

Sífilis congénita: serie de casos en hospital de tercer nivel

Congenital syphilis: a case series in a tertiary hospital

José Roberto Rodríguez Mera,^{*,‡} Natalia Fiorella Loor Reyes,^{*,§} Juan Gregorio Chang Asinc^{*,¶}

* Hospital Roberto Gilbert Elizalde. Guayaquil, Ecuador.

‡ Médico postgradista de Pediatría. ORCID: 0000-0002-5785-0829

§ Médico postgradista de Pediatría. ORCID: 0000-0002-0466-3528

¶ Médico Infectólogo Pediatra. ORCID: 0000-0003-2177-5588

RESUMEN

Introducción: la sífilis congénita (SC) es causada por *Treponema pallidum*, pudiendo ser contraída en el embarazo o en el parto. A pesar de ser prevenible y tratable de manera eficaz, continúa representando un importante problema de salud pública, sobre todo en países en desarrollo, asociado a falta de control prenatal adecuado y limitaciones al acceso del tratamiento. **Objetivo:** describir los hallazgos clínico-epidemiológico de cinco casos de sífilis congénita atendidos en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde. **Material y métodos:** estudios descriptivo retrospectivo de cinco neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde, entre mayo y junio del 2025. Se realizó la revisión de antecedentes maternos, características clínicas, estudios complementarios y terapéutica administrada. **Resultados:** se encontraron cinco neonatos entre 34 y 40 semanas de gestación, con detección antes del mes de vida. En su mayoría nacidos por cesárea, hijos de madres jóvenes, dos de ellas con antecedentes de consumo de sustancias ilícitas y escasos controles prenatales. Los hallazgos clínicos incluyeron fiebre, convulsiones, hepatoesplenomegalia, coriorretinitis y neumonía. Las alteraciones de laboratorio más comunes fueron leucocitosis y anemia. El tratamiento se basó en penicilina G sódica, y en dos de ellos se alternó con Ceftriaxona. Todos egresaron vivos, sin complicaciones. **Conclusión:** la sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública que se incrementa por la falta de controles prenatales y el desabastecimiento de penicilina. La detección oportuna y tratamiento adecuado reduce la probabilidad de contagio y, en caso de ser portador de la enfermedad, el desarrollo de complicaciones.

Palabras clave: sífilis congénita, diagnóstico precoz, control prenatal adecuado, salud materno-infantil.

ABSTRACT

Introduction: congenital syphilis (CS) is caused by *Treponema pallidum*, and can be contracted during pregnancy or childbirth. Despite being preventable and effectively treatable, it continues to represent a significant public health problem, especially in developing countries, associated with a lack of adequate prenatal care and limitations in access to treatment. **Objective:** to describe the clinical and epidemiological findings of five cases of congenital syphilis treated at the Roberto Gilbert Elizalde Hospital. **Material and methods:** a retrospective descriptive study was conducted on five neonates diagnosed with congenital syphilis at the Roberto Gilbert Elizalde Hospital between May and June 2025. Maternal medical history, clinical characteristics, complementary studies, and administered treatment were reviewed. **Results:** five neonates were found to be between 34 and 40 weeks of gestation, with the syphilis detected before one month of age. Most were delivered by cesarean section, and their mothers were young; two of the mothers had a history of illicit substance use and had received few prenatal checkups. Clinical findings included fever, seizures, hepatosplenomegaly, chorioretinitis, and pneumonia. The most common laboratory abnormalities were leukocytosis and anemia. Treatment was based on sodium penicillin G, and in two cases, ceftriaxone was used as an alternative. All patients were discharged alive without complications. **Conclusion:** congenital syphilis remains a public health problem, exacerbated by a lack of prenatal care and penicillin shortages. Early detection and appropriate treatment reduce the likelihood of transmission and, in cases of infection, the development of complications.

Keywords: congenital syphilis, early diagnosis, adequate prenatal care, maternal-child health.

Citar como: Rodríguez MJR, Loor RNF, Chang AJG. Sífilis congénita: serie de casos en hospital de tercer nivel. Rev Latin Infect Pediatr. 2026; 39 (1): 38-44. <https://dx.doi.org/10.35366/123457>

Recibido: 04-08-2025. Aceptado: 08-01-2026.



Abreviaturas:

CDC = *Centers for Disease, Control and Prevention* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)

FTS-ABS = *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes)

IgM = inmunoglobulina M

LCR = líquido cefalorraquídeo

MHA-TP = microhemaglutinación para anticuerpos contra *Treponema pallidum*

OMS = Organización Mundial de la Salud

OPS = Organización Panamericana de la Salud

PCR = proteína C reactiva

RPR = *Rapid Plasma Reagin* (reagina plasmática rápida)

SC = sífilis congénita

TPHA = ensayo de aglutinación de *Treponema pallidum*

USR = *Unheated Serum Reagin* (reagina sérica sin calentar)

VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory* (prueba de laboratorio para enfermedades venéreas)

VIH = virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita (SC) es causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*;¹⁻³ en la mayoría de los casos se presenta sin síntomas evidentes, pudiendo ser contraída en el embarazo o en el parto.² La infección fetal generalmente ocurre entre la semana 14 a 28 de gestación,⁴ aunque existen estudios con reporte de transmisión desde la semana nueve.⁵

Esta predisposición a la adquisición de la infección aumenta de manera proporcional acorde a la edad gestacional, relacionado con la capacidad inmadura que tiene el sistema inmunológico del neonato pretérmino para protegerse.⁶

Entre las manifestaciones clínicas más comúnmente asociadas a SC temprana se encuentran: óbito, prematuridad, hidrops no inmune, restricción del crecimiento intrauterino, hepatomegalia con o sin ictericia, esplenomegalia, *rash* cutáneo, adenopatía, rinitis, condiloma lata, pseudoparálisis de Parrot, coriorretinitis o cataratas, fisuras orales y perianales, y crisis convulsivas.^{6,7}

A nivel global, la SC es la segunda causa de nacimiento sin vida y genera una mayor morbilidad; su transmisión vertical genera complicaciones fetales y puede verse en madres con sífilis no tratadas.⁸ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 1% de las embarazadas presentan esta infección y 350,000 presentan complicaciones fatales.³ En el 2019, Ecuador se encontraba entre los países con más casos reportados de SC, con un 69.23%, según el estudio de Zambrano-Alava y asociados;² en cambio, para 2020 Brasil lidera los

casos de SC en Latinoamérica, con 76%, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).⁹ Para 2022, los estudios de la OMS reportan un incremento de 3.36 millones de nuevos casos de SC en la región de Las Américas, un incremento del 30% en comparación con el 2020; la OMS estimó que hubo unas 183,000 embarazadas con sífilis y 68,000 casos de SC.¹⁰ En nuestro medio, el estudio de Salazar-Ramírez reporta 56 casos de SC en un lapso de tres años.¹¹

La detección serológica, útil en el diagnóstico de la sífilis, puede dividirse en dos grupos: detección de anticuerpos heterólogos usando antígeno de origen no treponémico como USR (*Unheated Serum Reagin*), VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y RPR (*Rapid Plasma Reagin*); y detección de anticuerpos específicos usando antígenos de origen treponémico como FTS-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*) y TPHA (ensayo de aglutinación de *Treponema pallidum*), siendo el primero el estándar de oro.^{6,12,13}

La prevención de la SC puede darse con la administración de una inyección de penicilina benzatínica intramuscular en dosis de 2,4 millones de Unidades,⁷ siendo un tratamiento disponible, económico y eficaz.¹ En caso de alergia a las penicilinas, las madres deben ser desensibilizada y optar por el tratamiento definitivo antes de usar tratamientos de segunda elección o alternativos.⁴

A pesar de ser una enfermedad prevenible, sigue siendo un problema importante de salud pública a nivel mundial.^{2,8,14,15}

El seguimiento de los pacientes se realiza de manera ambulatoria cada dos o tres meses hasta obtener una prueba de VDRL negativa. Se recomienda realizar control a los uno, tres, seis, nueve y doce meses de vida.⁷

En el presente trabajo se describen cinco casos de SC ubicados en los diferentes escenarios clínicos donde se corrobora el diagnóstico por pruebas no treponémicas, con alteraciones descritas en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó de manera retrospectiva, del mes de mayo a junio del 2025, el historial de casos de niños atendidos de un hospital de tercer nivel. Se revisaron los historiales clínicos de los pacientes confirmados con sífilis congénita. Se analizaron 6 casos en total, de los cuales 5 cumplieron los

criterios de inclusión (recién nacidos con diagnóstico confirmado de sífilis congénita, con historial clínico completo y disponibles para la revisión); se excluyeron pacientes con historial clínico incompleto y sin confirmación de sífilis por alguna prueba de laboratorio. Se detallaron datos clínicos, epidemiológicos y de estudios complementarios, así como antecedentes maternos.

Se utilizó la siguiente definición operacional de los casos según Heredia y su equipo:

Caso confirmado: se define a niños que presentan manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita con FTA-ABS, inmunoglobulina M (IgM) o por *Treponema pallidum* por campo oscuro y/o inmunofluorescencia de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia, y con antecedentes maternos de VDRL y FTA-ABS y/o microhemaglutinación para anticuerpos contra *Treponema pallidum* (MHA-TP) positivas.

Caso sospechoso: se define así a los niños con antecedente materno de VDRL o RPR y FTA-ABS y/o MHA-TP positivas.

Caso probable: se define a los niños con manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y con o sin antecedentes maternos de VDRL o RPR, FTA-ABS y/o MHA-TP positivas, incluyendo madres que no hayan recibido tratamiento o hayan sido tratadas parcialmente en el embarazo.

Caso descartado: se define a los niños con antecedentes maternos de VDRL y FTA-ABS y MHA-TP positivas, pero sin manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y con pruebas de laboratorio negativas.⁶

Los escenarios de categorías de riesgo de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) son:

Escenario 1: pacientes con diagnóstico de sífilis comprobado o muy probable, con examen físico anormal consistente con sífilis congénita, título serológico cuantitativo no treponémico (cuatro veces mayor que el de la madre) o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo. En la evaluación se indica análisis de líquidos cefalorraquídeos para VDRL, hemograma y recuento de plaquetas, y otras pruebas como radiografía de huesos largos, de tórax, pruebas de función hepática, examen oftalmológico y respuesta auditiva. El tratamiento se basa en administrar penicilina G sódica en dosis de 100,000 U/kg

durante los primeros siete días y luego de 150,000 U/kg, hasta completar 10 días.

Escenario 2: pacientes con examen físico normal y fluido serológico cuantitativo no treponémico (igual o menor a cuatro veces el título de la madre), y madre no tratada o inadecuadamente tratada (fue tratada con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina o recibió tratamiento en el último mes antes del parto). Además, la madre tuvo sífilis temprana y tiene un título no treponémico que no decrece o aumenta. La evaluación incluirá análisis de líquidos cefalorraquídeos para VDRL, hemograma y recuento de plaquetas, y radiografía de huesos largos. El tratamiento se basa en administrar penicilina G sódica en dosis de 10,000-150,000 U/kg por 10 días si alguno de los análisis o el examen físico es patológico, o penicilina benzatínica 50,000 U/kg en dosis única intramuscular si tanto los análisis como el examen físico son negativos.

Escenario 3: pacientes con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico (igual o menor a cuatro veces el título de la madre), y madre con tratamiento completo y adecuado, cuyos títulos serológicos disminuyen adecuadamente, o donde ésta no tiene evidencias de reinfección. No requiere una evaluación específica. El tratamiento se basa en administrar 50,000 U/kg de penicilina benzatínica en dosis única intramuscular si existe el caso de no poder dar seguimiento.

Escenario 4: pacientes con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico (igual o menor a cuatro veces el título de la madre), y madre con tratamiento completo y adecuado, o donde ésta tiene títulos que desde un inicio fueron bajos y permanecieron así durante todo el embarazo. Estos casos no requieren evaluaciones o tratamientos.^{16,17}

RESULTADOS

En el periodo de tiempo de mayo a junio 2025 se reportaron cinco casos de sífilis congénita, cumpliendo varios escenarios clínicos. De estos, tres fueron masculinos, un pretérmino de 34 semanas de gestación. Todos con peso adecuado al nacer, tres nacieron por cesárea, dos por cicatriz uterina previa y una por distocia de dilatación. Todos diagnosticados antes del mes de vida.

Se trata de neonatos de entre 34 y 40 semanas de gestación, con detección antes del mes de vida, en su mayoría nacidos por cesárea, hijos de madres jóvenes, dos de ellas con antecedentes de

consumo de sustancias ilícitas y escasos controles prenatales. Los hallazgos clínicos incluyeron fiebre, convulsiones, hepatoesplenomegalia, coriorretinitis y neumonía. Las alteraciones de laboratorio más comunes fueron leucocitosis y anemia, tomando en cuenta que son casos reportados en un corto periodo de tiempo de dos meses.

En los antecedentes maternos, se observó que fueron productos de madres jóvenes, con rango entre 18 y 31 años. Dos de ellas consumidoras de sustancias ilícitas (hachís y heroína), y sin los controles prenatales adecuados. Los estudios de VDRL en sangre fueron positivos en pruebas no treponémicas, a excepción de una de las madres que presentaba anticuerpos IgM positivos por infección previa en embarazo. Dos fueron tratadas con penicilina benzatínica, cumpliendo esquema completo. Con respecto al historial de infecciones de vías urinarias durante la gestación, una no presentó este antecedente. Todas negativas para serologías de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Tabla 1).

Los hallazgos clínicos importantes evidenciados en los casos de SC fueron: uno con neumonía, uno con fiebre (37.8 °C), uno con convulsión, otro con hepatoesplenomegalia y uno con coriorretinitis.

Dentro de los hallazgos de laboratorio, dos neonatos presentaron alteraciones en muestra de líquido cefalorraquídeo, con hiperproteinorraquia y leucocitosis; los cuatro casos detectados presen-

taron títulos reactivos para sífilis, siendo el mayor 1:8 y el más bajo 1:1; las alteraciones en las líneas celulares fueron evidenciadas en tres casos con leucocitosis, dos casos con anemia y un caso con trombocitopenia; ninguno presentó positividad en las serologías de VIH. Además, no se evidenciaron alteraciones de radiografías de huesos largos, y sólo un caso presentó imágenes de daño del parénquima pulmonar compatible con neumonía (Tabla 2).

En cuanto al tratamiento administrado, dos pacientes cumplieron el esquema habitual de penicilina G sódica, mientras que un paciente recibió tres dosis de penicilina y completó esquema con Ceftriaxona por 10 días. Los otros dos recibieron 10 días de cobertura con Ceftriaxona debido al desabastecimiento de penicilina G sódica en nuestro medio.

Todos los pacientes egresaron posterior a los 15 días de hospitalización, sin reporte de desarrollo de complicaciones. Actualmente todos se encuentran vivos y en seguimiento por su equipo multidisciplinario.

DISCUSIÓN

La sífilis congénita (SC) es una infección adquirida en el neonato por vía transplacentaria de una madre con sífilis durante el embarazo, o de manera vertical, al tener contacto con lesiones genitales.^{6,18,19} A pesar de ser una enfermedad prevenible y con estrategias de cuidado y promoción de la salud implementadas por los ministerios de salud e inclusive la Organiza-

Tabla 1: Antecedentes maternos de los pacientes.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	24	29	18	31	25
Número de controles	2	3	No conoce	12	12
Ingresos hospitalarios	No	No	No	2	No
Infecciones en el embarazo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Serología VIH	No presenta	No presenta	Negativo	Negativo	Negativo
VDRL*	Reactivo	Reactivo	Reactivo	IgM reactivo	Reactivo
Consumo de sustancias	Sí	Sí	No	No	No
Tipo de Sustancia	«Hachís»	Heroína	–	–	–
Tratamiento recibido	Ninguno	Ninguno	Penicilina benzatínica	Ninguno	Penicilina benzatínica
Tipo de parto	Vaginal	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Complicaciones en el parto	No	No	No	No	No

IgM = inmunoglobulina M. VDRL = Venereal Disease Research Laboratory (prueba de laboratorio para enfermedades venéreas).

VIH = virus de inmunodeficiencia humana.

* VDRL cualitativo tomado en la institución de salud de referencia.

Tabla 2: Datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino
Semana de gestación	38	36	36	34	40
Edad de detección (días)	8	1	1	1	7
Escenario clínico	1	2	1	4	3
VDRL sérico	1:8	1:1	1:4	Negativo	1:4
LCR	Negativo	Hiperproteínorraquia / leucocitosis	Hiperproteínorraquia / leucocitosis	Negativo	Negativo
Serología VIH	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Hepatoesplenomegalia	No	Sí	No	No	No
Bajo peso al nacer	No	No	No	No	No
Fiebre	No	Sí	No	No	No
Coriorretinitis	Sí	No	No	No	No
Alteración neurológica	Sí	No	No	No	No
Neumonía	No	No	Sí	No	No
Alteraciones óseas	No	No	No	No	No
Leucocitosis	Sí	No	No	Sí	Sí
Anemia	No	No	Sí	Sí	No
Trombocitopenia	No	No	No	Sí	No
PCR elevada	No	No	Sí	No	No
Tratamiento	Ceftriaxona	Ceftriaxona	Penicilina G sódica y Ceftriaxona	Penicilina G sódica	Penicilina G sódica
Días de hospitalización	23	22	18	21	13
Estado al egresar	Vivo	Vivo	Vivo	Vivo	Vivo

LCR = líquido cefalorraquídeo. PCR = proteína C reactiva. VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory* (prueba de laboratorio para enfermedades venéreas). VIH = virus de inmunodeficiencia humana.

ción Mundial de la Salud, se mantiene en ascenso. La OPS ha adquirido el compromiso de eliminar la SC como problema de salud pública, con objetivo para el 2030, pero su tendencia se ha acelerado en los últimos tiempos de 0.7% en el 2016 a 1.3% en el 2022, con una tasa de 4.98 casos por cada 1,000 nacidos vivos, 10 veces superior a la establecida para el 2030.²⁰ En nuestro estudio, sólo en uno de los casos se pudo confirmar la infección transplacentaria, por detectarse a la semana 32 de gestación y haber recibido tratamiento; aun así, con positividad en el neonato. En los demás casos no se pudo confirmar la vía de transmisión por datos incompletos en el historial materno.

Los factores de riesgo para contraer SC son: embarazo sin control prenatal, falta de detección en el primer trimestre de gestación, mujer con múltiples parejas sexuales o una pareja sexual inestable, uso de drogas intravenosas, así como diagnóstico de sífilis en embarazos anteriores y antecedentes

de otras infecciones de transmisión sexual.^{2,6,7,21,22}

En nuestros casos se evidenciaron dos madres consumidoras de drogas intravenosas con pocos controles prenatales y una con el antecedente de infección previa, lo que se relaciona con el estudio de Zambrano y asociados, quienes mencionan la falta de cuidados prenatales como uno de los principales factores de riesgo.²

La SC se divide en dos tipos: temprana, con infección activa con inflamación, y tardía, con estigmas y cicatrices acaecidos por infección temprana, con punto de corte de los dos años;^{2,4,6,18,23} en nuestro estudio, los pacientes fueron catalogados como SC temprana, siendo diagnosticados antes del mes de vida.

Entre los hallazgos clínicos se mencionan fiebre, coriorretinitis, hepatoesplenomegalia, neumonía y convulsiones, alteraciones propias de sífilis temprana.⁶

Los hallazgos radiográficos más comunes son periostitis, osteocondritis y neumonía alba. En peque-

ña proporción pueden presentar síndrome nefrótico, pancreatitis, miocarditis y diabetes insípida central, también presentes en la SC tardía.⁶ En nuestro estudio no se encontraron alteraciones óseas, pero sí un reporte de neumonía.

Los datos de laboratorio presentes como anemia, trombocitopenia, hipoglucemia, pleocitosis o hiperproteínorraquia, transaminasemia e hiperbilirrubinemia directa pueden verse tanto en la SC temprana como tardía.⁶ La anemia, leucocitosis y trombocitopenia se vieron en poca proporción en nuestros casos; sólo un paciente presentó alteración de las tres líneas celulares con proteína C reactiva (PCR) elevada; dos reportaron alteraciones del líquido cefalorraquídeo (LCR), pero con prueba de VDRL en LCR negativo.

A pesar de tener varias opciones de pruebas para su detección, hasta el momento no hay disponible una que permita asegurar la presencia de infección en un recién nacido; todos son elementos que orientan al diagnóstico.⁶ Además, la existencia de diferentes fases de actividad de la enfermedad y de periodos prolongados de latencia representa un problema adicional al momento del diagnóstico.²⁴ Aun así, seguimos usando el VDRL para su detección; cuatro de nuestros pacientes con títulos positivos para infección de SC.

Teniendo en cuenta los escenarios de grupo de riesgo, la mayoría de los pacientes de nuestro estudio se ubicaron en el escenario 1; el resto correspondieron a los demás escenarios, quienes se han mantenido como guía para nuestro abordaje y tratamiento en los neonatos con madre portadoras de sífilis.

El tratamiento utilizado para combatir la SC sigue siendo la penicilina G intravenosa a 50,000 Unidades/kg/dosis como esquema de 10 días;²⁵ en caso de reacciones alérgicas, se usa eritromicina o ceftriaxona por 10 a 14 días.⁷ Dos pacientes cumplieron el esquema habitual, mientras que otro inició con penicilinas, pero culminó con ceftriaxona; los otros dos casos, con uso de ceftriaxona, esto debido al desabastecimiento que penicilinas que tenemos en nuestro medio y que puede evidenciarse en diferentes países de Latinoamérica. En el estudio de Stafylis y Klausner, se menciona el fenómeno de ausencia de penicilinas como una crisis sanitaria para la salud pública;²⁶ por su parte, Rocha y su equipo, en Brasil, analizaron 548 casos de SC, con un 14.4% de mortinatos y abortos cuya principal causa asociada era la escasez de penicilinas.²⁷

El tratamiento adecuado ha permitido una vida sana para los pacientes detectados a tiempo.⁸

CONCLUSIONES

La SC continúa siendo un problema de salud pública que se ha ido incrementando, sobre todo en la población de Latinoamérica, esto provocado por la falta de controles prenatales adecuados que sirven como primer punto de detección temprana y oferta de tratamiento oportuno; además, el desabastecimiento de penicilinas que padecen gran parte de los países de Latinoamérica impide su manejo adecuado. El tratamiento precoz ayuda a evitar que se disemine la infección y, en caso de contraerla, evitar futuras complicaciones. Las estrategias de prevención y promoción de la salud deben ser reforzadas para el fortalecimiento del tamizaje y control de embarazo adecuado.

REFERENCIAS

1. Ponce-Pincay RA, López-López ME, Martínez-Marcillo BL, Guerrero-Zamora JF. Sífilis congénita, factores asociados, epidemiología y diagnóstico. *Revista Científica de Salud BIOSANA*. 2024; 4: 390-401. Disponible en: <https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/243>
2. Zambrano-Alava SN, Ruiz-Alava KJ, Mina-Ortiz J. Sífilis congénita en América Latina: prevalencia, factores de riesgo y complicaciones en la salud materno-fetal. *Revista Científica de Salud BIONASA*. 2024; 4: 104-119.
3. Oliveira IE de G, Franca MM, Montenegro LR, Cruz ICA, Dios CF, Cardoso MLS, et al. As principais complicações da Sífilis Congénita: uma revisão de bibliografia. *Braz J Hea Rev*. 2024; 7 (3): e70846.
4. Montes-Hernández KI, Rangel-Almendarez FJ, López-Cejudo MA, Arroyo-Pacheco AJ, Patrón-Bosque AL. Sífilis congénita: diagnóstico, tratamiento y prevención oportuna, en México. *Ciencia Latina*. 2023; 7 (2): 3306-3327.
5. Quezada-Romero EI, Orellana-Peláez CA. Complicaciones de sífilis congénita en neonato y cuidados de Enfermería: a propósito de un caso. *Pol Con*. 2023; 8 (8): 1334-1354. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152372>
6. Heredia-Cimental DC, Moreno-Pizarro E, González-Córdova GI, Torres-Muñoz D, Santos-Vázquez G, Osorio-Guzmán M. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. *Rev Latin Infect Pediatr*. 2020; 33 (3): 149-155.
7. Gutiérrez BLJ, Víquez QM, Valverde CK. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. *Revista Médica Sinergia*. 2022; 7 (6): e846.
8. Gilmour LS, Walls T. Congenital syphilis: a review of global epidemiology. *Clin Microbiol Rev*. 2023; 36 (2): e0012622.
9. PAHO. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-review-syphilis-americas-december-2021>
10. OPS. OPS. 2025. Sífilis. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
11. Salazar-Ramírez SC. Prevalencia de sífilis congénita en el complejo hospitalario Alejandro Mann, periodo comprendido entre 2016 y 2019. 2022. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18829>

12. Levario-Sepúlveda MG, Ramírez-Flores S, Barba-Lugo JL. Sífilis congénita: abordaje general y situación en Latinoamérica. MILEES. 2024; 1 (17): 30-42. Disponible en: <https://milees.cucs.udg.mx/ojs/index.php/MILEEES/article/view/164>
13. Acosta MD, Anaya BW. Seguimiento de Enfermería a neonatos con Sífilis Congénita: una revisión narrativa de la literatura, 2015-2020. 2021. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/entities/publication/ffe2d21e-c370-42c7-8833-681579918650>
14. Moura I de MAR, Sousa MBH de, Rios ALS, Silva VD, Cunha HC, Mundim RR. A relacao entre a sífilis congenita e a pseudoparalisia de Parrot: complicacoes, clínica e manejo. Rev Cad Pedagóg. 2025; 22 (7): e16729.
15. Rocha AFB, Araújo MAL, Barros VL, Américo CF, Silva Júnior GBD. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2021; 74 (4): e20190318.
16. Ministerio de Salud Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita. 2023. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/22_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20EL%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA.pdf
17. CDC. Congenital Syphilis. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/congenital-syphilis.htm>
18. Hernández-Muñoz EA, Serrano-Medina CA, Serrano-Medina JA, Sánchez-Rosales JL, Gutiérrez-Aguirre Ó, Jiménez-Cano SE. Sífilis congénita atípica con doble VDRL negativo materno. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022; 90 (11): 924-932.
19. Camacho-Montañón AM, Niño-Alba R, Páez-Castellanos E. Congenital syphilis with hydrops fetalis: report of four cases in a general referral hospital in Bogota, Colombia between 2016-2020. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021; 72 (2): 365-377.
20. OPS. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach. World Health Organization; 2024. p. 548.
21. Gutiérrez BLJ, Víquez QM, Valverde CK. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. Revista Médica Sinergia. 2022; 7 (6): e846.
22. Almeida AS de, Andrade J, Fermiano R, Jamas MT, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. Texto Contexto Enferm. 2021; 30.
23. García-Nieto VM, Zafra-Anta M. Enfermedades pediátricas que han pasado a la historia (21). La inoculación o variolización en España. Pediatr Integral. 2024; 28 (3): 204.e1-204.e5
24. Ximena-Ortega F, Karla-Moenne B, Mauricio-Pinto C, Salinas-José A, Stefan-Hossiason S, Fredy-Ribert W et al. Caso clínico-radiológico: sífilis congénita. Rev médica Clín Las Condes. 2011; 22 (2): 243-247.
25. Guzmán LG, Tavecchio V, Fraga L, Frola MS, Quinodoz D. Sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre-hijo. Caracterización de casos atendidos en centros de tercer nivel del interior de Córdoba. Actual Sida Infectol. 2023; 31 (112): 27-35.
26. Stafylis C, Klausner JD. Repurposing antibiotics to treat syphilis. Lancet Infect Dis. 2024; 24 (4): 335-336.
27. Rocha AFB, Araújo MAL, Oliveira AKD de, Oliveira LF de, Félix ASN. Mortalidade fetal e neonatal por sífilis congenita no período de escassez de penicilina. Revista Eletronica Acervo Saúde. 2024; 24 (8): e14310.

Correspondencia:

José Roberto Rodríguez Mera

E-mail: jrobertorm@hotmail.es