



Caracterización Clínica Y Manejo De Paciente Neonatal Con Sífilis Congénita

Clinical Characterization and Management of Neonatal Patients with Congenital Syphilis

Caracterização Clínica E Manejo De Pacientes Neonatais Com Sífilis Congênita

Segundo Antonio Estrella-Campuzano ^I
dr.antonio27@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8071-290X>

Tanya Maricela Romero-Escobar ^{II}
dra_tromeroe@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0002-2945-6066>

Maximilien Donald Valverde-Eraza ^{III}
massimodc.valverde@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1498-6697>

Mayra Alexandra Bermello-Naranjo ^{IV}
mayranaranjo44@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0778-7742>

Correspondencia: dr.antonio27@hotmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Revisión

* **Recibido:** 20 de marzo de 2022 * **Aceptado:** 10 de abril de 2022 * **Publicado:** 10 de mayo de 2022

- I. Magister en Seguridad y Salud Ocupacional, Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.

Resumen

La sífilis congénita es una complicación de salud pública que afecta a nivel mundial, debido a que aqueja a un número importante de recién nacidos en América latina cada año, en nuestro país, existen escasos datos reconocidos sobre ésta prevalencia de sífilis congénita, sin embargo, existen un porcentaje de las embarazadas que no tienen un control prenatal necesario, desde inicio del siglo XV, las enfermedades de transmisión sexual son conocidas. Es por eso que, la sífilis es una enfermedad de que se transmite a través de las relaciones sexuales, lo que no ha dejado de ser una traba para la salud pública, debido a la alta tasa de morbilidad y riesgo de la misma, en especial en las mujeres en periodo de gestación, por su transmisión y los efectos que ocasiona al feto en desarrollo. La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica y su contagio es de forma intrauterina se adquiere de la madre enferma que la transmite al producto por vía transplacentaria, algunos doctores que atienden a embarazadas y ellas no poseen ingresos económicos para la realización de las pruebas de laboratorio y por lado un porcentaje alto de gestantes que no asiste a un control prenatal de forma regular.

Palabras claves: Sífilis; Recién nacidos; Embarazada; Congénita; Complicación.

Abstract

Congenital syphilis is a public health complication that affects worldwide, because it afflicts a significant number of newborns in Latin America every year, in our country, there are few recognized data on this prevalence of congenital syphilis, however there is a percentage of pregnant women who do not have a necessary prenatal control, since the beginning of the fifteenth century, sexually transmitted diseases are known. That is why syphilis is a disease that is transmitted through sexual intercourse, which has not ceased to be a hindrance to public health, due to the high rate of morbidity and risk of it, especially in women. Pregnant women, due to its transmission and the effects it causes to the developing fetus. Syphilis is a systemic infectious disease and its contagion is intrauterine, it is acquired from the sick mother who transmits it to the product through the placenta, some doctors who care for pregnant women and she do not have economic income to carry out laboratory tests and On the other hand, there is a high percentage of pregnant women who do not attend prenatal control on a regular basis.

Keywords: Syphilis; Newly Born; Pregnant; Congenital; Complication.

Resumo

A sífilis congênita é uma complicação de saúde pública que afeta em todo o mundo, pois aflige um número significativo de recém-nascidos na América Latina todos os anos, em nosso país, há poucos dados reconhecidos sobre essa prevalência de sífilis congênita, porém existe um percentual de gestantes que não possuem um controle pré-natal necessário, desde o início do século XV, as doenças sexualmente transmissíveis são conhecidas. Por isso a sífilis é uma doença de transmissão sexual, que não deixou de ser um empecilho à saúde pública, pelo alto índice de morbidade e risco da mesma, principalmente em mulheres grávidas, devido à sua transmissão e os efeitos que causa ao feto em desenvolvimento. A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e seu contágio é intrauterino, é adquirida da mãe doente que a transmite ao produto através da placenta, alguns médicos que atendem gestantes e ela não possui renda econômica para realizar exames laboratoriais e por outro lado, há um alto percentual de gestantes que não fazem o controle pré-natal regularmente.

Palavras-chave: Sífilis; Recém Nascidos; Grávida; Congênita; Complicação.

Introducción

Actualmente, la sífilis congénita es un padecimiento que ocurre a nivel mundial, con una alta data de un 90 por ciento presenta en los países desarrollados. En estos momentos la sífilis congénita en una enfermedad que trae consecuencia a la política pública de salud en el país.

En la Actualidad se debe tomar en cuenta la importancia del control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) esto para reducir la continuidad de transmisión del virus de sífilis Congénita (SC). Irónicamente, el interés por las ITS no ha crecido en la proporción deseada que presumiría y más aún, las respuestas de los entes encargados ante las ITS han sido insignificante grave ante esta situación de contagio por SC, la cual está ubica la capacidad de los gobiernos, de los programas de salud y de las diversas organizaciones e instituciones nacionales e internacionales en todos los niveles.

La sífilis frecuentemente se encuentra aumentada en las últimas dos décadas después de VIH las causas de estos contagios es la promiscuidad, iniciación sexual muy temprana, relaciones sexuales sin protección y el tener vínculo a redes sociales o sexuales de alto riesgo además de un limitado acceso a los cuidados de salud en algunas comunidades y un bajo nivel socioeconómico.

Esta enfermedad tiene consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión, ya que puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto y tiene un impacto negativo en la salud materna, deduciendo que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto en personas con sífilis.

La falta de detección y tratamiento consecuente de la enfermedad en esta etapa, determina que la sífilis congénita (SC) es un problema de salud pública. La sífilis gestacional se diagnostica durante el embarazo, el postaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus períodos, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada.

Ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación, ya sea por vía hematogena-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya está desarrollado, aunque la treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. No hay casos de transmisión a través de la leche materna. Aproximadamente 66% de los niños infectados son asintomáticos en el momento del nacimiento.

Sífilis

Es una enfermedad infecciosa exclusiva del humano de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum* y se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infecciones crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades, si no es detectada y tratada adecuadamente esta puede ser transmitida de madres a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo.

El periodo de incubación es de 10 a 90 días y tres semanas en promedio, se transmite principalmente durante las relaciones sexuales y a veces también por contacto de las lesiones o por transfusión sanguínea. Las personas infectadas los signos característicos son difíciles de reconocer por que la lesión inicial que se conoce como chancro puede presentarse en zonas poco visibles, por otro lado, la sintomatología inicial no alcanza la intensidad necesaria para consultar al médico. La sífilis tiene un impacto negativo en la salud materna; la aparición de la sífilis congénita pone en manifiesto la deficiencia tanto en orden estructural el técnico en los servicios de salud.

Sífilis Congénita

La SC es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al fruto de la gestación, que puede ocurrir in útero por paso transplacentario o durante el paso a través del canal del parto, Guía de atención del Ministerio de Salud y Protección Social, y protocolo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud establece como caso de sífilis congénita el recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento; especificando como tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación .

La transmisión de la sífilis antes del cuarto mes de gestación es poco frecuente; si la madre recibe tratamiento antes de las 16 semanas, es posible prevenir el daño fetal, de allí la importancia de la solicitud de pruebas no treponemica prenatales en el primer trimestre; Si la madre se infecta en las primeras semanas de gestación , se produce un daño fetal grave y un Pequeño porcentaje termina en aborto espontáneo .ésta evoluciona hacia aborto en 25%,mortinato en 25% o infección congénita en 50% de los casos ;sólo un pequeño porcentaje nacerá sano; se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquiere la sífilis Congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas después ò tres meses más tarde.

Síntomas

La mayoría de los bebés infectados antes del nacimiento parecen saludables. Los síntomas se pueden desarrollar con el tiempo. En bebés menores de 2 años, los síntomas pueden incluir:

- ✓ Agrandamiento del hígado y/o del bazo (masa en el abdomen)
- ✓ Incapacidad para ganar peso o retraso en el crecimiento (incluso antes del nacimiento, con bajo peso al nacer).
- ✓ Fiebre.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Irritación y agrietamiento de la piel alrededor de la boca, los genitales y el ano.
- ✓ Erupción que comienza como pequeñas ampollas, especialmente en las palmas de las manos y las plantas de los pies, posteriormente cambian a un color cobrizo y son planas o abultadas.
- ✓ Anormalidades esqueléticas (óseas).
- ✓ Dolor en un brazo o pierna y no ser capaz de moverla.

- ✓ Secreción nasal acuosa.
- ✓ Los síntomas en bebés mayores y niños pequeños pueden incluir:
- ✓ Dientes anormales mellados y en forma de clavija llamados, dientes de Hutchinson.
- ✓ Dolor de hueso.
- ✓ Ceguera.
- ✓ Opacidad de la córnea (la cubierta del globo ocular).
- ✓ Disminución en la audición o sordera
- ✓ Deformidad de la nariz con el puente nasal aplanado (nariz en silla de montar).
- ✓ Parches grises con apariencia de moco alrededor del ano y la vagina.
- ✓ Inflamación articular.
- ✓ Espinillas en forma de sable (problema óseo de la parte inferior de la pierna).
- ✓ Cicatrización de la piel alrededor de la boca, los genitales y el ano

Factores De Riesgo:

Dentro de los principales factores de riesgo para la transmisión de la sífilis se ha descrito lo siguiente:

- ✓ Inicio de actividad sexual temprana
- ✓ Promiscuidad sexual
- ✓ Actividad comercial sexual de VIH/SIDA
- ✓ Consumo drogas ilícitas y alcohol
- ✓ Diagnóstico de otra enfermedad de transmisión sexual
- ✓ Compañero sexual diagnostico con otra ITS
- ✓ Ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado, gestantes que acceden al control, pero no les solicita una prueba para sífilis.

Los siguientes factores para la adquisición de infección por la madre:

- ✓ Contacto sexual de riesgo
- ✓ Conducta Sexual riesgosa
- ✓ Presencia de múltiples compañeros en el pasado o actualidad
- ✓ Enfermedad de transmisión sexual de cualquier tipo
- ✓ Consumo de drogas psicoactivas que disminuyan el control y la capacidad de juicio de protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual

- ✓ Nivel socioeconómico o educativo bajo G. Ausencia de atención prenatal

Manifestaciones Clínicas De La Sífilis

Las manifestaciones clínicas de la sífilis se agrupan cronológicamente en los siguientes períodos:

Sífilis congénita precoz

El diagnóstico de la sífilis congénita temprana se suele sospechar en función de la serología materna, que se realiza de manera sistemática durante las primeras etapas del embarazo y, a menudo se repiten en el tercer trimestre y el parto. Los recién nacidos de madres con evidencias serológicas de sífilis deben ser sometidos a un examen completo, microscopia de campo oscuro o tinción de inmunofluorescencia de cualquier lesión cutánea o mucosa y una prueba serológica no treponémica cuantitativa (reagina plasmática rápida [RPR], Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]); no se utiliza sangre de cordón para las pruebas serológicas porque los resultados son menos sensibles y específicos. Deben analizarse la placenta o el cordón umbilical mediante microscopia de campo oscuro o tinción con anticuerpos fluorescentes si se encuentran disponibles.

En los lactantes y los niños pequeños con signos clínicos de enfermedad o resultados sugestivos de las pruebas serológicas, también es preciso realizar una punción lumbar con análisis del líquido cefalorraquídeo para recuento de células, VDRL y determinación de proteínas, hemograma completo con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas; radiografías de huesos largos y otras pruebas si están indicadas clínicamente (evaluación oftalmológica, radiografías de tórax, neuroimágenes y potencial evocado auditivo del tronco encefálico).

La sífilis puede causar muchas anomalías distintas en la radiografía de los huesos largos, incluyendo

- Reacciones periólicas
- Osteítis difusa o localizada
- Metafisis

La osteítis se describe a veces como "cambios apolillados difusos de la diáfisis". La metafisis aparece comúnmente como bandas radiolúcidas o densas que pueden alternarse para dar un patrón en forma de sándwich o de tallo de apio. El signo de Wimberger es la presencia de erosiones simétricas de la tibia superior pero también puede indicar erosiones en la metafisis de otros huesos largos. Se ha descrito un exceso de formación de callos en los extremos de los huesos largos. Muchos bebés afectados tienen más de uno de estos hallazgos.

El diagnóstico se confirma por visualización microscópica de espiroquetas en muestras del recién nacido o de la placenta. El diagnóstico basado en las pruebas serológicas neonatales se complica por la transferencia transplacentaria de anticuerpos IgG maternos, que pueden positivizar el resultado de la prueba en ausencia de infección. Sin embargo, la transferencia pasiva en general no determinaría un título neonatal de anticuerpos no treponémicos > al cuádruple del título materno, y en este caso, se considera que el diagnóstico está confirmado o es sumamente probable. La enfermedad materna adquirida en etapas gestacionales tardías puede transmitirse antes de que se desarrollen anticuerpos. Por consiguiente, en recién nacidos con títulos bajos, pero con manifestaciones clínicas típicas, también se considera muy probable la sífilis. En los recién nacidos sin signos de enfermedad y títulos serológicos bajos o negativos, la sífilis se considera posible; el abordaje posterior depende de diversos factores maternos y neonatales.

a) Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). El chancro es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación de la treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces, suele ser difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b) Sífilis Secundaria

Se produce a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas. La roséola sifilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos. Pueden pasar inadvertidas si la roséola es tenue. La duración de las lesiones suele ser desde pocos días hasta semanas y desaparecen espontáneamente, aunque hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencias durante el primer año. Pueden aparecer otras manifestaciones de sífilis secundaria como condilomas planos, localizados en zona perianal, ingle, regiones genitales, axilas y en general, en los pliegues en donde hay humedad y maceración y lesiones en la mucosa oral (manchas rojas u

opalinas delimitadas). Con cierta frecuencia suele presentarse malestar general, dolor muscular, pérdida del apetito o trastornos gastrointestinales, ronquera, pérdida ligera de peso y leve aumento de la temperatura corporal. Se han descrito casos de glomérulo nefritis.

Sífilis Terciaria o Tardía

La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas. Las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes y aparecen entre los 10 a 30 años de infección y puede manifestarse como aneurisma del arco aórtico, ostitis coronaria, regurgitación aórtica, etc. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de estos se enrojece y ulcera, posteriormente, puede cicatrizar, pudiendo llevar a úlceras, caída del paladar o tabique nasal.

Manifestaciones Clínicas De Sífilis Congénita

Fase antenatal (Prenatal)

- ✓ Retraso en el crecimiento intrauterino
- ✓ Hepatoesplenomegalia
- ✓ Intestino ecogénico
- ✓ Hidrops fetal
- ✓ Oclusión intestinal
- ✓ Muerte fetal

Diagnostico

Existe un abanico amplio de herramientas para diagnosticar la sífilis; el diagnóstico de laboratorio tradicional para el adulto se basa en el uso inicial de pruebas de detección no treponémica y treponémicas. Estas pruebas detectan anticuerpos contra antígenos reagínicos presentes en el *Treponema. Pallidum*.

Las pruebas serológicas para sífilis se han agrupado en pruebas treponémicas y no treponémicas, la accesibilidad en el país están desde el primer nivel de atención; las pruebas no treponémicas más extendidas son el VDRL el resultado de prueba reactiva puede indicar tener una infección actual, infección reciente tratada o no tratada resultando así un falso positivo este puede ocurrir

en un 1-3% de la población general estas pruebas se negativizan con el tiempo después del tratamiento sin embargo en algunos pacientes los anticuerpos no treponémicos pueden permanecer con títulos bajos durante un largo tiempo e incluso toda la vida. La serología secuencial en un paciente debe ser realizada con la misma prueba o VDRL o RPR. las pruebas treponémicas pueden llegar a ser costosas y complejas como lo son por ejemplo el TPHA (treponema pallidum haemagglutination assay) y el TP-PA (treponema pallidum), el FTA-ABS (Fluorescente treponema antibody absorption) o el MHA-TP.

Diagnóstico Materno

El diagnóstico el adulto se basa en el uso inicial de una prueba de detección no treponémica o inespecíficas. La norma técnica para la detección temprana de alteraciones de embarazo, establece que toda gestante que acuda idealmente en el primer trimestre de embarazo debe recibir una atención integral en la cual se oferte la serología para sífilis en el primer control prenatal, en el tercer trimestre, el parto y o puerperio inmediato. El diagnóstico de la sífilis en la madre se realiza a través de pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas.

Pruebas Serológicas No Treponémicas

Estas pruebas detectan anticuerpos antilipídicos en suero y líquido cefalorraquídeo y se emplean para cuantificar la respuesta de los anticuerpos; la respuesta de estos anticuerpos corresponde a un diagnóstico presuntivo de sífilis dentro de estas pruebas tenemos las siguientes:

VDRL (venereal disease research laboratory):

Sensibilidad en la sífilis primaria es de 78% -86 %, sífilis secundaria del 98%-100%, y latente 95% - 98%. Especificidad: 85% -99%. Pueden no detectarse anticuerpos no treponémicos hasta en el 20% de los adultos con Chancros, durante la primera semana de sífilis primaria. De otro lado, existen casos individuales que tienen probabilidad de presentar falsos positivos serológicos, Estos se dan en un 1 % de los casos, y se caracterizan por títulos bajos como son: Enfermedades del colágeno., Uso de drogas intravenosas, Enfermedad maligna avanzada, Tuberculosis, Malaria, Errores de laboratorio.

RPR (Rapid Plasma Reagin):

Sensibilidad: 91 %. Especificidad: 95%. Los principales inconvenientes de estas pruebas son su baja sensibilidad en las etapas iniciales de la sífilis y la interpretación de los resultados obtenidos en el recién nacido. Anteriormente, un título mayor de 1:8 se consideraba como un verdadero positivo y un título menor un falso positivo. Si bien es cierto que las reacciones falsas positivas

producen títulos bajos, en algunas ocasiones pueden tener títulos muy altos (hasta de 1:64), como ocurre con las personas que consumen cocaína; por esto la dilución no se considera apropiada para definir los falsos positivos. Además, teniendo en cuenta la sensibilidad de las pruebas en las etapas tempranas de la infección, los títulos bajos no descartan la enfermedad, porque pueden ser el reflejo del inicio de la respuesta de anticuerpos ante una infección reciente.

Neurosífilis

Es difícil de realizar el diagnóstico de compromiso del SNC y la indicación de realización de punción lumbar es discutida en los recién nacidos asintomáticos. La incidencia de neurosífilis en recién nacidos sintomáticos varía entre 22% a 66%. Se observan casos de VDRL en LCR y análisis citoquímicos falsos negativos. También se reportan casos de VDRL en LCR falsos positivos.

En recién nacidos con diagnóstico presuntivo de sífilis se practicaron 74 punciones lumbares con un caso de neurosífilis. La madre tenía títulos de 1/16, en el cordón los títulos fueron 1/1, en sangre periférica 1/32 y el recién nacido era sintomático. Con estos hallazgos los autores proponen reconsiderar la realización de PL en recién nacidos asintomáticos. Beeram no encontró diferencia en celularidad y proteínas en el estudio citoquímico de una población con diagnóstico presuntivo de sífilis y de un grupo control evaluado por riesgo de infección inespecífica. Solo 2 de 329 pacientes asintomáticos (0,6%) tuvieron VDRL positivo, los cuales tenían indicación de tratamiento por la historia materna de sífilis no tratada o tratamiento inadecuado.

Los recién nacidos con neurosífilis son generalmente sintomáticos. En los casos que no presentaron síntomas, la valoración paraclínica estuvo alterada. Las embarazadas en estos casos tuvieron títulos de RPR o VDRL iguales o mayores a 1/8, el tratamiento se realizó en el último mes o no se utilizó penicilina. La realización de punción lumbar y radiografía de huesos largos en recién nacidos asintomáticos tiene actualmente escaso rendimiento y su utilidad en la evaluación de sífilis congénita parece limitarse a los niños sintomáticos o en la toma de decisión en el caso particular y no como estándar de evaluación.

La presencia de sangre visible en el LCR con VDRL maternos bajos o escasa cantidad de sangre en LCR con títulos plasmáticos elevados, puede alterar el resultado del VDRL en LCR.

El Agente Infeccioso Y La Enfermedad.

El agente causal es el *Treponema pallidum* que fue descubierto por Fritz Shaudin y Erick Hoffman en 1905, el cual es un microorganismo espiral de 0.2 micras de grosor por 5 a 20 micras

de longitud, su cuerpo es enrollado de ocho a 14 vueltas, anaerobio, su único reservorio natural es el hombre, aunque de manera experimental se han podido infectar animales tales como conejo y ratón; Para su detección es necesaria la microscopía con campo oscuro y técnicas de inmunofluorescencia.

La SC se define como una enfermedad sistémica, transmitida de la madre al producto; ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con los gónococos en los genitales maternos, Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque la treponema puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. Según la ley de Kassowitz, el riesgo de transmisión vertical de sífilis en mujeres no tratadas disminuye en la medida que la enfermedad progresa, si la madre se infecta en las primeras semanas de gestación, se produce un daño fetal severo y un pequeño porcentaje termina en aborto espontáneo, si la infección ocurre después de la semana 16 de gestación, ésta evoluciona hacia aborto en 25%, mortinato en 25% o en infección congénita en aproximadamente 50% de los casos y sólo un pequeño porcentaje nacerá sano y la infección al final de la gestación se traduce en una amplia transmisión al feto , 60% de los cuales nacerán aparentemente sanos.

Sin embargo, el riesgo de infección para el feto varía considerablemente según el estadio de la sífilis materna: 70% en sífilis primaria, 90 a 100% en sífilis secundaria, 30% en la sífilis latente temprana y 20% en la latente tardía. Se estima que, de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal 3 · 9 · 20· 25. Las complicaciones incluyen: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y serias secuelas en los que sobreviven. Puede ocasionar muerte intrauterina en 30%, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40-50%

Manifestaciones Clínicas.

La SC incluye 3 etapas: sífilis congénita temprana si se presenta desde el nacimiento hasta los 2 años de edad; sífilis congénita tardía, si aparece después de los dos años de edad; y estigmas. Los estigmas incluyen cicatrices y deformidades que son consecuencia de la sífilis congénita temprana o tardía.

Pruebas Treponémicas Confirmatorias

Las pruebas treponémicas usan al treponema como antígeno y se basan en la detección de anticuerpos contra componentes treponémicos y se consideran como pruebas estándar el FTA-ABS, MHA-TP y TPHA y las pruebas rápidas son utilizadas para confirmar o verificar la reactividad de las pruebas no treponémicas Para el diagnóstico de sífilis es muy importante de acuerdo al resultado de la prueba treponémica realizar pruebas serológicas específicas; estas consisten en la medición de anticuerpo de IGM más específicos para el T.Pallidium como lo son los siguientes pruebas.

FTA – ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absortion): Sensibilidad 84 - 92 %. Especificidad: 96%.

Diagnóstico en el Recién Nacido

Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos es necesarios desarrollar una serie de evaluaciones clínicas y de laboratorio como lo son el test no serológico no treponémicos cuantitativo no en sangre de cordón, la prueba treponémica si se considera necesario, LCR, RX de huesos largos y parcial de orina.

Pruebas Serológicas Neonatales

No treponémica y treponémicas. En los mortinatos con sospecha de sífilis es importante el análisis detallado del feto, la placenta y el líquido amniótico si es posible. El valor de estas pruebas en el recién nacido es discutido, debido al paso transplacentario de Anticuerpos de tipo IgG de la madre al RN. Sólo el 22% de los RN infectados presentan Títulos 4 veces mayores que los maternos, lo que indica el diagnóstico de infección.

Tratamiento

El tratamiento de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico y de búsqueda de otras ITS además de recibir educación las enfermedades de transmisión sexual, el tratamiento farmacológico depende inicialmente si la gestación continúa o no, si la gestación termino puede ofrecerse terapias diferentes a la penicilina. Si la gestación continúa en curso, el tratamiento farmacológico debe hacerse siempre con penicilina, desensibilizando por vía oral en caso de que sea probable la presentación de reacciones de hipersensibilidad; El esquema a elegir depende de sí la edad gestacional. Si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina Endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días. Si existe amenaza de parto pre término se remitirá por alto riesgo debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal.

Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:

- ✓ Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis: penicilina benzatinica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis.
- ✓ Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana: penicilina benzatinica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.
- ✓ Neurosífilis: penicilina cristalina Endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días.

De igual manera es importante garantizar en una mujer gestante el tratamiento de todos sus contactos sexuales con el fin de evitar la reinfección de la gestante y por ende evitar un caso de sífilis congénita.

Patología y Patogénesis

La sífilis congénita puede ser contraída por un feto hasta cinco años después de que la madre se infectara por primera vez, aunque cuanto más reciente es. la infección más posibilidades tiene el feto de quedar afectado y más florido es el cuadro de esta afección congénita. Las treponemas invaden el tejido placentario ni los tejidos del feto hasta el quinto mes de gestación y por tanto la sífilis es una causa infrecuente de aborto precoz. En las formas perinatal e infantil de la sífilis congénita.

Las lesiones más espectaculares afectan a los tejidos mucocutáneos y a los huesos. Se produce una erupción cutánea difusa que difiere de la que se observa en la fase secundaria de la sífilis adquirida en la que cursa con un desprendimiento abundante del epitelio, especialmente en las palmas y plantas. Y en las zonas adyacentes a la boca y el ano. Estas lesiones incluyen grandes cantidades de espiroquetas. Puede haber osteocondritis y periostitis luética que afectan a cualquier hueso, principalmente a los de nariz y los de los miembros inferiores.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas en el recién nacido corresponden a una sífilis secundaria del adulto en que hay una extensa diseminación del microorganismo. El rango de compromiso clínico va desde niños totalmente sanos a pacientes con compromiso séptico severo. La infección neonatal es clasificada arbitrariamente en: temprana (manifestaciones que se presentan antes de los 2 años de vida) y tardía (es decir manifestaciones que aparecen después de los 2 años de vida). En la sífilis congénita temprana las manifestaciones son variables y en combinaciones no predecibles. Los recién nacidos con sífilis congénita por lo general son de bajo peso y marasmáticos muestran

expresión senil o tipo simio en la cara, tienen distensión abdominal y un color de piel amarillento o tipo café con leche con poca turgencia.

Las pápulas que encontramos son por lo general más grandes que en adultos, el color rojo oscuro el más obvio y la infiltración mayor. Las vesículas y la descamación son características frecuentes. Las áreas preferentemente afectadas son extremidades, palmas y plantas. El llanto puede causar fisuras profundas en las infiltraciones periorales que son dolorosas y algunas veces dejan escaras radiales profundas, llamadas arrugas de Parro. En ocasiones las pápulas pueden proliferar y formar placas elevadas, que se erosionan y se localizan en particular sobre partes intertriginosas.

Atención Prenatal

Acciones asistenciales que se concretan realizadas por el equipo de salud a la gestante con el objetivo de controlar la evolución de embarazo y disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. la atención de las gestantes de manera temprana en la cual se diagnostica y se suministra el tratamiento a todas las gestantes infectadas esta debe hacerse desde la primera visita en atención prenatal el primer trimestre o momento de ingreso a control y al final del embarazo ;se constituye un factor de riesgo muy importante para la prevención de la sífilis la importancia de someterse al tratamiento tanto la gestante como la pareja así mismo la realización de actividades de educación para concientizar a las personas y familias sobre la importancia de prevenir la sífilis.

Prevención

La sífilis debe buscarse sistemáticamente en todas las embarazadas en el primer trimestre y se deben repetir los estudios si adquieren otra enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo. En el 99% de los casos, el tratamiento adecuado durante el embarazo cura tanto a la madre como al feto. Sin embargo, en algunos casos el tratamiento de la sífilis en etapas gestacionales tardías erradica la infección, pero no algunos signos de sífilis que se manifiestan en el recién nacido. El tratamiento de la madre < 4 sem. Antes del parto podría no haber erradicado la infección fetal.

Cuando se diagnostica sífilis congénita, hay que estudiar a otros miembros de la familia para detectar evidencia física y serológica de infección. Es preciso volver a tratar a la madre en embarazos posteriores sólo si los títulos serológicos sugieren recaída o reinfección. Las mujeres seropositivas después de un tratamiento adecuado pueden presentar una reinfección y deben ser

reevaluadas. Una madre sin lesiones, seronegativa, pero que ha tenido exposición venérea a una persona con diagnóstico conocido de sífilis debe recibir tratamiento, porque hay una probabilidad de contagio del 25 al 50%.

Seguimiento

A pesar de extremar los cuidados puede pasar desapercibido un recién nacido infectado cerca de su nacimiento, lo cual será minimizado con controles clínicos antes de los 7 días de vida, segundo control antes del primer mes y controles posteriores indicados por el Ministerio de Salud.

Los casos de sífilis congénita confirmada o que presenten alto riesgo se catalogan como riesgo 1 y se controlan en domicilio.

Los recién nacidos con serología positiva deben tener un seguimiento estricto con realización de VDRL hasta la negativización.

Los títulos de los test no treponémicos descienden a los 3 meses y deben negativizarse a los 6 meses si el recién nacido no está infectado.

En los casos de alteraciones en el LCR, debe reiterarse la punción lumbar con estudio citoquímico y VDRL cada 6 meses, hasta que se normalicen los resultados. Si se confirma una adecuada evolución de los títulos en plasma y se asegura la curación se puede no realizar PL. De presentar VDRL positivo en LCR a los 6 meses debe reiniciarse el tratamiento.

Conclusión

La falta de un control prenatal a tiempo y adecuado juega un papel importante en la incidencia de SC, el control apropiado en tratamiento y seguimiento pertinentes de la enfermedad, deben ser más regulares los métodos de atención en los pacientes con SC.

La sífilis es una enfermedad que se transmite a través de las relaciones sexuales que se había considerado que había disminuido con el paso del tiempo, sin embargo, en la actualidad no sólo han aumentado los índices en adultos activos sexualmente, sino también que ha repercutido en la población infantil, los cuales adquieren la enfermedad a través del contacto con sus madres durante la gestación o el trabajo de parto. Es de observar que la Sífilis Congénita (SC) ha tenido una disposición a nivel mundial, en aumento de su incidencia y prevalencia, a pesar del control a las mujeres durante la gestación y la realización de VDRL en fases tempranas del embarazo y de la formación sexual brindada a la población.

Es por ellos, que la embarazada con infección sifilítica no recibe tratamiento o es inadecuado, el riesgo de que el embarazo resulte en un aborto tardío o mortinato, además, puede ser causa de muerte neonatal prematura. Asociado a esto, la mayoría de los recién nacidos con sífilis congénita pueden ser asintomáticos, lo cual obstaculiza un diagnóstico oportuno y muchos de ellos son dados de alta al nacimiento sin diagnóstico. Los datos como la frecuencia de la enfermedad, su perfil clínico y el tratamiento a seguir son indagaciones fundamentales para implementar medidas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento. Sin embargo, en nuestro país no contamos con estudios que aporten información actualizada al respecto.

La incidencia de sífilis congénita ha estado semejante a el aumento de incidente de sífilis primaria y secundaria en la población adulta durante la década de los ochentas, es de observar que durante este periodo la sífilis decreció en homosexuales y hombres bisexuales pero se ha incrementado en heterosexuales, los factores que han contribuido al incremento de la incidencia de sífilis congénita incluyen el aumento de los casos de sífilis primaria y secundaria, tratamientos fallidos en el embarazo, reinfección materna y fallo para detectar muchos casos de sífilis materna por un pobre control prenatal y falla en la realización de test serológicos para sífilis.

Referencias

1. Ansbro M, Gill M, Reynolds J, Shelley K, Strasse S, Sripipatana T, Ncube A, Tembo G, Peeling R, Mabey D. Introduction of Syphilis Point-of-Care Tests, from Pilot Study to National Programme Implementation in Zambia: A Qualitative Study of Healthcare Workers' Perspectives on Testing, Training and Quality Assurance. PLoS ONE 2015; 10.
2. Arévalo, C. Infecciones de transmisión sexual en Venezuela. [Tesis de Especialización]. Sociedad Científica Médica Venezolana: Universidad Central de Venezuela: 1998.
3. Barajas I. Prevalencia de Sífilis Congénita en el Hospital Regional Universidad de Colina. [Tesis de Especialización].Colina. Colombia: Universidad de Colima; 2009.
4. Berdasquera D, Lazo M, Galindo B, Gala A. Sífilis: pasado y presente; 42(2). [Internet] 2004 [citado 22 de Junio de 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm.
5. Campos, R. Gómez, N. y Malca, W. Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado. Rev. Cuerpo méd. HNAAA 7 2014 [Internet] 2014. [Citado 13

- de enero 2016]. Disponible en <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/4>.
6. Carmona, K. Sífilis congénita y gestacional. España; [internet] 2013 [citado 19 julio de 2015] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicinaclinica-2-articulo-sifilis-embarazo-estudio-94-casosS0025775313000778?redirectNew=true>.
 7. Castañeda B. Costo efectividad del uso de pruebas treponémicas rápidas para la detección y tratamiento temprano de sífilis gestacional en pacientes subsidiadas y no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud en Bogotá. [Tesis de Maestría]. [Bogotá. Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 90.
 8. Charlier C, Benhaddou N, Dupin N. Syphilis et grossesse. *Presse Med.* 2015; 44: 631–638.
 9. Díaz A, Díez M, Cano R. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2010; 20: 63-72.
 10. Forte, D, Pedrón, D, Pérez, C. Conocimientos sobre sífilis en embarazadas que acuden a la consulta prenatal del hospital Dr. José María Vargas, [tesis de pregrado] [Valencia, Venezuela] Universidad de Carabobo, Octubre 2012: 7 – 10.
 11. Galban E, Benzaken A. Situación de la Sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006; [Internet] 2007 [citado 15 de Junio de 2015] Disponible en: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/9.pdf>
 12. Guillaume M, Castaigne V, Trabbia A, Guigue V, Cynober E, Cortey A, Lalande V, Carbonne B. Anemia fetal como una señal de la sífilis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2014; 27: 1375–1377.
 13. Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I. 18aed. Barcelona. Elsevier; 2010.
 14. Kuznik A, Muhumuza C, Komakech H y Mohammed L. Antenatal Syphilis Screening Using Point-Of-Care Testing in Low- and Middle- Income Countries in Asia and Latin America: Acost-Effectiveness Analysis. *PloS ONE* 2015; (5) 10: 1-9.
 15. Laval E. Ensayo sobre el origen de la sífilis. *Rev Chil Infecto*; 31(3): [Internet] 2014 [citado 28 de Marzo de 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000300015&script=sci_arttext.

16. Leguizamón, R. Vega, M. y Godoy, G. Sífilis en gestantes y en recién nacidos. Rev. Nac. (Itauguá) vol.5 no.1 Itauguá June 2013. [Internet] 2013. [Citado 12 de enero 2016]. Disponible en http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-81742013000100004&script=sci_arttext.
17. Matos M, Pérez V. Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006 – 2007. Rev univ Ind Santander salud 2013; 45: 71-76 [Internet] 2015 [citado 22 de Marzo de 2016] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/3896>.
18. Medina R, Izaguirre A. Sífilis congénita con lesiones contagiantes. Caracas, 1 aed. Vecchione R 1979. 3-4.
19. Moraes, Arocena, Da Silva. Estudios paraclínicos para la valoración de recién nacidos con sospecha de sífilis connatal. Arch Pediatr Urug 2011; 82(2): 93- 95.
20. Muciry C, Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 48(2):216-219, Mar-Apr, 2015.
21. Muricy C, Laerte V. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Rev Soc. Bras Med Trop 2015; 48(2): 216-219. [Internet] 2015 [citado 20 de Junio de 2015] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0168-2014>.
22. Pera S. Ramos A. Rabogal A. Análisis del comportamiento Sociodemográfico y Epidemiológico de la Sífilis Congénita en Colombia 2008-2009.