assistente.

Em relação à análise do LCR, é incomum encontrar pacientes com neurossífilis, principalmente na forma meningítica, que não apresentem pleocitose, sendo o aumento linfomonocitário o achado mais comum. Níveis de proteína no LCR não são nem sensíveis nem específicos para neurossífilis, mas sua normalização é importante para o monitoramento pós-tratamento.

O diagnóstico de neurossífilis será confirmado em pessoas que tenham pelo menos um teste treponêmico e um teste não treponêmico séricos reagentes e preencham pelo menos um dos seguintes cenários:

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

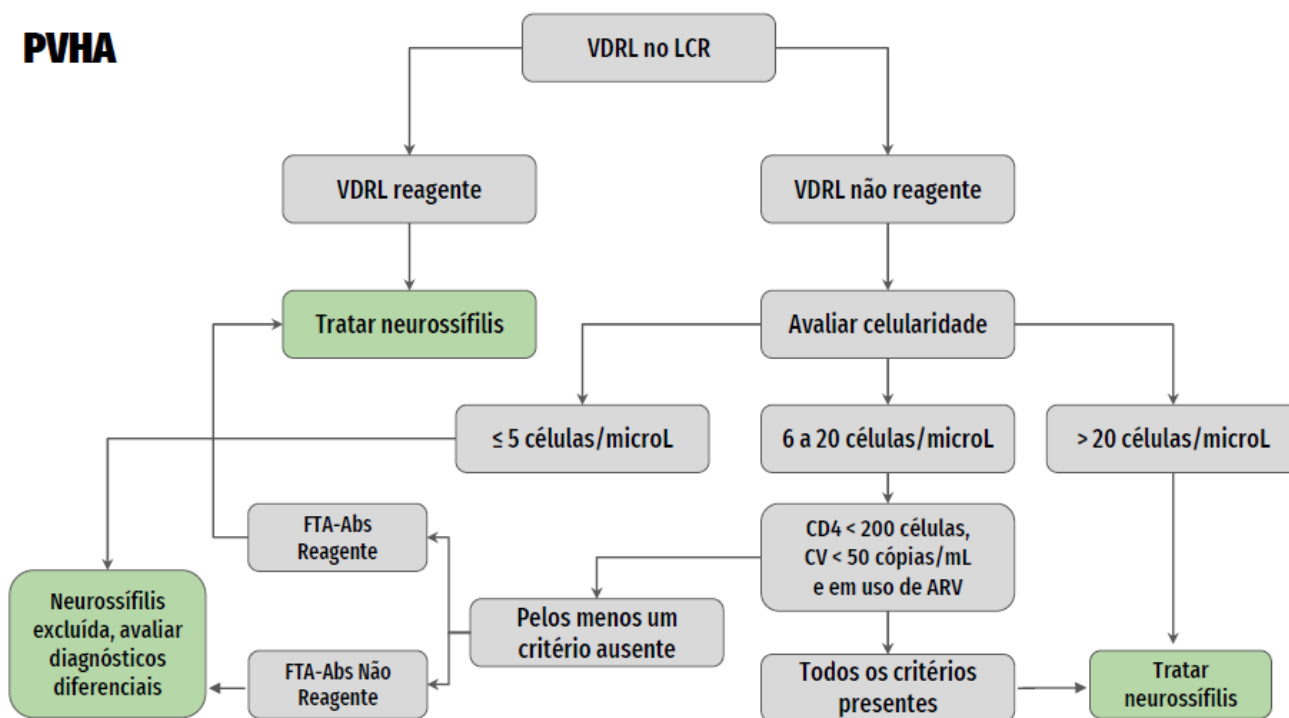
	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

a) Todos os casos com VDRL reagente no LCR, independentemente da presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares, PVHA ou não.

b) Em PVHA



Nas PVHA, após critério para coleta de LCR, utilizaremos o algoritmo abaixo:

PVHA



Adaptado de Christina M Marra, MD.

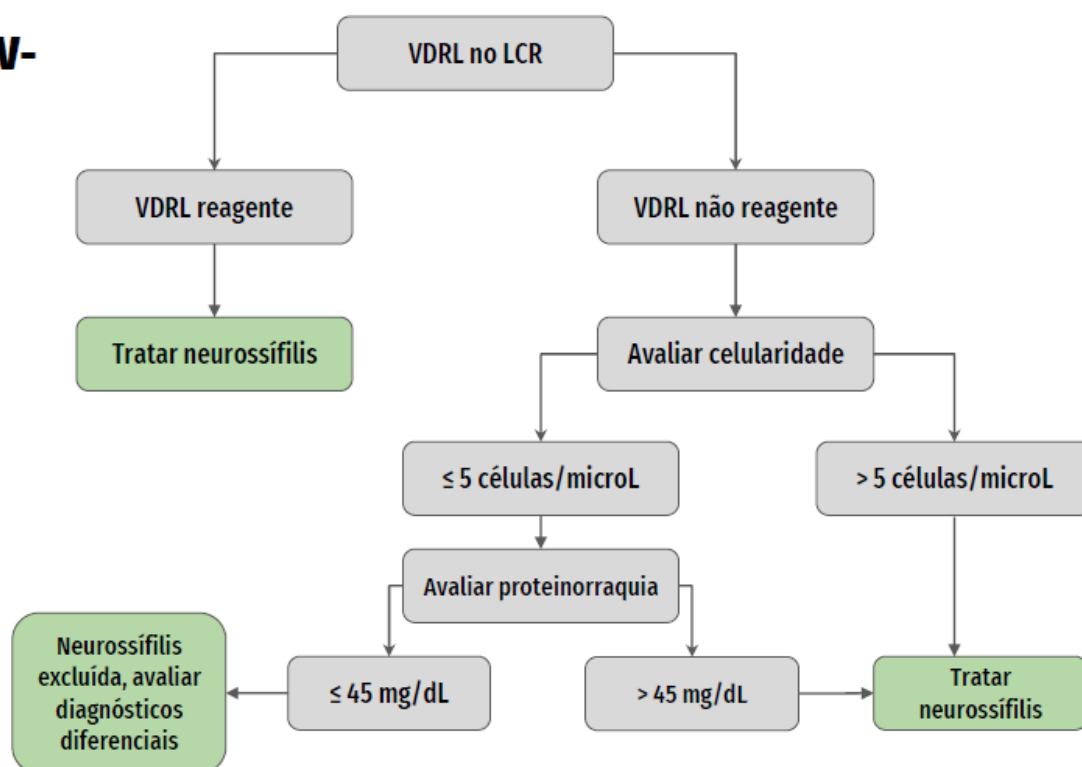
SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

c) Em pessoas que não vivem com HIV:

Nas pessoas que não vivem com HIV/Aids, após critério para coleta de LCR, utilizaremos o algoritmo abaixo:

Pessoas HIV-Negativas





Adaptado de Christina M Marra, MD.

6.3. Radiológico

Diante da suspeita de neurosífilis sintomática, deve ser solicitada tomografia computadorizada com e sem contraste, visando excluir contraindicações para punção líquórica e identificar achados compatíveis com neurosífilis. Complementar a investigação com

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				



ressonância magnética (RM) de encéfalo e/ou coluna, segundo a apresentação clínica. No caso de suspeita de sífilis meningovascular, complementar a neuroimagem anatômica com angiogramografia ou, preferencialmente, RM com estudo de vaso.

- Meningite sífilítica: podem ser observados achados de leptomeningite.
- Sífilis meningovascular: achados compatíveis com acidente cerebrovascular ou vasculites.
- Paralisia geral progressiva: usualmente atrofia cortical e subcortical.
- *Tabes dorsalis*: podem ser observadas alterações de sinal na coluna dorsal medular ou atrofia medular.
- Outras manifestações: (i) a goma sífilítica no SNC apresenta-se como lesão focal expansiva, usualmente em contato com as meninges e podendo apresentar o “sinal da cauda”, achado característico do meningioma; e (ii) a encefalite sífilítica: presença de alteração de sinal temporal, uni ou bilateral, imitando a encefalite herpética.

7. Diagnóstico diferencial

- Meningite sífilítica: outras meningites de etiologia infecciosa, principalmente meningite criptocócica e tuberculosa em PVHA com aids avançada.
- Sífilis meningovascular: acidente cerebrovascular ou vasculites de etiologia infecciosa ou não infecciosa.
- Paralisia geral progressiva: outras causas de demências, doenças neuropsiquiátricas.
- *Tabes dorsalis*: outras causas de ataxias sensitivas, degeneração combinada subaguda, infecção pelo HTLV, mielopatia vacuolar.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

8. Tratamento

Neste documento institucional, optamos pela seguinte proposta terapêutica, categorizada segundo o diagnóstico de neurosífilis sintomática ou assintomática.

8.1. Neurosífilis sintomática:

As recomendações para o tratamento de pacientes com neurosífilis sintomática são:

Esquema preferencial: Penicilina G Cristalina 4.000.000 UI EV, de 4/4 horas, por 10 a 14 dias
Esquema Alternativo: Ceftriaxona 2g/dia EV, por 14 dias
Alérgicos à penicilina (eventos não graves): Pode-se optar pela dessensibilização de Penicilina*

*Consultar item abaixo para esquema indicado

O tratamento se dará em regime de internação hospitalar.



8.2. Neurosífilis assintomática:

A recomendação para o tratamento de pacientes com neurosífilis assintomática é:

Ceftriaxona 2g/dia EV, por 10 a 14 dias*
--

*A Penicilina G Cristalina poderá ser indicada em caso de falta de insumos com ceftriaxona na instituição.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

O tratamento se dará em regime de hospital dia, sendo necessário encaminhamento da pessoa diagnosticada com carta de encaminhamento com dados clínicos e resultados de exames que comprovem o diagnóstico ao local durante dias de semana, das 8h às 16h, para agendamento das administrações.

9. Seguimento pós-tratamento:

O seguimento pós-tratamento deverá seguir as recomendações atuais do Ministério da Saúde, devendo ser realizado nos seguintes locais:

- a) Unidade de origem do diagnóstico de neurosífilis assintomática.
- b) Unidade de referência (SAE, CTA, Ambulatório de Referência, Ambulatório do IIER ou consultórios privados) após diagnóstico e tratamento em internação hospitalar.
- c) Durante a internação hospitalar, em caso de permanência por tempo concordante com a coleta de novo VDRL sérico.



10. Profilaxia

N/A

11. Indicadores

N/A

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

12. Dessensibilização à penicilina



Em casos de pessoas alérgicas à penicilina com neurosífilis sintomática, há a opção de dessensibilização para aquelas que apresentaram episódios leves de reações alérgicas (*rash* cutâneo isolado, prurido cutâneo ou urticária). Devido à possibilidade de gravidade, não se recomenda realizar tentativas de dessensibilização em pacientes que apresentaram previamente ou relatem episódios de angioedema, broncoespasmo, edema laríngeo, quadros gastrointestinais graves e/ou anafilaxia, com ou sem hipotensão. O esquema de dessensibilização poderá ser realizado via Hospital Dia mediante solicitação a farmácia de Penicilina V oral.

Para tal, o que esquema abaixo pode ser utilizado:

PREPARO DA SOLUÇÃO DE PENICILINA V ORAL (10.000ui/mL): Penicilina V oral (80.000ui/mL): aspirar 1 mL da solução e diluir em 7 mL de água filtrada = Penicilina V oral (10.000ui/mL)	
PREPARO DA SOLUÇÃO DE PENICILINA V ORAL (1.000ui/mL): Penicilina V oral (10.000ui/mL): aspirar 1 mL da solução e diluir em 9 mL de água filtrada = Penicilina V oral (1.000ui/mL)	
PLANO TERAPÊUTICO	HORÁRIOS
1. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,1 mL Via Oral.	
2. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,2 mL Via Oral, 15 minutos após item 1	
3. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,4 mL Via Oral, 15 minutos após item 2	
4. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,8 mL Via Oral, 15 minutos após item 3	
5. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 1,6 mL Via Oral, 15 minutos após item 4	
6. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 3,2 mL Via Oral, 15 minutos após item 5	
7. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 6,4 mL Via Oral, 15 minutos após item 6	
8. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 1,2 mL Via Oral, 15 minutos após item 7	
9. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 2,4 mL Via Oral, 15 minutos após item 8	
10. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 4,8 mL Via Oral, 15 minutos após item 9	
11. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 1 mL Via Oral, 15 minutos após item 10	
12. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 2 mL Via Oral, 15 minutos após item 11	
13. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 4 mL Via Oral, 15 minutos após item 12	
14. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 8 mL Via Oral, 15 minutos após item 13	
15. Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 Unidades (Frasco-Ampola). Administrar 1.200.000, Unidades em cada nádega POR VIA INTRAMUSCULAR , após administração do item 14 .	

Adaptado de PLANO TERAPÊUTICO DE DESSENSIBILIZAÇÃO À PENICILINA, Ministério da Saúde, 2021.



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurossífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

13. Referências bibliográficas

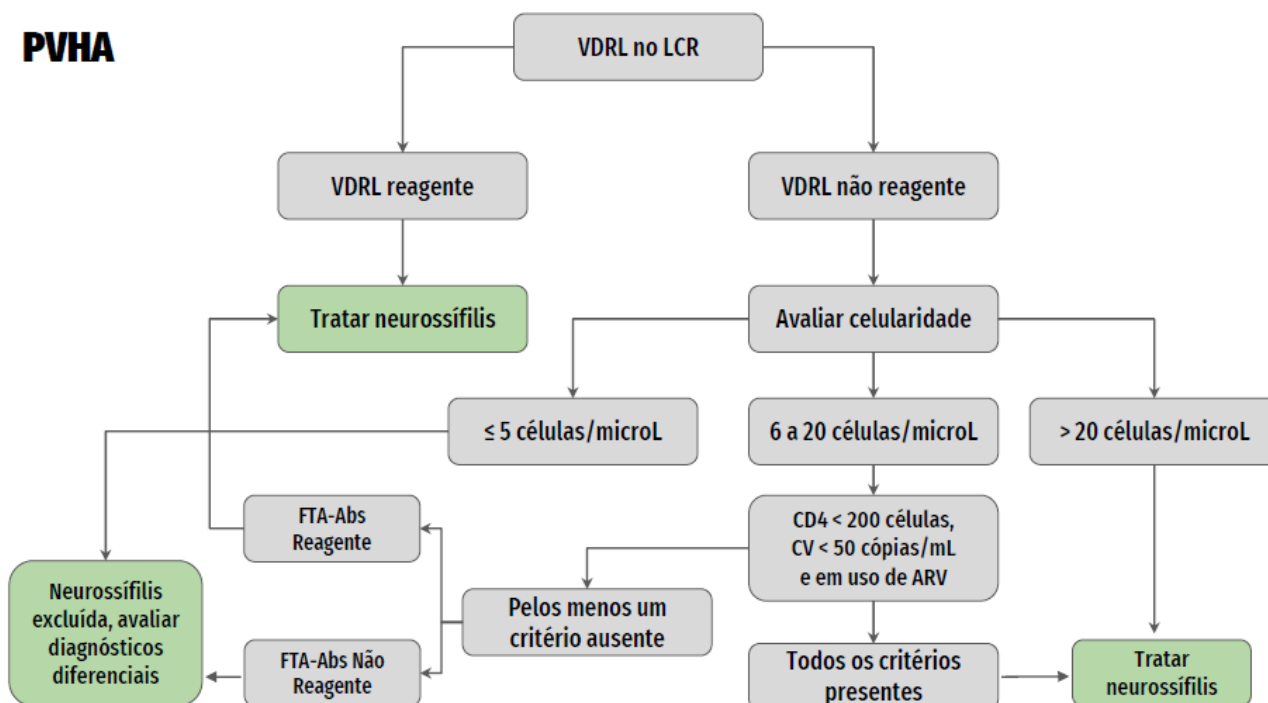
- Hamill MM, Ghanem KG, Tuddenham S. **State-of-the-Art Review: Neurosyphilis**. Clin Infect Dis. 2023 Aug 18:ciad437.
- Ghanem KG, Ram S, Rice PA. **The Modern Epidemic of Syphilis**. N Engl J Med. 2020 Feb 27;382(9):845-854.
- Shuja SH, Naeem U, Eqbal F, Shuja MH. **Ceftriaxone - A plausible intervention for treating neurosyphilis?** Ann Med Surg (Lond). 2022 Sep 15;82:104662.
- Zhou J, Zhang H, Tang K, Liu R, Li J. **An Updated Review of Recent Advances in Neurosyphilis**. Front Med (Lausanne). 2022 Sep 20;9:800383.
- Klein M, Angstwurm K, Esser S, Hahn K, Maschke M, Scheithauer S, Schoefer H, Sturzenegger M, Wildemann B, Weber J. **German guidelines on the diagnosis and treatment of neurosyphilis**. Neurol Res Pract. 2020 Nov 17;2:33.
- Bettuzzi T, Jourdes A, Robineau O, Alcaraz I, Manda V, Molina JM, Mehlen M, Cazanave C, Tattevin P, Mensi S, Terrier B, Régent A, Ghosn J, Charlier C, Martin-Blondel G, Dupin N. **Ceftriaxone compared with benzylpenicillin in the treatment of neurosyphilis in France: a retrospective multicentre study**. Lancet Infect Dis. 2021 Oct;21(10):1441-1447.
- Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. **2020 European guideline on the management of syphilis**. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Mar;35(3):574-588.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 211 p. : il.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, coordenação-geral de vigilância do HIV/aids e hepatites virais – CGAHV/DATHI/SVSA/MS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas** [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				



de Vigilância em Saúde, coordenação-geral de vigilância do HIV/aids e hepatites virais /– Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

Fluxograma A – Diagnostico de neurosífilis em PVHA.



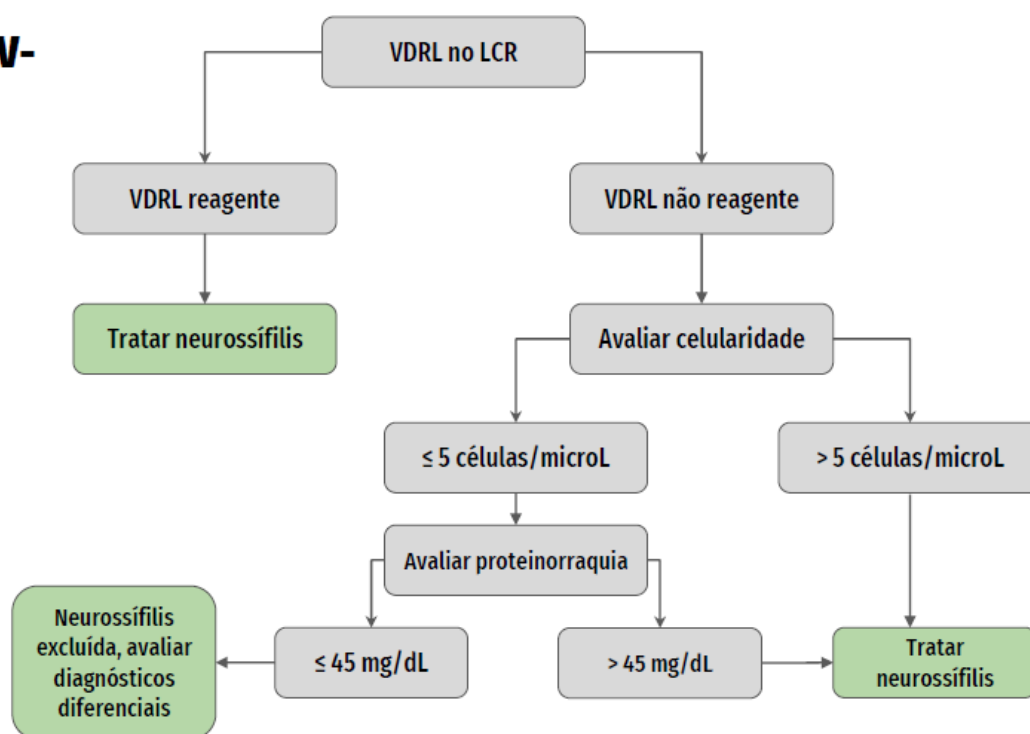
Adaptado de Christina M Marra, MD.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Neurosífilis	Código PC-DDM – 018 – V1	Término Vigência 30/11/25	Início Vigência 30/11/23	
	Elaboradores: Bernardo Porto Maia, Maria Felipe Faustino de Medeiros, José Ernesto Vidal Bermúdez, Raphaela Ferrari, Gustavo Arthur Reis Schneider,				

Fluxograma B – Diagnostico Neurosífilis em pessoas HIV-negativas.

Pessoas HIV-Negativas



Adaptado de Christina M Marra, MD.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	José Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.