

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 64

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Sífilis congénita.

Presentación de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

Otras secciones de este sitio:

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

Others sections in this web site:

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com



Sífilis congénita.

Presentación de un caso y revisión de la literatura

Alejandro Peña,* Lino Eduardo Cardiel-Marmolejo,*

Magnolia Matamoros-Márquez,** Luis Alejandro Iturbide-Cruz,**

Julia Lizzethe Ávalos-Martínez, Heladia Josefa García***

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Treponema pallidum* y se divide en fase primaria, secundaria, latente y terciaria. La neurosífilis y la sífilis congénita se consideran de manera individual. Esta última se transmite de la madre al producto por circulación transplacentaria con una mortalidad de 40% del total de los productos infectados, ocurriendo *in utero* en un 75% y el 25% en la vida posnatal. Las manifestaciones clínicas son variadas desde una enfermedad asintomática hasta la muerte *in utero* o neonatal. Las manifestaciones clínicas son consideradas tempranas si se presentan antes de los dos años de edad y tardías si lo hacen después de esta edad. Se describe un caso de sífilis congénita en un recién nacido del sexo masculino de presentación temprana, con afección multisistémica, diagnosticado por historia clínica, manifestaciones clínicas y confirmado por pruebas no treponémicas positivas en sangre y líquido cefalorraquídeo, en este último además se observó incremento del número de células. Se manejó con penicilina G a 100,000 UI/kg/día dividido en dos dosis durante 21 días con adecuada respuesta y remisión de la enfermedad.

Palabras clave: Sífilis, sífilis congénita, neurosífilis.

ABSTRACT

The syphilis is an infectocontagious disease caused by Treponema pallidum and its divided in first phase, second phase, latent and third phase. The neurosyphilis and congenital syphilis are considered individual forms, because the last one is transfer from the pregnant women to the infant across the transplacental circulation. The mortality occurs in the 40% of the total infected newborn. Seventy five percent occurs in uterus and 25% a postnatal life. The clinical manifestations are different and can be asymptomatic disease or they can provoke the death in uterus or in a neonatal period. The clinical manifestation are considered early if they are presented before two years old, and later if they appears after this age. We describe a case of congenital syphilis in a newborn, male with a multisystemic affection, diagnosed by clinic historical, clinical manifestations and nontreponemal test positive in blood and cerebrospinal fluid, in the last one, we observed an increase of the number of cells. The treatment was with penicillin G a dose of 100,000 UI kg divided every 12 hours for 21 days, with adequate response and remission of disease.

Key words: Syphilis, congenital syphilis and neurosyphilis.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es un ejemplo clásico de enfermedad de transmisión sexual cuya frecuencia se encuentra en incremento en las últimas dos décadas secundario a la emergencia de la infección por el virus de la inmunode-

ficiencia humana, abuso de drogas en la gestación, específicamente de cocaína, promiscuidad y limitado acceso a los cuidados de salud en algunas comunidades.¹⁻⁴ Por este motivo los perinatólogos y neonatólogos deben conocer este hecho y estar familiarizados con los parámetros clínicos y epidemiológicos de esta

* Unidad de Neonatología. Hospital General México (HGM), OD.

** Pediatría Médica. HGM.

*** Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

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 cultivarse se inyecta a testículos de conejo. Para su detección es necesaria la microscopia con campo oscuro y técnicas de inmunofluorescencia.⁵ La sífilis se divide en fase primaria, secundaria, latente y terciaria. La neurosífilis y la sífilis congénita se presentan y se consideran de manera individual. La sífilis congénita es una de las más importantes enfermedades infecciosas transmitidas de la madre al producto y tal vez la más antigua que se conoce; se define como una infección sistémica crónica, producida por el *Treponema pallidum*, transmitida al feto por circulación transplacentaria a partir de la semana 20 de gestación, aunque existen controversias ya que hay reportes de algunos abortos de madres sífilíticas en los cuales se reportaron espiroquetas.⁶⁻¹⁰ La infección puede ocasionar lesiones en el feto, manifestarse inmediatamente después del nacimiento, en la lactancia o tardíamente en el escolar, adolescente y aun en el adulto joven. La mortalidad es de 40% del total de los infectados, ocurriendo *in utero* en el 75% de los casos y en un 25% en la vida posnatal.¹¹ La severidad del cuadro clínico depende del tiempo de la gestación en que se infecta el producto. Si el feto se infecta tempranamente *in utero*, manifiesta al nacimiento lesiones avanzadas de sífilis; en tanto que si se infecta tardíamente, puede nacer aparentemente sano. Otros factores que influyen son el número de embarazos previos y la edad de la sífilis materna. Desde 1940 en México se documentaron estudios de recién nacidos con sífilis congénita. En 1978 se reportaron 107 casos y 113 en el siguiente año, en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1983 se documentaron 32 casos y en 1984 la Secretaría de Salud registró 7,980 casos y 6,910 en 1985 en adultos; en este último reporte no se documentaron casos de sífilis congénita.¹²⁻¹⁴ En el Hospital General de México, en el Servicio de Gineco-Obstetricia de 1971 a 1985 se presentaron 38 casos de sífilis neonatal sintomática. En esta institución hay un promedio de 10 a 12 mil nacimientos por año y en el último lustro sólo se han reportado dos casos de sífilis congénita, ambos de presentación temprana, uno en el año de 1997 y el otro en el 2000. Lo anterior indica que la sífilis congénita en nuestro medio prevalece aún en la actualidad, pero el diagnóstico erróneo en muchos casos y la falta de notificación de casos a estadísticas nacionales

disminuye la importancia que en realidad se tiene en la actualidad, tal y como se menciona en un estudio realizado en el estado de Oaxaca.¹⁵ La sífilis congénita ocurrió con mayor frecuencia cuando la madre cursa con fases tempranas de la enfermedad y muy raramente se presenta en fases tardías, si lo hacen después de esta edad posnatal;^{16,17} el cuadro clínico puede ser muy variado, cursando desde una infección asintomática hasta la muerte *in utero* o en la etapa neonatal. Las manifestaciones tempranas usualmente son alteraciones mucocutáneas, viscerales, nerviosas, oculares, óseas y diversas.¹⁵⁻¹⁷ Las manifestaciones tardías comprenden los mismos órganos, pero con daños más severos e involucran además al sistema cardiovascular.¹⁸

El diagnóstico se realiza por el antecedente materno de sífilis, manifestaciones clínicas de sífilis congénita y se corrobora por pruebas treponémicas y pruebas no treponémicas positivas, siendo la primera de éstas la más específica. Todo neonato que es evaluado por una probable sífilis congénita se le debe realizar punción lumbar por el riesgo elevado de neurosífilis.

Otros estudios usados son la prueba IgM específica y la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para detectar ácido nucleico; desafortunadamente, en nuestro medio no se dispone de ellas con facilidad.^{16,17} Las radiografías de huesos largos son estudio de rutina y se observa osteoartritis, periostitis y destrucción de la metáfisis hasta en un 60% de neonatos sintomáticos.^{19,20}

La penicilina G por vía parenteral continúa siendo el tratamiento de elección de todas las fases de la sífilis, sífilis durante la gestación, sífilis congénita y neurosífilis.¹⁷ La doxiciclina, tetraciclina y eritromicina son el tratamiento alterno en pacientes alérgicos a la penicilina.¹⁶

La sífilis, lo mismo que la gonorrea, son enfermedades que se deben reportar a la jurisdicción correspondiente para que todos los contactos sexuales sean evaluados.

Se describe un caso cuyas características clínicas y de laboratorio corresponden a sífilis congénita de presentación temprana que fue manejado con penicilina G con respuesta adecuada al tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato del sexo masculino de 28 días de vida, con el antecedente de ser hijo de padre de 18 años de edad, nivel socioeconómico y educativo bajo, promiscuidad (ocho parejas sexuales) y un chancro sífilítico en pene detectado nueve meses previos, sin tratamiento médico. Madre de 23 años de edad, nivel socioeconómico y educativo bajo, inicia vida sexual activa a los 16 años

con dos parejas sexuales, gesta tres; el producto de su segunda gestación murió a los seis meses de vida de manera súbita en su domicilio, desconociéndose la causa. El control prenatal fue irregular iniciado a partir del cuarto mes; presenta cervicovaginitis e infección de vías urinarias en el quinto mes tratadas y remitidas. No se realizó ningún examen básico como biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh, examen general de orina o pruebas no treponémicas. Inició trabajo de parto de manera espontánea, nació por vía vaginal requiriendo para su reanimación presión positiva con bolsa y mascarilla, posteriormente con bolsa y cánula endotraqueal por falta de esfuerzo respiratorio. Se calificó con Apgar de 1, 5 y 7 al primer, quinto y décimo minuto de vida posnatal, respectivamente; Capurro de 32.3 semanas de gestación, peso 1,950 g, talla 42 cm, perímetro cefálico de 30 cm e índice de Miller de 1.36. A la exploración física se observa dermatosis diseminada a



Figura 1. Necrosis de falanges distales con secreción purulenta.



Figura 2. Descamación de planta de los pies.



Figura 3. Secreción conjuntival bilateral, rinitis purulenta, edema corneal y lesión frontal del cráneo.



Figura 4. Aumento del volumen abdominal secundario a hepatomegalia y esplenomegalia.

miembros superiores e inferiores constituida por lesiones esfaceladas en manos y pies, áreas necróticas en las 20 falanges distales con secreción purulenta y del pabellón auricular izquierdo, fisuras bucales, tinte icterico de piel y mucosas, lesiones en sacabocado en región frontal del cráneo y región lumbosacra de 0.5 y 0.3 cm, respectivamente, secreción conjuntival amarilla bilateral, superficie corneal mal lubricada y edema corneal bilateral, tensión ocular aumentada, rinitis purulenta, secreción hemorrágica en conductos auditivos, se aspiran secreciones amarillas por cánula endotraqueal, campos pulmonares con estertores bronquioalveolares diseminados en ambos campos pulmonares, abdomen globoso a expensas de hepatomegalia de 4, 4 y 3 cm por debajo de líneas convencionales y esplenomegalia de 2, 3 y 5 cm debajo del borde costal izquierdo (Figuras 1-4). Resto de la exploración sin alteraciones.

La biometría hemática a su ingreso reporta: leucocitosis de 25,100 por mm³, neutrófilos de 5,773 por mm³, bandemia de 4,016 por mm³, relación banda neutrófilo alterada de 0.79, granulaciones tóxicas de neutrófilos presentes, plaquetas de 154 mil por mm³ y anemia (hematócrito del 27%). Prueba de laboratorio de enfermedades venéreas (VDRL) en sangre y líquido cefalorraquídeo positivo con títulos de 1:9, aumento del número de proteínas en líquido cefalorraquídeo de 180 mg/dL, bilirrubina total de 4.78 mg/dL, bilirrubina directa de 3.40 mg/dL, bilirrubina indirecta de 1.38 mg/dL, proteínas totales de 3.4 g/dL, albúmina de 1.5 g/dL, magnesio de 1.34 mEq/L, calcio de 7.04 mg/dL, transaminasa glutámico oxalacética de 63 UI/L, sodio 126 mEq/L. Ultrasonido transfontanelar normal; radiografía de huesos largos con desosificación de epífisis distales del fémur; reacción de Western Blot negativa, prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-Abs negativa a IgM e IgG). Se enviaron muestras de sangre al INDRE en busca de síndrome TORCH-SLAVE con ELISA positiva a IgM para citomegalovirus. La reacción FTA-Abs y VDRL fue positiva, tanto en la madre como en el padre, con títulos de VDRL de 1:32 en ambos. La madre fue positiva además a toxoplasmosis y virus herpes simple. En su estancia en el servicio se manejó con penicilina sódica cristalina a 50,000 UI/kg/dosis y amikacina a 12 mg/kg/día durante 21 días con remisión total de las manifestaciones mucocutáneas, remisión clínica y radiológica de la neumonía, conjuntivitis, rinitis purulenta, disminución de la hepatomegalia, esplenomegalia y lesiones de la piel. Se requirieron de 13 días de ventilación mecánica asistida y posteriormente cuatro días más con oxígeno directo con casco cefálico y fracción inspirada de oxígeno de 40%, con remisión total de su problema pulmonar. La hipoglucemia fue manejada con infusión de glucosa kg minuto de 12, la hiponatremia con correcciones de sodio y aporte alto en soluciones parenterales de base a 6 mEq por kg día, la hipocalcemia con gluconato de calcio a 400 mg/kg/día y la hipomagnesemia con sulfato de magnesio a 50 mg/kg/día. El paciente egresa a su domicilio a los 28 días de vida posnatal clínicamente sano.

DISCUSIÓN

Aunque en la actualidad se da poca importancia a la sífilis congénita por ser una enfermedad que se presenta con poca frecuencia, perinatólogos y neonatólogos deben estar familiarizados con esta enferme-

dad debido a su emergencia en las últimas décadas a la par con la creciente infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, abuso de drogas en el embarazo principalmente de cocaína, promiscuidad y limitado acceso a cuidados de salud en algunas comunidades.¹⁻⁴

Probablemente la frecuencia de la sífilis congénita sea mayor a la registrada en nuestro país, como lo fue en 1985 cuando la Secretaría de Salud no reporta casos, lo anterior puede ser secundario a un diagnóstico erróneo de la enfermedad o bien por falta de notificación de casos a las estadísticas nacionales.

En el Hospital General de México sólo se registraron dos casos de sífilis congénita en los años 1995 al 2000. El último es el que se presenta aquí y se trata de un neonato con sífilis congénita sintomática temprana, ya que se presentó antes de los dos años de vida posnatal, con lesiones que corresponden a la fase secundaria de la enfermedad; no existían lesiones correspondientes a la fase primaria, ya que en la sífilis congénita los treponemas característicamente se diseminan a toda la economía vía hematogena con una amplia diseminación a órganos y tejidos en los que producen endarteritis obliterante como seguramente sucedió en el paciente que presentamos; se infectó tempranamente *in utero* y, por lo tanto, al nacer presentó lesiones avanzadas tal y como se describe en la literatura.²²⁻²⁴

El cuadro clínico de la sífilis congénita es variada, con manifestaciones mucocutáneas, viscerales, nerviosas, oculares, óseas y diversas, de las cuales todas estuvieron presentes en este paciente a excepción de manifestaciones del sistema nervioso central. Entre las manifestaciones mucocutáneas se observó rinitis purulenta con obstrucción nasal secundaria, secreción conjuntival purulenta, lesiones esfaceladas en manos y pies, áreas de necrosis de las 20 falanges distales y pabellón auricular izquierdo, fisuras bucales y lesiones en sacabocado en región frontal del cráneo y región lumbosacra. En vísceras se observó una marcada hepatomegalia, esplenomegalia y neumonía (*Figura 5*). En los ojos presentó superficie corneal mal lubricada, edema corneal bilateral, tensión ocular aumentada. A nivel óseo encontramos radiológicamente desosificación de epífisis distales del fémur. Entre las manifestaciones diversas observamos mal estado general, ictericia de piel y mucosas, fiebre, irritabilidad y hemorragias. No se observaron manifestaciones que involucraran al sistema nervioso central, sin embargo, la cuenta de proteínas fue alta en el líquido cefalorraquídeo, así como la positividad del

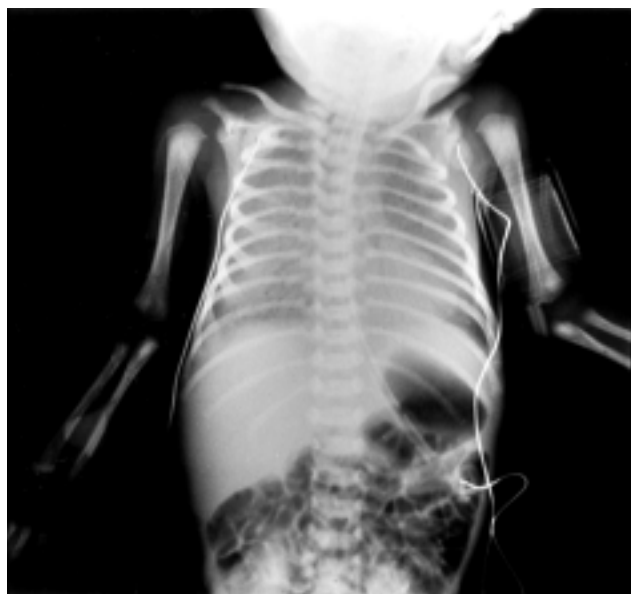


Figura 5. Neumonía.

VDRL en tal líquido, por lo que se manejó profilácticamente con fenobarbital para evitar la presencia de crisis convulsivas, que con frecuencia se presentan en este tipo de pacientes. Por lo anterior, también se decidió manejar con penicilina G durante un periodo de 21 días como si se tratara de una neurosífilis, como se comenta en la literatura. La evolución fue favorable sin datos de meningitis y remisión de las lesiones secundarias a la endarteritis obliterante. Todo neonato que cursa con sepsis debe ser tratado con doble esquema antimicrobiano, lo cual justifica el uso de la amikacina en nuestro paciente.

Cabe mencionar que no se detectaron lesiones en el sistema cardiovascular, que generalmente se observan en fases tardías de la enfermedad y no en la fase secundaria que fue la que presentó este paciente.

El diagnóstico de este caso fue fácil, en primer lugar por las manifestaciones clínicas de sífilis congénita y posteriormente con la realización de historia clínica completa del padre y de la madre; se encontraron antecedentes de promiscuidad y presencia de chancro sífilítico en los genitales del padre; se corroboró el diagnóstico con pruebas no treponémicas positivas en sangre y líquido cefalorraquídeo del paciente, así como positividad en ambos progenitores en los cuales también las pruebas treponémicas fueron positivas. La prueba FTA-Abs en el paciente se realizó cuando éste ya estaba en tratamiento con penicilina y resultó negativa; esta ne-

gatividad se podría explicar por el hecho de que el tratamiento se instaló antes de que tal reacción se hiciera positiva, pues es bien sabido que una vez alcanzada la positividad ésta permanece durante toda la vida y sólo se informa como resultado positivo o resultado negativo por lo que no debe emplearse para controlar la actividad de la infección.²⁵ Las pruebas no treponémicas como el VDRL son cuantitativas y, por lo tanto, son obligatorias en pacientes con sífilis congénita y constituyen un indicador útil para el control posterior al tratamiento. Los títulos suelen elevarse en cada nueva infección o recaída y disminuyen después del tratamiento.

La toxoplasmosis e infección por el virus herpes simple que fueron positivos en la madre se excluyen en nuestro paciente; la primera por la ausencia de anticuerpos antitoxoplasma y falta de hallazgos clínicos típicos de esta enfermedad en el recién nacido como graves alteraciones oftalmológicas y del sistema nervioso central; la segunda por la ausencia de lesiones genitales en la madre en el momento del parto, ausencia de anticuerpos contra el virus herpes simple y la adecuada respuesta clínica a la penicilina G, la cual no se observaría con este tipo de infección cuya evolución es fatal en la mayoría de los casos.

La reacción de ELISA positiva a IgM para citomegalovirus (CMV) indica infección actual en el recién nacido, la cual seguramente fue asintomática ya que clínicamente no presentó los hallazgos característicos de infección por CMV como es el retraso en el crecimiento, trombocitopenia con petequias, coriorretinitis y microcefalia.

En conclusión, podemos decir que la sífilis congénita se presenta aún en la actualidad, por lo que su diagnóstico temprano, como lo fue en el caso presentado, es de suma importancia para la evolución y pronóstico del paciente, con remisión de toda la sintomatología al finalizar el tratamiento con penicilina, el cual continúa siendo el tratamiento de elección. También se puede concluir que esta enfermedad infectocontagiosa continúa siendo problema de la pobreza en donde el nivel educativo bajo, promiscuidad, control prenatal inadecuado y la falta de realización de exámenes básicos tales como biometría hemática completa, examen general de orina, grupo sanguíneo, factor Rh y VDRL favorecen el retraso en su diagnóstico. Con base en ello se recomienda que toda institución de salud, tanto privada como de asistencia pública, que atienda a pacientes embarazadas con factores de riesgo o no, les realice los exámenes básicos aunque únicamente acudan a la atención de parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murphy FK, Patamasucam P. Congenital syphilis. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PFN (eds). *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1984: 352-354.
2. Ingall D, Musher D. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO (eds). *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. Philadelphia: WB Saunders, 1983: 335-374.
3. ST Louis ME, Wesserheit JN. *Elimination of syphilis in the United States*. Science's Compass, 1988; 281: 353-354.
4. Consolacion GS, Enrique MO, Milagros PR, Valiollah S. The resurgence of congenital syphilis: A cocaine-related problem. *J Pediatr* 1997; 130: 289-292.
5. Capella B, Tay ZJ, Del Muro R. *Nociones elementales de microbiología médica*. 2a ed. México: Méndez Editores, 1982: 233-424.
6. Morison JO. *Patología fetal y neonatal*. 3a ed. México: Editorial Pediátrica, 1972: 694.
7. Hellman LM, Pritchard JA. *Obstetricia*. México: Editorial Salvat, 1980: 43.
8. Williams F. *Fisiología médica*. 8a ed. México: Editorial Manual Moderno; 1982: 369-371.
9. Houssay BA. *Fisiología humana*. 5a ed. Argentina: Editorial El Ateneo, 1982: 653-656.
10. Moore KL. *Embriología clínica*. 2a ed. México: Interamericana, 1980: 98-120.
11. Berhman RE, Vaughan VC, Nelson. *Tratado de pediatría*. 12a ed. México: Interamericana, 1985: 753-7.
12. Santos JL. Enfermedades transmitidas por contacto sexual. *Infectología* 1982; 2: 81-94.
13. Goldsmith MF. Sexually transmitted diseases may reverse the revolution. *JAMA* 1986; 255: 1665-1672.
14. Carrada BT. Lo que usted quiere saber sobre sífilis. *Las enfermedades al día* 1985; 101; 12-14.
15. Ulises RG, Luis CR, Gerardo LC, Apolinar CG, Nora PSC. Sífilis congénita. *Arch Invest Ped Mex* 2000; 2: 181-189.
16. Toni D. Syphilis. *Pediat Rev* 1999; 20: 160-165.
17. Lillian S. Noni E. MD: A syphilis perspective. *Pediat Rev* 1988; 19: 17-22.
18. Guadalajara JF. *Cardiología*. 3a ed. México: Méndez Cervantes, 1985: 17-22.
19. Virginia AM, Virginia S, Robert Y, Joseph GP, Deborah P, Timothy C. Contribution of long bone radiographs to the management of congenital syphilis in the newborn infant. *Arch Pediatr Adolesc* 1988; 152: 353-357.
20. Edeiken J. *Roetgen diagnosis of diseases of bone*. 3a ed. New York: McGraw-Hill, 1973: 776.
21. Azimi P. Enfermedades por espiroquetas. En: Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM (eds). *Tratado de pediatría*. 15a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana, 1997: 1073-1078.
22. Vargas OA. Infecciones perinatales I. En: Games EJ, Palacios TJL (eds). *Introducción a la pediatría*. 5a ed. México: Méndez Editores; 1997: 251-252.
23. Feigin RD, Cherry JD. *Tratado de infecciones en pediatría*. 3a ed. México: Interamericana, 1983: 443-456.
24. Robbins SL. *Patología estructural y funcional*. España: Interamericana, 1975: 371-376.
25. Cloherty JP, Stark AR. *Manual de cuidados neonatales*. 3a ed. Barcelona: Masson, 1999: 346-355.

Dirección para correspondencia:

Dr. Alejandro Peña

Balderas núm. 22

Pueblo San Francisco Tecoxpa, Milpa Alta,
12700 México, D.F.

Tel: 5844-4143 y 5844-1498