Sífilis congénita

Daniela Cardona Ramírez
Residente pediatría
Universidad de Antioquia

Introducción

La sífilis congénita es una infección bacteriana de transmisión vertical causada por *treponema pallidum*.

Se asocia con graves consecuencias perinatales como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, muerte fetal y muerte perinatal, así como importantes complicaciones posnatales.

Es prevenible con exámenes prenatales idóneos y un tratamiento adecuado con penicilina en las embarazadas infectadas.

Definiciones

Sífilis gestacional: caso probable

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días, con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), **con una prueba treponémica rápida positiva, que no haya recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con su estadio clínico durante la presente gestación*.**

En todos los casos se debe solicitar prueba no treponémica (VDRL, RPR) y esta debe ser reportada en diluciones. **Los casos probables no son notificados al SIVIGILA.**

Definiciones

Sífilis gestacional: caso confirmado

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días, con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), **con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección.**

Definiciones

Sífilis gestacional: reinfección.

Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto), que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis según el estadio de la enfermedad, **presenta durante el seguimiento clínico y serológico aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de 4 veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.**

Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto), con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria, que recibió tratamiento adecuado, y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, **o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida), y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienden 4 veces o dos diluciones.**

Definiciones

Sífilis congénita

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional, **sin tratamiento o con tratamiento inadecuado** para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato.

Haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 días o más antes del momento del parto.

Definiciones

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto.

Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico.

Todo fruto de la gestación con demostración de *treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

Epidemiología

En particular durante la última década, ha habido un resurgimiento de la incidencia de la sífilis infecciosa en varios países de ingresos medios y altos.

Las tasas de notificaciones de sífilis infecciosa aumentaron casi un 90% entre 2015 y 2020, con cifras mucho más altas en la población heterosexual.

Las tasas de sífilis congénita por cada 100.000 nacidos vivos son en promedio 20 veces más altas que en los lactantes no indígenas, pero están aumentando entre los lactantes nacidos de mujeres de todas las zonas y orígenes.

La sífilis temprana (sífilis durante el primer año luego de la infección primaria o chancro) no tratada durante el embarazo, resulta en muerte perinatal hasta en un 40% de los casos, y puede causar deformidades físicas y complicaciones neurológicas en los bebés infectados *in utero* que sobrevivieron.

Patogénesis

Transmisión vía transplacentaria de *t. pallidum*, en cualquier momento durante el embarazo, o posiblemente al momento del parto por el contacto del bebé con una lesión primaria en la madre.

- 60%-100% durante la sífilis primaria y secundaria.
- 40% durante la latencia temprana.
- 8% durante la latencia tardía.

Manifestaciones clínicas

- Sífilis congénita temprana se manifiesta en los 2 primeros años postnatales.
- Sífilis congénita tardía se manifiesta luego de los 2 primeros años de vida.

Sífilis temprana	Sífilis tardía
RCIU	Dientes de Hutchinson[5]
Hepatomegalia[1]	Sordera[5]
Brotes maculares	Queratitis intersticial[5]
Condiloma lata	Frente olímpica
Rinorrea sero sanguinolenta	Cicatrices corneales
Ictericia	Retraso mental
Pseudoparálisis	Hidrocefalia
Edema por síndrome nefrótico[2]	Glaucoma
Esplenomegalia	Epilepsia
Hepatitis sifilítica[3]	Atrofia del nervio óptico
Pénfigo sifilítico en palmas y plantas	Parálisis de pares craneales[6]
Anemia hemolítica Coombs negativo	Tabes
Leucocitosis o leucopenia	Signo de Higoumenakia[7]
Trombocitopenia	Articulaciones de Clutton
Meningitis	Tibias en sable
Corioretinitis	Ragades[8]
Hidrocefalia	Deformidad nasal en silla de montar
Convulsiones	Gomas mucocutáneas
Osteocondritis[4]	Perforación del paladar duro
Periostitis diaficiaria	Molares en mora (*mulberry*)
Linfadenopatias	Mentón pequeño

En la guía colombiana

Clínica sugestiva: bajo peso, prematurez, pénfigo palmo - plantar, *rash*, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea mucosanguinolenta, *hidrops fetalis*.

Cuadro hemático: presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos>35.000 x mm3), trombocitopenia (<150.000 plaquetas x mm3), siempre que no esté asociado a transtorno.

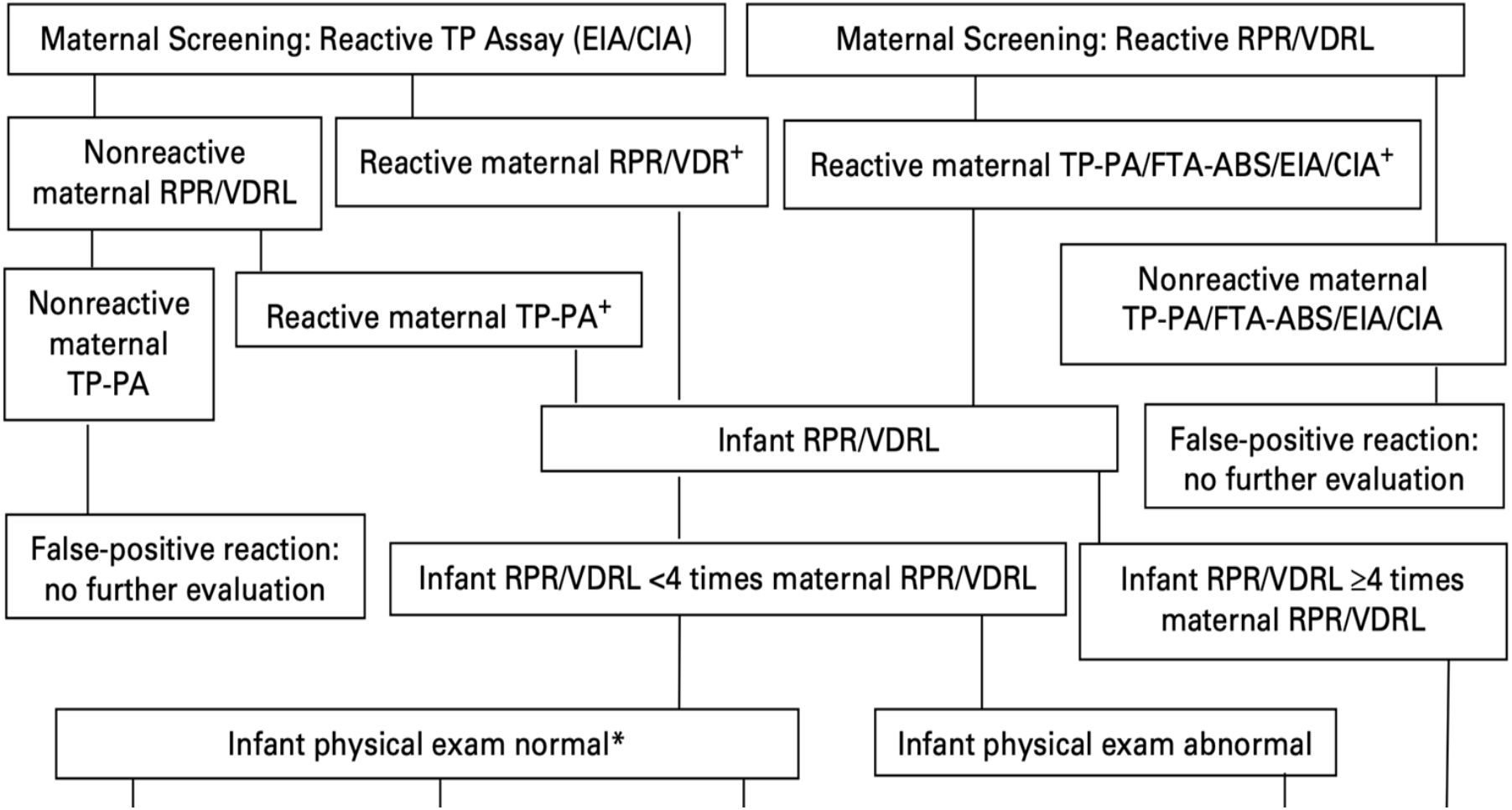
Radiografía de huesos largos: que evidencie periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis.

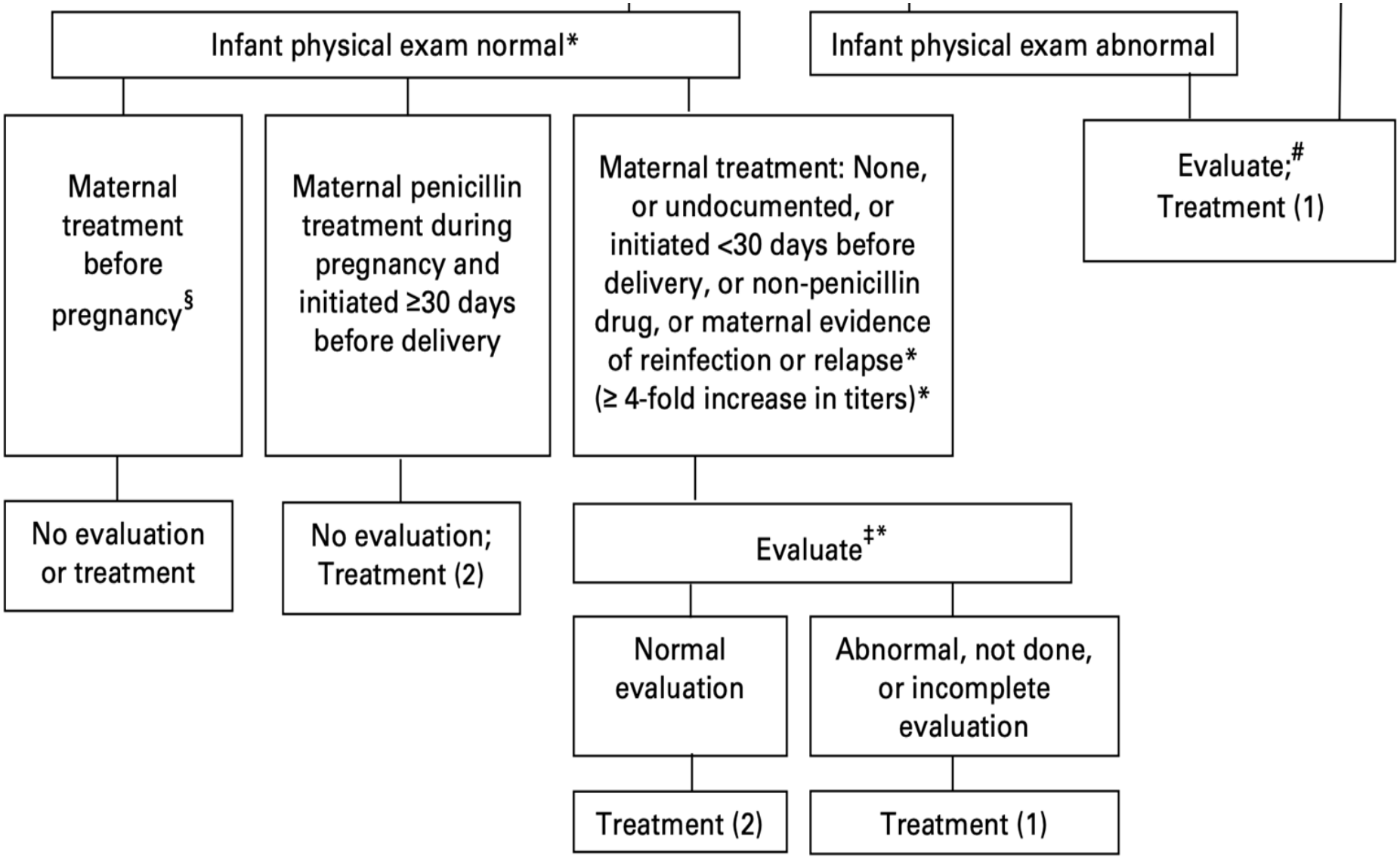
- AST (valor de referencia 20.54 U/L ± 13.92 U/L).
- ALT (valor de referencia 7.95 U/L ± 4.4 U/L).
- Bilirrubina directa o conjugada > 20% del total de la bilirrubina total.

Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

LCR: VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas (>150 mg/ dL en el recién nacido a término o >170 mg/dL en el recién nacido pretérmino), o conteo de células >25 x mm3 en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.

Enfoque de diagnóstico




Infant physical exam normal*
Infant physical exam abnormal
Maternal treatment before pregnancy§
Maternal penicillin treatment during pregnancy and initiated ≥30 days before delivery
Maternal treatment: None, or undocumented, or initiated <30 days before delivery, or non-penicillin drug, or maternal evidence of reinfection or relapse* (≥ 4-fold increase in titers)*
Evaluate;# Treatment (1)
No evaluation or treatment
No evaluation; Treatment (2)
Evaluate‡*
Normal evaluation
Abnormal, not done, or incomplete evaluation
Treatment (2)
Treatment (1)

Tratamiento

En todo recién nacido que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita, se recomienda el uso de **penicilina G cristalina** 100.000 UI/ Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días, y luego 150.000 UI/Kg/ IV del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.

En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita, y cuya madre haya sido tratada adecuadamente, se recomienda aplicar una sola dosis de **penicilina benzatínica** 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.

Seguimiento

Prueba no treponémica (VDRL, RPR) cada 3 meses hasta el primer año (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR).

Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR de acuerdo con la edad.

Si persiste algún parámetro alterado, deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustando por el peso actual.

	Periodo de riesgo y % de transmisión vertical	Diagnóstico	Tratamiento
Sífilis	Madre en momento de sífilis secundaria, tiene mayor riesgo de paso vertical al feto. La frecuencia de transmisión es de 60%-100% durante la sífilis primaria y secundaria, y disminuye a un 40% durante la latencia temprana, y a un 8% durante la latencia tardía.	**Exposición:** madre con prueba treponémica y no treponemica positivas, con adecuado manejo; y neonato con prueba no treponémica menor de 4 dilusiones con respecto a la madre, y examen físico normal.	Penicilina benzatínica 50.000 UI/kg IM x 1 dosis.

	Periodo de riesgo y % de transmisión vertical	Diagnóstico	Tratamiento
Sífilis		**Sífilis congénita:** - Madre con prueba treponemica y no treponemica positivas + recién nacido con prueba no treponemica positiva mayor de 4 titulos con respecto a la madre - Madre con prueba treponemica y no treponemica positivas + recién nacido con prueba no treponemica positiva menor de 4 titulos con respecto a la madre + manejo inadecuado o sospecha de reinfección + paraclínicos alterados o que no se pueden hacer (LCR).	Penicilina cristalina 50.000 UI/kg IV cada 12 horas durante 7 días y continuar con 50.000 UI/kg IV cada 8 horas hasta completar 10 días. **Seguimiento:** - Prueba no treponémica cada 3 meses hasta el primer año, hasta tener negativización o títulos persistentemente bajos en 2 mediciones por la misma técnica. - LCR en 6 semanas si hay compromiso inicial (guías colombianas).

Bibliografía

1. Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. Curr Opin Infect Dis. octubre de 2022;35(5):452-60.

2. Beltran C, Infectología pediátrica del día a día, primera edición 2020.

3. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita / GPC-2014-41.