

## HISTORIA NATURAL DE LA SIFILIS CONGENITA: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO CAJA NACIONAL DE SALUD HOSPITAL OBRERO Nº 2

Dra. Erika Jeancarla Rocabado Urquieta - Medico Familiar

Dra. Mabel Ivone Rocha Soria - Medico Familiar.

Dr. Christian Mauricio Rivera Rojas – Medico General.

Dr. Henry Solis Fuentes - Medico Familiar- Jefe de Enseñanza Residencia Medicina Familiar CNS/UMSS

### RESUMEN

La sífilis congénita (SC) es una de las más importantes de todas las infecciones transmitidas de la madre al producto, se define como una infección sistémica, transmisible, ocasionada por el *Treponema pallidum*, sus manifestaciones clínicas son variables y el empleo juicioso de las pruebas serológicas coadyuvan en gran parte a establecer su diagnóstico.

La sífilis congénita es una enfermedad compleja debido a que los neonatos y/o lactantes menores infectados suelen no desarrollar manifestaciones clínicas al nacer, de presentarse sintomatología suele confundirse con otras enfermedades de transmisión vertical, las pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) son útiles para el escrutinio inicial del diagnóstico de sífilis, las pruebas treponémicas (FTA-ABS) se utilizan como confirmatorias de las no treponémicas. La penicilina continúa siendo el tratamiento de elección.

Caso clínico. Lactante menor de 2 meses de edad, con déficit ponderal procedente de Potosí que presentó lesiones ampollares en región perineal y miembros inferiores y superiores principalmente en palmas y plantas con salida espontánea de líquido blanquecino amarillento, las pruebas no treponémicas y treponémicas (VDRL)

Resultaron positivas tanto en el producto como en la madre. El diagnóstico presuntivo de sífilis congénita fue establecido y se administró penicilina

sódica cristalina por espacio de 10 días. Egresó en buenas condiciones.

**Palabras clave:** sífilis congénita, *Treponema pallidum*, lactante menor.

### SUMMARY

The congenital syphilis (SC) it belongs one of the most important of all the transmitted infections from the mother to the product, he/she is defined like a systemic, transferable infection, caused by the *Treponema pallidum*, their clinical manifestations are variable and the judicious employment of the tests serological largely cooperates to establish its diagnosis. **Clinical Case.** Smaller Lactante that presented lesions ampollares mainly in regal perineal and inferior members and superiors in palms and plants with spontaneous exit of yellowish whitish liquid, the tests non treponémicas and treponémicas (VDRL) they were positive as much in the product as in the mother. The presumptive diagnosis of congenital syphilis was established and crystalline sodium penicillin was administered by space of 10 days. Egress under good conditions. The congenital syphilis is a complex illness because the neonates infected y/o smaller lactantes doesn't usually develop clinical manifestations when being born, of being presented sintomatología he/she usually with other illnesses of vertical transmission, the tests non treponémicas (VDRL, RPR) they are useful for the

initial scrutiny of the syphilis diagnosis, the tests treponémicas (FTA-ABS) they are used as confirmatory of the non treponémicas. The penicillin continues being the election treatment. Words key: congenital syphilis, Treponema pallidum, smaller lactante.

### INTRODUCCION:

Sífilis congénita es toda infección producida por el Treponema pallidum y que es adquirida por el feto por vía transplacentaria durante el período de gestación desde una madre con Sífilis no tratada. Es una enfermedad multisistémica, y muchas veces el diagnóstico preciso es difícil por el paso de anticuerpos IgM maternos (treponémicos y no treponémicos) al feto, modificando los resultados serológicos en el recién nacido.

La severidad se relaciona con el momento en que la madre adquirió la infección y, por lo tanto con los estadios de infección materna que cursan durante el embarazo, la carga de Treponemas que infectan al feto y la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre.

#### **a.- Antes de la concepción o muy precozmente durante el embarazo:**

La respuesta inmunológica humoral de la madre, disminuye la carga total de Treponemas que alcanzan al feto y, por lo tanto el daño fetal. Se presentan infecciones más leves o no se produce infección fetal.

#### **b.- Después del cuarto mes de embarazo:**

El feto está expuesto a una espiroquetemia más alta. La respuesta Inmunológica humoral de la madre, por iniciarse más tardíamente, no será suficiente para disminuir el daño fetal y puede derivar en muerte fetal intrauterina alrededor de la semana 20 de gestación o en enfermedad grave del recién nacido.

### Etapas de la sífilis congénita

1.- Sífilis Congénita Precoz: se manifiesta hasta los dos primeros años de vida, se puede presentar como:

- Abortos
- Mortinatos
- Recién Nacidos con lesiones ampollares al nacer
- Lesiones cutáneas y mucosas a partir de las 2 a 10 semanas y hasta los 2 años de vida.

**+ Lesiones cutáneas:** lesiones ampollares.

**+ Lesiones mucosas:** Producen descarga nasal abundante, los parches mucosos de la garganta producen faringitis y laringitis.

**+ Lesiones óseas:** Detectadas por radiografía. Osteocondritis y epifisitis, periostitis de las falanges proximales (dactilitis).

**+ Linfadenopatía** generalizada y meningitis.

**+ Alteración de las curvas de crecimiento** con retardo del crecimiento. Puede ser primer signo de una Sífilis Congénita Precoz.

**+ Anemia e Ictericia**

**+ Hepato-esplenomegalia**

### 2.- Sífilis congénita tardía

Se manifiesta después de los dos años de vida. De la misma forma que en el adulto la Sífilis no tratada evoluciona a una etapa de latencia. Las manifestaciones de la Sífilis Congénita Tardía son similares a las de la enfermedad adquirida, incluyendo la formación de gomas y el desarrollo de Neurosífilis, sin embargo, la Sífilis Cardiovascular es rara. Algunos casos pueden presentar secuelas como:

Dientes de Hutchinson, molares de mora, perforación del paladar duro, nariz en silla de montar, tibias en "sable", opacidades corneales,

atrofia óptica, sordera del octavo par, hidrartrosis (articulación de Clutton).

### **LABORATORIO DE APOYO EN SIFILIS CONGENITA**

#### **a) Test serológicos:**

El hallazgo de test serológicos positivos al nacimiento puede deberse al traspaso pasivo de anticuerpos maternos y no deben ser considerados diagnóstico. Sin embargo, si no hay signos clínicos de la enfermedad, se debe realizar seguimiento serológico mensual al niño por un período de 6 meses, o hasta evidenciar disminución o negativización de los títulos.

Los hallazgos serológicos detectados en los casos de Sífilis Congénita Tardía, son esencialmente los mismos que los encontrados en los casos de Sífilis Tardía del adulto.

#### **b) Microscopia directa:**

Confirma la presencia de espiroquetas en lesiones cutáneas y mucosas de espiroquetas es diagnóstica sólo en menores de 6 meses, posteriormente se desarrollan espiroquetas saprófitas en la mucosa oral.

#### **c) Radiografía de huesos largos**

#### **d) Examen de líquido cefalorraquídeo (LCR)**

Aunque no existan evidencias clínicas ni de laboratorio de la presencia de infección en los Recién Nacidos hijos de madres con Sífilis no tratada, deben ser tratados.

### **MANEJO CLINICO DE LA SIFILIS CONGENITA**

Debe realizarse estudio completo a todos los recién nacidos cuyas madres seropositivas presentan las siguientes características:

+ Madres con sífilis no tratada: El hallazgo de un VDRL reactivo en el Recién Nacido obliga a efectuar VDRL a la madre. Esta puede ser la instancia para efectuar el diagnóstico de Sífilis a la madre.

+ Madres que hayan sido tratadas menos de un mes antes del parto

+ Madres que hayan sido tratadas con otro antibiótico que no sea penicilina

+ Madres con tratamiento incompleto antes del parto

+ Madres que no hayan presentado el descenso esperado en los títulos de anticuerpos después de haber sido tratadas

+ Madres tratadas pero cuyo seguimiento serológico durante el embarazo haya sido insuficiente para comprobar la actividad de la enfermedad.

+ Ningún Recién Nacido con VDRL positivo debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico de la madre.

### **EVALUACION DEL RECIEN NACIDO**

La evaluación clínica y de laboratorio de los recién nacidos de las madres antes descritas incluye:

+ Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de Sífilis Congénita precoz.

+ VDRL en sangre y LCR

+ Análisis de LCR (estudio citoquímico)

+ Radiografía de huesos largos

+ Hemograma y Recuento de plaquetas

+ Exámenes de función hepática y renal de acuerdo a la clínica.

### **DECISIONES TERAPEUTICAS**

Debe tratarse a todos los recién nacidos que presenten:

+ Cualquier evidencia de enfermedad activa (examen físico, radiografías, etc.)

+ VDRL reactivo en LCR

+ Hallazgos anormales en el LCR (recuento de leucocitos mayor de 5 por mm<sup>3</sup> o más de 50 mg de proteínas por dl, independiente del resultado de la serología del LCR)

+Títulos de anticuerpos (VDRL) en sangre mayor en dos diluciones o más de los maternos. A pesar de que la evaluación sea normal, debe ser tratado todo Recién Nacido cuya madre:

- 1.- Tiene una Sífilis que no fue tratada durante el embarazo
- 2.- Tiene evidencia de recaída o reinfección
- 3.- Sífilis tratada con Eritromicina u otro antibiótico que no sea Penicilina
- 4.- Sífilis tratada menos de un mes antes del parto
- 5.- No tiene historia bien documentada de tratamiento
- 6.- Fue tratada por sífilis durante el embarazo pero los títulos de anticuerpos no han bajado lo esperado (al menos 2 diluciones).
- 7.- Fue tratada apropiadamente durante el embarazo pero tiene seguimiento serológico insuficiente para asegurar adecuada respuesta.

#### TRATAMIENTO CONGENITA DE LA SIFILIS

La Penicilina es el tratamiento de elección, la Penicilina benzatina no produce niveles de droga detectables en líquido cefalorraquídeo por lo que no es adecuada en Sífilis congénita por el compromiso del SNC. El tratamiento de elección debe ser siempre Penicilina sódica en las siguientes dosis: (de acuerdo a la edad del recién nacido al momento del diagnóstico)

#### SEGUIMIENTO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA

+ Efectuar seguimiento serológico a todos los niños seropositivos para Sífilis al mes, 2, 3, 6 y 12 meses de edad.

+ Si no existe infección, los títulos de anticuerpos que adquiere el RN en forma pasiva a través de la placenta, deben haber disminuido a los 3 meses

de edad y desaparecido a los 6 meses sin tratamiento.

+ Si los títulos son estables o han aumentado, debe volverse a examinar e indicar el tratamiento correspondiente.

+ Los niños con LCR alterado en la evaluación inicial deben ser controlados con LCR a los 6 meses para certificar que el examen citoquímico normal, VDRL (-).

#### PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Nº de asegurado 17-1104 DCI de sexo masculino de 2 meses de edad procedente de la comunidad Bombori – Potosí traído por su madre quien indica que su niño se encuentra escaldado y sangrando. Los padres son migrantes transitorios de condiciones socioeconómicas precarias. Al interrogatorio madre refiere cuadro clínico de mas menos 2 semanas de evolución caracterizado por presentar lesiones ampollares en regios perineal que fueron aumentando en cantidad, avanzando a región dorsal, glútea, miembros inferiores y superiores principalmente en palmas y plantas con salida espontánea de liquido blanquecino amarillento, posteriormente dicho liquido se fue tornando purulento y sanguinolento, el cuadro se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, rinorrea, anorexia e irritabilidad.

Dentro sus antecedentes de importancia tenemos producto del sexto embarazo, los 5 anteriores fallecieron, 3 dentro las primeras 24 horas de vida, 2 por parto prematuro +/- 6 – 7 meses. Parto de término a las 40 semanas, domiciliario fue atendido por su esposo. Presento llanto inmediato, salida espontánea de la placenta. Leche materna combinada con te en biberón. Inmunización ninguna. El examen físico Lactante menor en mal estado general, conciente, activo, álgido, subfebril, hidratado, con déficit pondoestatural.

Talla: 50 cm. Peso: 3.500 Kg FC: 152 x' FR: 80x'  
TR: 37.5°

**Piel y fanereas:** Con presencia de zonas eritematosas maculo papulares en región cervical anterior, tórax anterior y abdomen anterior, extremidades superiores y genitales (Foto 3,4, 5)

**Mucosas:** Pálidas, secas.

Orofaringe: congestiva, Lengua saburral.

**Cabeza:** Normocefala, fontanela anterior deprimida 3x2 cm.

**Cara:** Se evidencian lesiones maculopapulares de distribución periorifical. (Foto 1)

**Ojos:** Se evidencia aumento de volumen a nivel de parpado inferior y superior con presencia de lesiones maculopapulares, además secreción purulenta en ángulo interno bilateral. (Foto 1)

**Nariz:** presencia de secreción muco purulenta en ambas fosas nasales. (Foto 1)

**Cuello:** Cilíndrico, simétrico con presencia de lesión descamativa con signos de inflamación eritematosa con secreción purulenta de +/- 3 x 1 cm.

**Cardiaco:** Rítmico, regular, no se auscultan soplos.

**Pulmones:** presencia de roncus aislados en bases pulmonares.

**Abdomen:** Rha (+), Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Se observa lesiones ampollares eritematosa sangrante periumbilical. (Foto 3)

**Extremidades:** miembros inferiores con lesiones en glúteos y muslos, pápulumaculares vesiculosas eritematosas, con diámetros que van de 0.1 a 0.3 cm. (Foto 4,6)

**Genitales:** masculinos con lesiones descamativas, ampollares, sangrantes, eritematosas en región prepucial, bolsas escrútales y región perineal. (Foto 6)

**Examen neurológico:** Conciente, irritable, rigidez de nuca (+), Kerning (-), brusinsky (-), Babinsky

(-), reflejo osteotendinoso (+), reflejo pupilar no valorable. (Foto 5)

### Exámenes Complementarios.-

#### Hemograma

Hemoglobina: 14.7 gr.

Hematocrito: 44%

Leucocitos: 14. 700 x mm<sup>3</sup>;

Segmentados: 65%

Linfocitos: 31%

Monocitos: 4%

Glicemia: 60 mgr%

Eritrosedimentacion: 10 mm

VDRL: Reactivo Dils: 1/ 256.

**Examen general de orina:** Leucocitos 12 por campo; GR: 1 por campo bacterias escasa cantidad, piocitos 1x10 c.

**Urocultivo:** Negativo.

#### TORCH:

**Chagas:** Negativo

**Citomegalovirus:** IgG Negativo  
IgM Negativo

**Herpes Virus:** IgG Negativo  
IgM Negativo

**Puncion Lumbar:** Negativo

**Rx. De Torax:**

S/P

**Rx. De Huesos largos:**

S/P

#### TRATAMIENTO AL PACIENTE:

Penicilina Procaínica 50UI/Kg/d por 10 días

Gentamicina 6 mg/kg/d por 10 dias.

#### TRATAMIENTO A LOS PADRES:

Penicilina Benzatinica 2.400.000 UI IM cada semana por 3 semanas.

**EVOLUCION:** Favorable en 3 semanas, remisión total de lesiones dérmicas.

Familia retorno a su comunidad al finalizar el tratamiento.

### CONCLUSIONES:

- A diferencia de otras infecciones de transmisión sexual que afectan a los neonatos, la sífilis congénita puede prevenirse y tratarse eficazmente in útero siempre y cuando el diagnóstico se haga en forma oportuna y el tratamiento sea adecuado.
- Con medidas de salud pública se podría aumentar el control prenatal, facilitar y asegurar que se haga la serología y se aplique el tratamiento adecuado, detectar los contactos y tratarlos evitando la reinfección durante el embarazo.
- Corresponde a los que manejan las pacientes en control prenatal y parto detectar a tiempo la infección antes de que no sea ya efectivo el tratamiento. (Diagnóstico Precoz y tratamiento oportuno)
- Con medidas de salud pública se podría aumentar el control prenatal, facilitar y asegurar que se haga la serología y se aplique el tratamiento adecuado, detectar los contactos y tratarlos evitando la reinfección durante el embarazo. (Prevención Primaria)
- La eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública solo será posible si se emprenden también intervenciones en los grupos vulnerables, como las ITS, los consumidores de drogas y las poblaciones móviles (migrantes, transportistas, policías, militares). (Prevención Primaria)
- Los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita en los servicios de atención a embarazadas.
- La investigación sistemática de la presencia

de sífilis en las embarazadas puede mejorar la aceptación de las pruebas diagnósticas entre las mujeres.

- El hecho de que la sífilis sea curable no la convierte en un “mal menor” y es responsabilidad de todos combatirla. Cada caso nuevo de sífilis congénita refleja una falla en los programas de salud.
- Los programas mundiales de la OMS a través de UNICEF y OPS consideran el control prenatal como un programa prioritario. La sífilis neonatal en muchos países de América y el nuestro, es considerada un problema de Salud Pública Una sustancial reducción de la sífilis congénita, podría ser alcanzada a través de un tamizado control prenatal materno y tests para sífilis en hombres.

### RECOMENDACIONES:

- 1.- Realizar VDRL como prueba de escrutinio en toda pareja con vida sexual activa, con énfasis en la embarazada que acude a control prenatal realizando la prueba en el 1o. y 3er. trimestre del embarazo.
- 2.- Considerar toma de VDRL a toda embarazada en su ingreso a los Servicios de urgencia, si no tuvo control prenatal hospitalario y acuda a la atención del parto únicamente.
- 3.- Realizar VDRL con toma de muestra en sangre periférica y no en cordón umbilical (existen falsas positivas y negativas) a todo recién nacido (RN) de embarazada con VDRL negativo o no efectuado, que tenga historia de alto riesgo (prostitución, promiscuidad, antecedente. de abortos previos, toxicomanías, infecciones venéreas, etc.).
- 4.- Toma de VDRL a todo RN pretérmino o pequeño para su edad gestacional (PEG) que además

presente datos clínicos de sospecha.

- 5.- En los servicios de urgencias de pediatría a los ingresos con cuadros clínicos de ataque multivisceral, con diagnósticos de septicemia, osteomielitis, hepatitis y TORCH.
- 6.- A las embarazadas con VDRL positivo realizar FTA-ABS o MHA-TP si se cuenta con el recurso, tratar de primera opción con penicilina benzatínica 2,400 000 U, intramuscular dosis única en sífilis temprana (de menos de 1 año) o bien penicilina procaínica 600 000 U, intramuscular cada 24 hrs por 10 días. En sífilis de más de 1 año penicilina benzatínica 2,400 000 U, intramuscular semanales por 3 semanas o penicilina procaínica 600 000 U, intramuscular cada 24 hrs por 15 días, mismo tratamiento a la pareja y seguimiento serológico con VDRL CUANTITATIVO, por lo menos cada 2 meses durante todo el embarazo, el tratamiento antes del 4o mes del embarazo previene en forma total la infección al producto, actualmente a todos los casos confirmados habrá que realizarles pruebas para HIV.
- 7.- Es excepcional, pero en caso de alergia a penicilina, usar estearato o etilsuccinato de eritromicina 500 mgrs. cuatro veces al día por 15 días en sífilis temprana y por 30 días en sífilis tardía. Está contraindicado el uso de estolato de eritromicina y tetraciclinas.
- 8.- A los RN con diagnóstico presuncional y VDRL positivo, realizar FTA -ABS o MHA-TP en todos los casos, además de punción lumbar (mostrará hipoproteorraquia, pleocitosis y probable VDRL positivo), Rx de tórax y huesos largos.
- 9.- Seguimiento.- Los lactantes con SC deben ser evaluados al mes, 2, 4, 6 y 12 meses, las pruebas serológicas no Treponémicas deben realizarse a los 3, 6, y 12 meses después de concluido el tratamiento hasta que se vuelvan

negativas, los títulos deben disminuir a los 3 meses y ser no reactivos a los 6 meses. Los lactantes con neurosífilis deberán ser sometidos a un examen de LCR a intervalos de 6 meses hasta que el LCR sea normal, caso contrario se repetirá el tratamiento.

- 10.- Aislamiento del lactante hospitalizado. Se recomiendan las precauciones universales, hasta que se haya administrado el tratamiento como mínimo durante 24 hrs., las lesiones abiertas y húmedas son contagiosas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. 1996. Sífilis congénita. Plan de eliminación. Pp. 210-217.
- Morison JO, Patología Fetal y Neonatal. 3a ed. México: Editorial Pediátrica,; 694-702.
- Hellman LM., Pritchard JA. Williams. Obstetricia. 6a.ed- España: Editorial Salvat; 1980: 436.
- Saúl A. Lecciones de Dermatología. 11a ed. México: edit. Méndez Cervantes, 1983: 129-147.
- Vargas OA. Infecciones perinatales I en: Gamez EJ, Palacios TJL (edits). Introducción a la Pediatría. 5a ed. México: Méndez Editores, 1985: 257-9.
- Robbins SL. Patología Estructural y Funcional. 1a. Ed. España: Interamericana; 1975: 371-6.
- Hamilton HR, Rose MB. Sífilis. Laboratorio Clínico 15a ed. México: Editorial Interamericana; 1985: 367-71.
- Peter G, Halsey NA, Marcuse EK, Pickering LK. Red Book Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 23ª. Ed. Argentina: Editorial Medica Panamericana; 1994: 441.

HISTORIA NATURAL DE LA SIFILIS CONGENITA

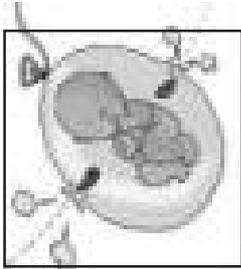
PERÍODO PRE-PATOGENICO		PERÍODO PATOGENICO	
<p><b>Agente:</b> Espiroqueta, Treponema pallidum</p> <p><b>Huésped:</b> Mujeres edad fértil, gestantes, recién nacidos</p> <p><b>Medio Ambiente:</b> Nivel socioeconómico Bajo Falta de acceso a servicios de salud</p> 		<p><b>ETAPA PRIMARIA</b> 6 a 10 sem. Úlcera roja (Chancro) adenopatías Lesiones desaparecen s/ Tx.</p> <p><b>ETAPA SECUNDARIA</b> 2 a 12 sem. Contagiosa Erupción papulares eritematosas, costrosas palmas y plantas, lesiones rosadas y grises en muc. Boca, pene, vulva. Cuadro Gripal: fiebre, dolores, náuseas, vómitos</p> <p><b>ETAPA TERCEARIA</b> Desaparece lesiones, aparición de secuelas, dura años</p>	
<p><b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b> <b>Promoción y Fomento</b> % Educación: control prenatal, abortos, mortinatos, partos preterminos. % Educación ETS % Incentivar Monogamia Uso de Condones</p>		<p><b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b> <b>Dx. Precoz y Tx. oportuno</b> HC completa Antecedentes familiares, perinatales. Laboratorios: VDRL, RPR RX, LCR Penicilina sodica Procainica Penicilina Benzatinica</p>	
		<p>Período de Incubación (Latencia)</p>	
		<p><b>PREVENCIÓN TERCEARIA</b> <b>Rehabilitación</b> Presencia de anomalías al examen físico. SNC Órganos sentidos Ocular, Auditivo</p>	
		<p><b>Limitación del daño</b> Dx precoz Tx. Oportuno</p>	



FOTO 1



FOTO 4



FOTO 2



FOTO 5



FOTO 3



FOTO 6