



Localizador: 16048

Sífilis adquirida y congénita: nuestra experiencia en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del HIGA, San Martín de La Plata (2011-2015)

Acquired and congenital syphilis: our experience in the Sexually Transmitted Diseases (STD) Department, HIGA, San Martín, La Plata (2011-2015)

Gimena Bolomo,* María Virginia Campoy,† María Victoria Garritano,§ Eugenia Miraglia,^{||} María Sara Gómez Sierra,¶ María José Ibáñez,** Eleonora Alves,‡ Ana María Chiavassa^{‡‡}

Palabras clave:

Sífilis, sífilis cutánea, sífilis congénita, diagnóstico serológico de sífilis.

Key words:

Syphilis, cutaneous syphilis, congenital syphilis, serodiagnosis of syphilis.

* Médica Asistente.

† Médica Concurrente.

§ Médica de Planta Permanente.

^{||} Médica Residente de tercer año.

¶ Médica Residente de cuarto año.

** Médica Jefa de Residentes.

‡‡ Médica Jefa de Servicio.

Servicio de Dermatología del HIGA General San Martín. La Plata, Buenos Aires. Argentina.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Recibido:

23/Octubre/2016.

Aceptado:

07/Diciembre/2016.



RESUMEN

Introducción: La sífilis es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y antiguas del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima aproximadamente 12 millones de casos nuevos por año y una prevalencia de embarazadas con serología positiva entre tres y 18% en países en desarrollo. La situación epidemiológica en Latinoamérica y nuestro país forma parte de este fenómeno mundial. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue describir características epidemiológicas y comparar nuestros resultados con otros trabajos estadísticos, a fin de identificar probables variables que influyen en el fracaso del control de esta patología. **Material y métodos:** Efectuamos un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de sífilis adquirida ingresados al Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Servicio de Dermatología y de individuos con sífilis congénita (SC) diagnosticados en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2015. **Resultados:** Evaluamos 826 historias clínicas, 518 de personas de sexo femenino (29.00 ± 12.37 años) y 308 de sexo masculino (33.73 ± 14.41 años). El 82% de nuestra población residía en el partido de La Plata; el 73% era de nacionalidad argentina. El diagnóstico al momento del ingreso al Consultorio de ITS fue en un 62% de sífilis latente tardía. El motivo de consulta más frecuente fue la derivación de otras especialidades, siendo en un 46% del Servicio de Obstetricia. Del total de mujeres, 25% se encontraba cursando un embarazo al momento de la consulta, mientras que 29% eran púerperas. De este grupo de 281 madres con sífilis, 183 tuvieron o habían tenido a sus bebés internados en el Servicio de Neonatología de nuestro hospital con diagnóstico de sífilis congénita (SC). Durante el periodo en estudio se observó una incidencia de SC en nuestro hospital de 1.35% en 2011, 1.44% en 2012, 1.31% en 2013, 1.43% en 2014 y 1.74% en 2015. Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas de la enfermedad, 91% fue asintomático, mientras que el resto presentó diferentes tipos de manifestaciones, siendo la más prevalente la

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is one of the most common and oldest infectious diseases in the world. The World Health Organization (WHO) estimates 12 million new cases per year and a prevalence of positive serology between three and 18% among pregnant women in underdeveloped countries. The epidemiological situation in Latin America and in our country is no exception to this phenomenon. **Objectives:** The aim of this study was to describe epidemiological characteristics and to compare our results with other statistical work, in order to identify potential features that may influence the control of the disease. **Material and methods:** We made a retrospective and descriptive study of patients with acquired syphilis who were diagnosed at the Sexually Transmitted Infections (STI) Office of Dermatology and patients with congenital syphilis (SC) who were admitted at the Neonatology Service of the Hospital Interzonal General de Agudos San Martín in La Plata between January 2011 and December 2015. **Results:** We evaluated 826 medical records of 518 female patients (29.00 ± 12.37 years) and 308 males (33.73 ± 14.41 years). Eighty-two percent of our population lived in La Plata; 73% were Argentinian. The diagnosis at the time of admission in the STD Office was in 62% cases of late latent syphilis. Most of the patients were from other specialties, 46% of obstetrics. Twenty-five percent of the women were pregnant, while 29% were in the postpartum period. One hundred eighty-three of this group of 281 mothers had or had had their babies hospitalized in the Neonatology Service in our hospital with a diagnosis of congenital syphilis (CS). During the period of this study, the incidence of CS in our hospital was 1.35% in 2011, 1.44% in 2012, 1.31% in 2013, 1.43% in 2014 and 1.74% in 2015. As for the clinical manifestations of the disease, 91% were asymptomatic, while the rest presented different types of manifestations, the most prevalent being jaundice. **Conclusions:** We observed an increase in the cases of syphilis per year in all its clinical forms. Women were more affected than men and the most common form of presentation was late latent syphilis, which perhaps may be due to the fact that our hospital has

ictericia. **Conclusiones:** Observamos un aumento en los casos nuevos de sífilis por año en todas sus formas clínicas. Encontramos un mayor número de mujeres afectadas; la forma de presentación más común fue la sífilis latente tardía, lo que tal vez representa un sesgo por pertenecer a un hospital de referencia provincial con maternidad. Con respecto a la SC, los casos en nuestro medio se mantuvieron estables, con un incremento en el último año bastante leve si se compara con otros países latinoamericanos. En nuestro servicio, sólo el 12% de los sujetos recibió el alta y sólo en la mitad de los casos el control de contactos fue satisfactorio.

a maternity facility. As for the CS cases in our hospital, they remained stable, with an increase in the past year rather mild compared with other Latin American countries. In our service, only 12% of the patients were discharged once they completed adequate treatment and only in half of the cases the contact control was satisfactory.

INTRODUCCIÓN

Descrita por Girolamo Fracastoro en 1530, la sífilis es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y antiguas del mundo. Su agente causal, el *Treponema pallidum*, fue descubierto en el año 1905 por Erich Hoffman y Fritz Schaudinn.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima aproximadamente 12 millones de casos nuevos por año y, lo que es más alarmante aun, una prevalencia de embarazadas con serología positiva entre 0.02% y 4.5% en países desarrollados y entre tres y 18% en países más pobres.

En cuanto a la sífilis adquirida, se ha estipulado dividirla en periodos según la clínica del paciente al momento del diagnóstico. Esta clasificación, además, permite inferir el tiempo transcurrido desde el contagio: sífilis primaria (de una a seis semanas), secundaria (de dos a 10 semanas), terciaria (años). Mientras que en las primeras los signos y síntomas son producto de la diseminación de la bacteria y la respuesta inmunológica del huésped, en la sífilis terciaria éstos son de carácter degenerativo. En el caso de los diagnósticos serológicos sin clínica evidente, se habla de «periodo latente temprano» cuando se presume un contagio menor al año de evolución y otro «latente tardío» cuando supera este límite de tiempo.²

El diagnóstico de la enfermedad se realiza en la mayoría de las veces en dos etapas. La primera consiste en una prueba no treponémica (NTT), inespecífica pero sensible, que se utiliza como prueba de cribado, y la segunda en una prueba treponémica (TT) confirmatoria. Se utilizan dos tipos de NTT: la reagina plasmática rápida (RPR) y el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL). Éstas detectan anticuerpos contra cardiolipina, un componente de la membrana celular de los mamíferos y del *T. pallidum*. A diferencia de la RPR, la VDRL puede hacerse en el líquido cefalorraquídeo. La ventaja de la

RPR es que proporciona una sensibilidad ligeramente más alta en la etapa primaria y puede ser procesada más rápido. Dado que ambas pruebas se positivizan alrededor de la cuarta semana, su sensibilidad en la sífilis primaria es de aproximadamente 75%, mientras que en la sífilis secundaria y en la congénita es casi del 100%.

Una característica importante de las NTT es que permiten evaluar la eficacia del tratamiento. Numerosas enfermedades (como las colagenopatías y los tumores malignos), el embarazo y el uso de drogas intravenosas pueden producir falsos positivos. También existen falsos negativos debido al fenómeno de prozona, en el que los elevados títulos de anticuerpos saturan el antígeno, lo que interfiere con la formación de complejos Ag-Ac. Actualmente los laboratorios usan diluciones de al menos 1:8 para evitar esta situación.

En el caso de las TT, se usan antígenos liofilizados de *T. pallidum*, como en la absorción fluorescente de anticuerpos de treponemas (FTA-ABS), o un lisado de *T. pallidum*, como en la prueba específica de microhemoaglutinación treponémica (MHA-TP) o la prueba de aglutinación de partículas treponémicas (TP-PA), consideradas de calidad superior. En el caso de las más modernas, se utilizan antígenos recombinantes treponémicos como el inmunoensayo enzimático (EIA), inmunoensayo de quimioluminiscencia (CLIA), el flujo de multiplex inmunoensayo (IMF), o inmunoensayo *microbead* (MBIA). Actualmente, se están evaluando tests rápidos que darían sus resultados en aproximadamente 20 minutos. Algunos de ellos son gota de sangre seca sobre papel de filtro (*filter paper dried-blood rapid tests*), prueba de tira inmunocromatográfica y lectores electrónicos.³

La concentración de espiroquetas en la sangre es máxima durante los dos primeros años de la infección, siendo máximo durante este tiempo el riesgo de contagio para las parejas sexuales de un individuo afectado; luego, el

riesgo desaparece casi por completo. No ocurre lo mismo con la transmisión materno-fetal. El *T. pallidum* puede pasar de la sangre de una mujer embarazada al feto en todos los estadios de la enfermedad. Esta probabilidad de transmisión está directamente relacionada con el estadio de la sífilis de la madre durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. En la sífilis materna temprana, puede alcanzar el 80%, mientras que en la tardía la infectividad se reduce.^{4,5}

A la hora de hablar de sífilis congénita (SC), es necesario definir previamente qué se considera sífilis materna. Para esto, la OMS/OPS propone considerar bajo este término a toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación. De esta manera, queda establecido el diagnóstico de SC en cuatro casos: 1) todo niño, aborto o mortinato de una mujer con sífilis materna; 2) todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayores que los títulos de la madre, o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos; 3) todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no treponémica, y 4) todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.⁶

Para el cribado de sífilis materna, se utilizan dos tipos de algoritmos: tradicional y reverso. En el primero se usa una NTT como prueba de cribado y una TT como confirmación. Una embarazada con probable sífilis activa se identifica por la positividad de ambas. La justificación en este algoritmo de no utilizar una TT para la detección de la enfermedad se basa en que, además de ser más caras y técnicamente más complejas que las NTT, pierden especificidad si se utilizan en la población en general, produciendo de uno a dos por ciento de falsos positivos. Por otra parte, cuando se utiliza como prueba de confirmación en una población previamente seleccionada por NTT, su especificidad es de aproximadamente 100%.

En el caso del algoritmo reverso se utiliza una TT para el cribado, seguido de una NTT en los casos positivos. Pueden producirse resultados discordantes en los que la TT es positiva y la NTT es negativa; en ausencia de tratamiento previo para la sífilis, las posibilidades son falsos positivos, sífilis reciente o sífilis terciaria. Cada vez

que se obtiene un resultado discordante, debe realizarse una TT de confirmación utilizando una técnica diferente. La prueba de confirmación debe llevarse a cabo preferentemente en la misma muestra. Lógicamente, las limitaciones de este algoritmo son el costo elevado, los falsos positivos, el sobretratamiento y la complejidad del diagnóstico.

Independientemente del algoritmo utilizado, es importante que el laboratorio siga una rutina clara. Los resultados deben estar disponibles sólo después de que el par esté listo.³

La situación epidemiológica en Latinoamérica y en nuestro país no escapa al fenómeno de ascenso en el número de casos nuevos anuales que se observa a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo.

Más del 90% de las personas infectadas con sífilis vive en países de bajos y medianos ingresos, pero el problema también afecta a los países desarrollados.³

En las curvas de prevalencia en la Ciudad de México entre 2003 y 2013, Herrera-Ortiz y sus colaboradores observaron cierta estabilidad en el número de casos a principios del 2000, con un ligero incremento a través del tiempo, pero mucho más importante en los últimos tres años.⁷ En nuestro país, entre 1998 y 2008 se diagnosticaron 1,541 casos de sífilis adquirida temprana en el Consultorio de ITS del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñoz.²

Si bien en España, Francia, Reino Unido y EUA los casos de sífilis aumentaron desde el año 2000, aproximadamente un tercio eran latinoamericanos.⁸

Sin embargo, el dato más alarmante es quizá que en América Latina y el Caribe existen más de 330,000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis y no reciben tratamiento durante el control prenatal. Se estima que de estos embarazos nacen 110,000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo. Para lograr los objetivos establecidos por la OMS/OPS de iniciar la erradicación de la SC en el año 2015, se estableció como meta lograr el cribado prenatal en el 95% de las mujeres embarazadas de una población.⁶

En Brasil, un 1.6% de las mujeres embarazadas se encuentra infectada. En el año 2012 había 3.3 casos cada 1,000 nacidos vivos, con un 67% de casos que se presumían no reportados por distintos motivos (falta de conocimiento, fallas en el mecanismo de notificación).⁹

Según el estudio Proyecto Acción SIDA del 2003, se detectaron 0.4% embarazadas con sífilis en Panamá y 6.2% en El Salvador. En Cuba, la sífilis congénita afectó a menos de 0.1 de cada 1,000 nacidos vivos. Asimismo, se registró un incremento significativo de los casos de sífilis

congénita en países desarrollados, principalmente en las grandes ciudades en las que la inmigración era más frecuente. En 2007, en Londres, la OMS lanzó una iniciativa mundial para la eliminación de la SC como problema de salud pública.¹⁰

Los datos sobre la incidencia de la SC entre lactantes nacidos vivos son limitados por varios motivos, como la dificultad del diagnóstico, la posibilidad de infecciones asintomáticas y la ausencia de sistemas de vigilancia o notificación.^{4,5}

Con respecto al tratamiento de la sífilis, la penicilina sigue siendo de primera línea y, en el caso de las mujeres embarazadas, el único abordaje que debe considerarse; en 70 años nunca se ha reportado resistencia al mismo. En 2014, Clement y su grupo realizaron una revisión desde enero de 1965 hasta julio de 2014. Incluyeron 102 ensayos aleatorios, metaanálisis y estudios de cohortes y revisaron la evidencia con respecto al tratamiento con y sin penicilina. Con respecto al tratamiento de sífilis temprana apoyaron el uso de una única dosis intramuscular de 2.4 millones de UI de penicilina G benzatínica, con 90-100% de éxito en el tratamiento. Sin embargo, determinaron que el número de dosis es incierto, especialmente en individuos VIH positivos y embarazadas. Con respecto a la sífilis tardía existía aún menos evidencia.

Después de un tratamiento adecuado para la sífilis primaria o secundaria, los títulos de NTT disminuyen por lo menos cuatro veces (dos diluciones) dentro de los 3-4 meses y ocho veces (cuatro diluciones) dentro de los 6-8 meses. Esto es más lento (12-24 meses) para la sífilis latente. En la mayoría de los sujetos, los títulos se vuelven negativos después de un año. En la presencia de reinfección, los títulos aumentan. Después del tratamiento de una mujer embarazada, la NTT debe ser repetida todos los meses, y el criterio de respuesta apropiada es una reducción de cuatro veces en los títulos. Los controles deben ser hechos con el mismo tipo de ensayo utilizado inicialmente. Si la disminución esperada en los títulos no se produce antes del parto, debe considerarse que no respondió al tratamiento. El tratamiento completo en una embarazada incluye, además del uso de penicilina en dosis adecuadas, finalizarlo 30 días antes del parto y el tratamiento de la pareja. En personas VIH positivas la respuesta serológica puede ser más lenta.

El estado «serofast» (o también llamado «cicatriz serológica») es una situación en la que no hay descenso total de las NTT aun después del tratamiento completo. Esto estaría dado por niveles persistentes bajos de *T. pallidum*, variabilidad de la respuesta inmune del huésped o lesión de tejidos por la inflamación. Se estima que aparece en

15-41% de los enfermos y un nuevo tratamiento tendría poco efecto sobre esta situación.^{3,9,11}

La reacción de Jarisch-Herxheimer es un cuadro agudo con fiebre, dolor de cabeza, mialgias y otros síntomas que puede ocurrir de dos a 24 horas después de haber comenzado el tratamiento para la sífilis. Se produce en aproximadamente el 40% de las mujeres embarazadas, especialmente las tratadas en la segunda mitad del embarazo. Puede cursar, además, con contracciones y desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.³

En nuestro Servicio de Dermatología no nos resultó ajeno el aumento de la incidencia de esta enfermedad. Con registros desde el año 1981, hemos sido testigos de un resurgir de la sífilis desde mediados de la década del 90 (Figura 1).

Decidimos realizar este trabajo en el periodo 2011-2015 (Figura 2), ya que un nuevo diseño de historia clínica, más enfocado en datos epidemiológicos de los pacientes, nos permitió hacer un mejor análisis de la situación en nuestro medio.

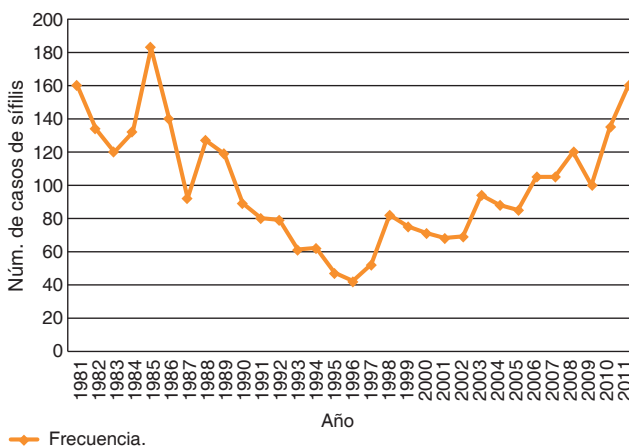


Figura 1. Estadística HIGA, San Martín de La Plata, 1981-2011.

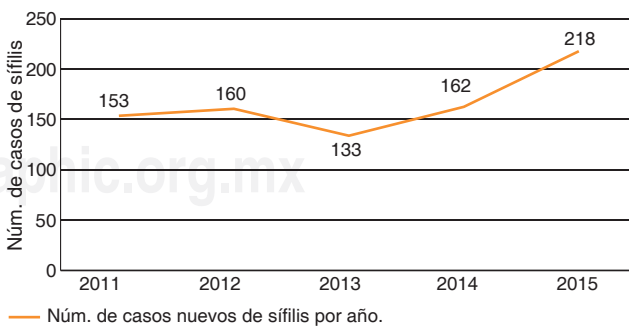


Figura 2. Estadística Consultorio de ITS del HIGA, San Martín de La Plata, 2011-2015 (n = 826).

La información para el análisis de los casos de SC fue recabada teniendo en cuenta el mismo periodo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Efectuamos un estudio retrospectivo y descriptivo de individuos con diagnóstico de sífilis ingresados al Consultorio de ETS del Servicio de Dermatología del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2015. Recabamos información acerca de su sexo, identidad de género, edad, nacionalidad, estado civil, escolaridad, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de contactos de los mismos. En el caso de las mujeres embarazadas registramos también la edad gestacional al momento de la consulta.

En segunda instancia, revisamos las historias clínicas de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el Servicio de Neonatología del mismo hospital. Las variables rescatadas en este caso fueron peso de los pacientes y presentación clínica de la enfermedad. No fue posible un registro adecuado del número de abortos y mortinatos.

Para definir los casos de sífilis del adulto utilizamos la clasificación de la CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1996), y en los de SC, la de la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2005). Para definir un tratamiento completo nos basamos en las *Guías del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires*. Asimismo, el alta de los enfermos se otorgó luego de dos años de seguimiento con constatación de descenso (negativización de la VDRL sostenida en más de dos mediciones distintas) y se consideró satisfactorio el control de contactos cuando fue posible pesquisar a todos aquellos referidos por el caso índice al momento de la entrevista.

En cuanto al peso de los recién nacidos, éste fue establecido como pequeño, adecuado o grande para su edad gestacional según el método de Capurro.

RESULTADOS

Evaluamos un total de 826 historias clínicas, 518 personas de sexo femenino y 308 de sexo masculino. Si para esta división hubiésemos utilizado la definición de identidad de género propuesta por la legislación actual en nuestro país (Ley Nacional 26743), los cambios en estos números no habrían sido significativos (521 mujeres y 305 hombres), por lo que, para un mejor análisis de los datos, optamos por utilizar la clasificación biológica. En el primer grupo,

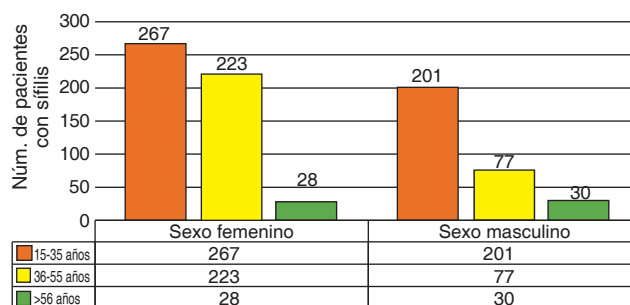


Figura 3. Edad y sexo de las personas ingresadas a nuestro servicio ($n = 826$).

el rango etario fue de 29.00 ± 12.37 años, mientras que en el segundo fue de 33.73 ± 14.41 años (*Figura 3*).

El 82% (678) de los pacientes residía en el partido de La Plata, 9% (76) en partidos limítrofes (Berazategui, Florencio Varela y Berisso) y un 8% (65) en otros partidos de la provincia de Buenos Aires. Sólo dos individuos residían en otras provincias; en cinco casos, este dato era desconocido.

En cuanto al nivel de escolaridad de nuestra población, el 44% (361) había completado el nivel primario, el 21% (177) el nivel secundario y el 2% el nivel terciario/universitario. Un 3% (21) de los sujetos era analfabeto y 11% (92) no había completado el nivel inicial de educación. En el resto de los casos (161) se desconocía esta variable.

Del total de la muestra, el 73% (606) era de nacionalidad argentina, mientras que el 24% (202) era inmigrante, principalmente de países vecinos como Paraguay (16%), Bolivia (4%) y Perú (2%). Se desconocía el origen de 18 personas.

El 55.08% (455) mantenía una relación de pareja estable, ya fuera legal o no, mientras que el 39% (322) no. En un 6% (49) de los casos no se rescató esta información.

El diagnóstico al momento del ingreso de los enfermos al consultorio de ITS fue en un 62% (510) de sífilis latente tardía, siguiendo en menor número las demás formas clínicas (*Figura 4*). El motivo de consulta más frecuente fue la derivación de otras especialidades, 57% (468) (*Figura 5*), siendo en un 46% (214) del Servicio de Obstetricia (*Tabla 1*).

Con respecto al manejo de la enfermedad, el 84% (694) de las personas realizó el tratamiento completo y el 16% (132) lo hizo de manera incompleta. Sólo el 9% (75) llevó un seguimiento adecuado hasta el alta, un 49% (405) hizo sólo algunos controles y un 42% (346), ninguno. Los contactos fueron evaluados de manera satisfactoria sólo en un 51% (421).

Del total de mujeres, 25% (131) se encontraba cursando un embarazo al momento de la consulta, mientras que

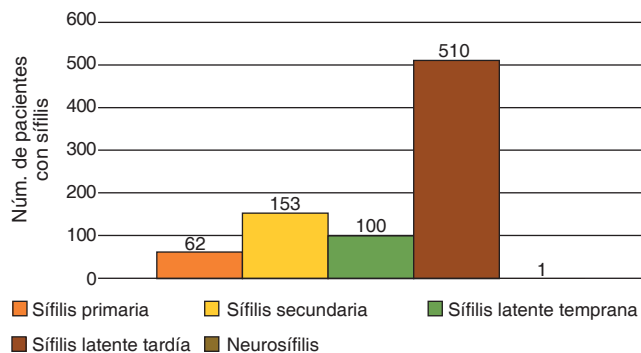


Figura 4. Presentación clínica de la enfermedad en los pacientes ingresados a nuestro servicio (n = 826).

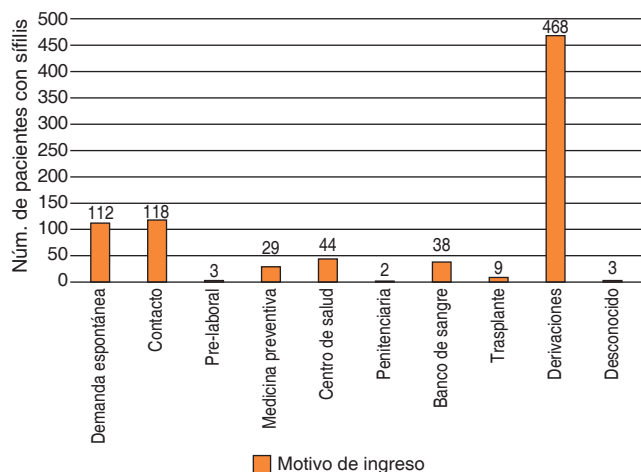


Figura 5. Motivo de ingreso de los individuos (n = 826).

Tabla 1. Derivaciones de los individuos ingresados a nuestro servicio (n = 826).

Servicio	Pacientes derivados (468)
Clínica médica	96 (20.51%)
Cirugía	1 (0.21%)
Endocrinología	3 (0.64%)
Fertilidad	11 (2.34%)
Ginecología	62 (13.24%)
Gastroenterología	7 (1.49%)
Hematología	2 (0.42%)
Pediatría	4 (0.85%)
Infectología	43 (9.18%)
Neurología	6 (1.28%)
Neonatología	2 (0.42%)
Nefrología	2 (0.42%)
Obstetricia	214 (45.72%)
Reumatología	4 (0.85%)
Psiquiatría	2 (0.42%)
Urología	5 (1.06%)
ORL	3 (0.64%)
Oftalmología	1 (0.21%)

29% (150) eran púerperas. En el primer grupo, la edad promedio fue de 24.12 ± 6.53 años; 71% (93) se encontraba en el tercer trimestre, 25% (33) en el segundo y 4% (5) en el primero. En el segundo grupo, la edad promedio fue de 23.97 ± 7.25 años. La forma clínica de presentación más frecuente fue la sífilis latente tardía —con 97 casos (74%) entre las embarazadas y 110 (84%) entre las púerperas—, seguida por la sífilis latente temprana —con 18 (14%) y 24 (16%) casos—, la sífilis secundaria —con 13 (10%) y 14 (9%)— y la primaria —con 3 (2%) y 2 (1%) casos, respectivamente—.

De este grupo de 281 madres con sífilis, 183 tuvieron o habían tenido a sus bebés internados en el Servicio de Neonatología de nuestro hospital con diagnóstico de sífilis congénita (SC). Durante el periodo en estudio, el número total de casos reportados por nuestro hospital había sido de 244. Comparando estos datos con el total de recién nacidos vivos (RN), se observó una incidencia de SC de 1.35% en 2011, 1.44% en 2012, 1.31% en 2013, 1.43% en 2014 y 1.74% en 2015 (Figura 6).

Los pacientes con SC fueron evaluados con el método Capurro, concluyendo que el 79% era adecuado, el 17%

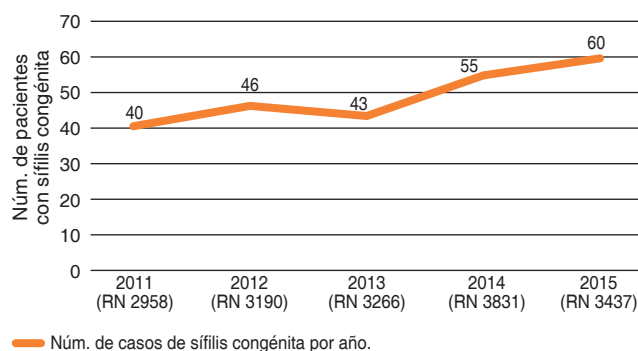


Figura 6. Número de casos de sífilis congénita por año (2011-2015).

Tabla 2. Manifestaciones clínicas en los sujetos con SC de nuestro hospital (periodo 2011-2015).

Clínica	Total de pacientes
Asintomáticos	223
Ictericia	11
Oligohidramnios	2
Polihidramnios	2
Hidrocefalia	2
Poliserositis	1
Distrés respiratorio	1
Lesiones en piel	1

pequeño y el 4% grande para la edad gestacional. Teniendo en cuenta a las demás manifestaciones clínicas de la enfermedad, el 91% (n = 223) fue asintomático, mientras que el resto presentó diferentes tipos de manifestaciones, siendo la más prevalente la ictericia (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Observamos un aumento en los casos nuevos de sífilis por año en todas sus formas clínicas; esto coincide con otros trabajos publicados. Se estima que la incidencia mundial de sífilis es de 10.6 millones de casos por año.¹²

Encontramos un mayor número de mujeres afectadas; la forma de presentación más común fue la sífilis latente tardía, lo que tal vez representa un sesgo por pertenecer a un hospital de referencia provincial con maternidad. De hecho, el motivo de ingreso más frecuente, que era la derivación de otras especialidades, fue en casi la mitad de los casos del Servicio de Obstetricia.

Con respecto a las características socioeconómicas de nuestra población, la cual pertenecía casi en su totalidad al partido de La Plata y era de nacionalidad argentina, nos encontramos ante un bajo nivel educativo, con un 3% de analfabetos; en la mayoría de los casos, las personas tenían una relación estable.

Con respecto a la SC, los casos en nuestro medio se mantuvieron estables, con un incremento en el último año bastante leve si se compara con otros países latinoamericanos como Brasil, donde este aumento fue aún más dramático. Como ejemplo, en Belo Horizonte se registró una incidencia de 0.6/1,000 nacidos vivos en 2001 y 5.4/1,000 nacidos vivos en 2013 a pesar de las políticas sanitarias empleadas propuestas por la OMS en su plan de erradicación de la enfermedad en 2008.

En nuestra casuística, la forma de presentación más frecuente de SC fue el bajo peso al nacer, seguido por la ictericia; ambos están incluidos dentro de las definiciones de la OMS/OPS.^{5,6,13}

La OMS estipula como factor determinante de la incidencia de SC el inadecuado control prenatal, la edad materna, infección por VIH, uso de drogas, pobre escolaridad, antecedente de ITS, sífilis en embarazo anterior, múltiples parejas, accesibilidad al sistema de salud y calidad de cuidados prenatales. En nuestro trabajo, más de la mitad de las madres eran jóvenes. Además, el diagnóstico de SC fue realizado en la mayoría de los casos durante el puerperio. Esto último implica un fracaso en el control de los embarazos, lo que lleva a una falla en la detección temprana y tratamiento oportuno, con un aumento en el gasto en salud, principalmente por las internaciones neonatológicas.^{4,10,13,14}

Pocos estudios registran el seguimiento y control de contactos, fundamentales para evaluar nuestras acciones sobre la salud de la población. En nuestro servicio, sólo el 12% de los individuos recibió el alta, y sólo en la mitad de los casos el control de contactos fue satisfactorio. En nuestra opinión, esto refleja un altísimo déficit en la información que manejan nuestros pacientes. Los programas de control de ITS deben estar integrados a los programas de educación sexual y salud reproductiva; se debe actuar en toda la comunidad, desde niveles iniciales de educación, para lograr la conducta y compromiso que requiere una salud responsable. Actualmente, y nuestro país no es la excepción, el parto y el puerperio son una oportunidad para detectar y tratar la sífilis, dado el alto porcentaje de partos institucionales, pero en estos casos ya corremos en desventaja. La eliminación sostenible de la SC requiere de la coordinación de esfuerzos para reducir la tasa de sífilis en la población general.⁶

Por nuestra parte, como miembros del equipo de salud, también existe responsabilidad. Lamentablemente, en nuestra región existe un silencio epidemiológico. La notificación de sífilis en embarazadas podría ser de ayuda para el control de la SC, conocer más sobre la enfermedad y colaborar para definir medidas para su erradicación. Según el Programa de Eliminación de Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, OPS 2005, las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países.^{6,13}

CONCLUSIONES

Creemos que es necesario el trabajo interdisciplinario en el abordaje de esta problemática a fin de garantizar un tratamiento exitoso, un seguimiento completo y un control eficaz de los contactos del sujeto. La sífilis congénita puede reducirse de forma significativa con un conjunto integrado de medidas relativamente simples y de bajo costo económico.

Agradecimientos

Servicio de Neonatología, Dra. Graciela Ramos; Servicio de Trabajo Social, Lic. Andrea Barcaglioni.

Correspondencia:

Gimena Bolomo

Servicio de Dermatología,
HIGA General San Martín,
Av 1 1794, Casco Urbano, B1904CFU,
La Plata, Buenos Aires. Argentina.
Tel: +54- 221 421-1190.

E-mail: gbolomo@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera I, Fernández PP, Leiro V, Bermejo A. Chancros sifilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatología Argentina*. 2013; 18 (6): 442-451.
2. Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Rev Dermatol Argent*. 2011; 17 (2): 156-158.
3. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016; 8 (3): e525.
4. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe 2009. Montevideo.
5. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. 2008. Suiza.
6. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación. Washington, DC; 2005.
7. Herrera-Ortiz A, Uribe-Salas FJ, Olamendi-Portugal LM, García-Cisneros S, Conde-Glez CJ, Sánchez-Alemán MA. Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud Pública Méx*. 2015; 57 (4): 335-342.
8. Fuente MJ. El resurgir de la sífilis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101 (10): 817-819.
9. De Castro RM, Machado CE, de Souza HC, Tunes PA, Vieira RL, Meira OW et al. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? DST. *J bras Doenças Sex Transm*. 2015; 27 (1-2): 35-39.
10. Rodríguez-Cerdeira C, Silami-Lopes VG. Sífilis congénita en el siglo XXI. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103 (8): 679-693.
11. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014; 312 (18): 1905-1917.
12. Tuddenham S, Ghanem KG. Emerging trends and persistent challenges in the management of adult syphilis. *BMC Infect Dis*. 2015; 15: 351.
13. Nonato SM, Souto Melo AP, Crosland Guimarães MD. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde, Brasília*. 2015, 24 (4): 1-13.
14. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016; 387 (10018): 587-603.