

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen
Volume **21**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2001**

Artículo:

Sífilis congénita. Comunicación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, 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. Comunicación de un caso

RICARDO ÁVILA-REYES,* JOSÉ LUIS MASUD YUNES-ZÁRRAGA,** EVELIA DEL CARMEN MÉNDEZ-LÓPEZ,*
FERNANDO ALBERTO CADENA-GUTIÉRREZ,* ROCÍO ISABEL CAMACHO-RAMÍREZ,*** CÉSAR AUGUSTO
FONZ-AGUILAR,**** NORA INÉS VELÁZQUEZ-QUINTANA*

RESUMEN

Introducción. La sífilis congénita es una enfermedad ocasionada por el *Treponema pallidum*, sus manifestaciones clínicas son variables y el empleo juicioso de las pruebas serológicas coadyuvan en gran parte a establecer su diagnóstico.

Caso clínico. Recién nacido prematuro de bajo peso al nacer que presentó cambios radiológicos en las metáfisis, las pruebas no treponémicas y treponémicas (VDRL/FTA-ABS) resultaron positivas tanto en el producto como en la madre. El diagnóstico presuntivo de sífilis congénita fue establecido y se administró penicilina sódica cristalina por espacio de 14 días. Egresó en buenas condiciones.

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

Palabras clave: sífilis congénita, *Treponema pallidum*, neonato.

ABSTRACT

Introduction. Congenital syphilis is a disease caused by *Treponema pallidum*, its clinical manifestations may vary and judicious employment of the immunological test may play an important part in establishing diagnosis.

Case report. Extremely very low weight at birth infant premature, had radiological changes in metaphysis of the large bones of both legs. Non-treponemical test and treponemal ones (VDRL/FTA-ABS) were positive in both mother and child. At the face of these facts. The presumptive diagnosis of congenital syphilis was made. Treatment with penicillin was started and continued for fourteen days. Baby was discharged from hospital in good conditions.

Discussion. Congenital syphilis is a complex disease, because infect newborn often do not develop sign or symptoms at birth, if the latter is present can be misleading and associated with other congenital disease. Non-treponemical tests are useful for initial diagnosis and treponemal test are confirmatory of the presence of the disease. Acuous penicillin is still the treatment of choice.

Key words: congenital syphilis, *Treponema pallidum*, newborn.

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum*, se le considera compleja debido a que el RN infectado puede estar asintomático. En caso de manifestar sintomatología es inespecífica y puede confundirse con otras infecciones adquiridas in

utero.^{1,2} El dilema más grande en cuanto a pruebas de laboratorio que se refiere, es saber qué neonato asintomático o de alto riesgo está verdaderamente infectado y requiere de tratamiento, ya que hasta el momento no hay una prueba diagnóstica que sea considerada como estándar de oro. La sífilis además se caracteriza por tener fases de actividad y prolongados períodos de latencia, considerando lo anterior para la aplicación e interpretación de pruebas diagnósticas.¹⁻⁵

A continuación se reporta un caso clínico de un recién nacido (RN) cuyo diagnóstico presuntivo de sífilis congénita se estableció basándose en las manifestaciones clínicas y radiológicas, así como en los resultados finales de las pruebas treponémicas y no treponémicas que le fueron practicadas a él y a la madre.

* Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
** Unidad de Investigación.
*** Departamento de Epidemiología.
**** Laboratorio de Radiología e Imagenología.

Correspondencia: Dr. Ricardo Ávila Reyes. Unidad de Investigación, Hospital Infantil de Tamaulipas. Calzada Luis Caballero y Av. Los Maestros s/n CP 87060, Cd. Victoria, Tamaulipas, México.

CASO CLÍNICO

Se atendió a mujer de 18 años de edad en periodo expulsivo en clínica rural, refiriendo los siguientes antecedentes personales; inicio de vida sexual a los 15 años, contando en su haber con múltiples parejas sexuales, amenorrea por embarazo de 32.5 semanas por fecha última de menstruación, dando positivo a la prueba de VDRL. Nace por parto vaginal, masculino, con Apgar 7-9, peso de 1,370 g, talla 42 cm y perímetro cefálico 24 cm. Se maneja con ayuno y líquidos parenterales a requerimientos normales, a las 72 h de vida es enviado por prematuridad y VDRL positivo.

Ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) encontrando en la exploración física hipotrofia generalizada y peso bajo (1,160 g) para su edad gestacional (figura 1). Laboratorio con Hb 16.3 g%, Hto 48.8%, leucocitos 13,400 mmc, linfocitos 53%, neutrófilos 44%, banda 3%, segmentados 41%, plaquetas 157,000 mmc, bilirrubina total 11.2 mg%, BD 2.6 mg%, BI 8.6 mg%, VDRL positivo, HIV negativo, perfil hepático y electrolíticos séricos sin datos relevantes, el líquido cefalorraquídeo (LCR) al primer intento resulta traumático, a las 24 h se intentó nuevamente, reportando: Aspecto normal, película negativa, proteínas 123 mg%, glucosa 54 mg%, celularidad normal, Gram negativo, crenocitos 7%, VDRL en LCR negativo, cultivo de LCR negativo.

Se inicia tratamiento con penicilina G sódica cristalina a razón de 150,000 UI/kg día. Se solicita serie de huesos largos y pruebas treponémicas.

Al segundo día de estancia toleró la vía oral con fórmula para recién nacidos de bajo peso. Signos vitales normales, presentan apnea y se inicia tratamiento con aminofilina IV. A las 72 h de estancia apareció residuo gástrico, posteriormente vómito, distensión abdominal y dibujo de asas. La radiografía de abdomen mostró edema interasa y distensión de asas intestinales, neumatosis. Sangre en heces negativa. Se establece el diagnóstico de enterocolitis y se manejó con ayuno, sonda orogástrica a libre drenaje, e instalación de nutrición parenteral total (NPT), agregando al tratamiento amikacina. La serie ósea reportó al nivel de las metáfisis proximales y distales de todos los huesos largos, segmentos transversales de menor densidad,



Figura 1. Aspecto clínico del recién nacido.

asociados a destrucción parcial de las metáfisis proximales de ambas tibias (figura 2). El reporte del FTA-ABS fue positivo en ambos, madre e hijo. A los 12 días de estancia reinicia la vía oral con fórmula para RN de bajo peso, con incrementos graduales tanto en concentración como en cantidad, cinco días más tarde se suspende la NPT. A los 14 días termina el tratamiento de penicilina y amikacina. Posteriormente se trasladó a cunero fisiológico para incremento ponderal donde permaneció asintomático y con ganancia ponderal progresiva. Se egresa a los 38 días.



Figura 2. Lesiones óseas de las metáfisis proximales de ambas tibias.

DISCUSIÓN

La incidencia racial de sífilis en los Estados Unidos en 1990 reportó 20.1/100,000 habitantes. Predomina en la población de raza negra (79%), siguen luego en orden descendente los hispanos (20%), los de raza blanca (5%) y finalmente un 4% es de raza desconocida, de acuerdo a 3,209 casos registrados en 1993, la edad de mayor incidencia fluctúa entre los 25 a 34 años.¹⁻⁴ En México se reportó en 1990 una incidencia de sífilis de 3.2/100,000 habitantes. Calderón y cols. reportan una incidencia de 8.2% de infección por *T. pallidum* en 3,098 mujeres dedicadas a la prostitución.² Respecto a las cifras de sífilis congénita en algunos centros hospitalarios en México es variable, Réyes-Gómez detectó 10 casos en un periodo de 6 años (.004%) mientras que Castellanos-González reporta 7 casos en un lapso de 2 años.^{6,7} En nuestro caso es el tercero que se detecta a 15 años de existencia de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de este hospital.

La forma de transmisión de la infección al RN vertical es por vía transplacentaria aunque es también posible infectarse por contacto con lesiones genitales al momento del parto, lo anterior se debe a que el chancre sifilítico puede estar dentro del canal vaginal o en el cervix y en ocasiones no se reconozca. Más difícil aún cuando la madre está en un periodo latente de infección (asintomática), el diagnóstico es clínicamente más difícil y dependerá enteramente de los resultados de las pruebas serológicas.^{1,3-5}

El riesgo de transmisión maternofetal varía de acuerdo al estado infeccioso de la madre. El rango de infección al producto es del 85 a 100% en madre con sífilis primaria no tratada,^{8,9} 40% aproximadamente en una mujer con infección temprana latente y 10% en una madre con infección tardía latente. Por esto el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) recomienda que al principio del embarazo todas las mujeres se sometan a exámenes para la detección de sífilis y repetir los estudios al inicio del tercer trimestre y al momento del parto, particularmente en aquéllas con riesgo elevado de contraer la enfermedad (paridad múltiple, madre soltera, falta de atención prenatal, uso de drogas intravenosas e inhaladas, estrato socioeconómico bajo) y en mujeres que viven en

áreas geográficas señaladas como de alto riesgo de infección por sífilis. Se recomienda no permitir el alta del RN hasta que se practiquen los estudios serológicos tanto a la madre como al bebé.^{1,3-5}

Manifestaciones clínicas

La sífilis congénita se divide en: sífilis temprana (aparición de los síntomas antes de los dos años) y sífilis tardía (después de los dos años de vida).^{1,3-10}

Sífilis congénita temprana

Desde el nacimiento se pueden presentar múltiples manifestaciones aunque suelen cursar asintomáticos hasta en un 70%, aun hijos de madres con sífilis primaria o secundaria no tratadas durante el embarazo y se estima que un tercio de los neonatos infectados presentan sintomatología, debe tomarse en cuenta que las manifestaciones clínicas no son específicas y son compartidas a las de otras infecciones intrauterinas (citomegalovirus y toxoplasmosis).^{1,3} La sífilis no tratada durante el embarazo puede culminar en aborto espontáneo, óbito, hidropesía no inmunitaria y parto prematuro.

La placenta suele ser grande, engrosada y pálida. Hay vellositis focal, proliferación endovascular y perivascular con inmadurez de estas estructuras. El cordón umbilical puede presentar un proceso inflamatorio llamado funisitis necrosante. Macroscópicamente simula un “bastón de peluquería”, con porciones edematosas, una zona bandeadas en espiral de coloración roja y azul pálido entremezcladas con bandas de color blanco.^{10,11}

Los signos clínicos reportados en la etapa neonatal y periodo temprano son diversos^{1,3-11} e incluyen: peso bajo al nacer, lesiones mucocutáneas, hepatosplenomegalia, con pruebas de funcionamiento hepático alteradas, hiperbilirrubinemia, linfadenopatía, rinitis, discreto rash máculo papular en palmas y plantas; vesículas (*sifilides bulosa*), descamación de la piel, fisuras alrededor de la mucosa oral (*regadies*), narinas y ano; en los ojos se ha reportado: coriorretinitis, glaucoma y uveítis, caída de cabello y cejas, anomalías hematológicas (Coombs negativo en anemia hemolítica, leucocitosis o leucopenia y plaquetopenia), anomalías renales (síndrome nefrótico), pancreatitis, anomalías óseas radiológicas como distrofia metafisaria.

La osteocondritis aparece después de una infección reciente (5 semanas) y la periostitis representa un ataque duradero (16 semanas) lo que sugiere infección desde el segundo trimestre de embarazo. La parálisis de Erb es causada por la destrucción proximal del húmero y la pseudo parálisis de Parrot está dada por dolor secundario a las lesiones óseas. La sífilis congénita puede complicarse con la prematurez; en el RN pretérmino la neumonía alba puede ser indistinguible de la enfermedad por membrana hialina. La afectación al SNC se describe más adelante.

Sífilis congénita tardía

Las manifestaciones clínicas se presentan sólo en un 2-3%, y ocurren después de los dos años de edad considerándose más bien como secuelas. Entre las más frecuentes se encuentran: Frente olímpica (abombada); nariz en silla de montar; mandíbula protuberante; dientes de Hutchinson; tibias en forma de sable, secundario a la reacción perióstica; queratitis intersticial manifestada por fotofobia, epífora y visión borrosa, hiperemia conjuntival y vascularización de la córnea. Lesión del VIII par que se presenta antes de los ocho a diez años y artropatía recurrente caracterizada por una sinovitis que se manifiesta por aumento de volumen de la articulación afectada, limitación del movimiento y dolor local (articulaciones de Clutton) sin cambios radiológicos, engrosamiento de la articulación esterno-clavicular (signo de Higouménakis). Las complicaciones por neurosífilis no tratada son devastadoras y se manifiestan como: hidrocefalia, infartos cerebrales, retraso mental, crisis convulsivas, parálisis de pares craneales, paresias y tabes dorsal. Las complicaciones de la sífilis tardía pueden evitarse con un tratamiento adecuado en el periodo neonatal.^{1,3,5,8,10}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico definitivo o absoluto de sífilis congénita es la identificación directa de las espiroquetas en la placenta, cordón umbilical, líquido amniótico, lesiones mucocutáneas o en la descarga de moco al examen de microscopio de campo oscuro.^{1,3,4}

Si hay lesiones sugestivas en el RN, el diagnóstico debe ser establecido rápidamente dado que las lesiones sifilíticas

son altamente contagiosas, por lo que se deben extremar precauciones sobre todo el personal de salud que esté al cuidado del RN, empero no son necesarias las técnicas de aislamiento en el RN con sífilis congénita.^{1,3}

Debido a que el organismo no puede ser obtenido en cultivos de sangre o tejido a excepción de la inoculación en conejo, es raramente identificado directamente. El diagnóstico definitivo recae en las pruebas serológicas que deberán tomarse a la madre y al RN, las pruebas del cordón umbilical no son recomendables puesto que hasta en un 50% de casos se han reportado negativas en hijos de madres positivas al RPR, y algunos de esos neonatos seronegativos eran sintomáticos^{1,3,4}

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

Han sido divididas en dos tipos las pruebas diagnósticas en suero: Treponémicas y no treponémicas.

Pruebas no treponémicas: Las pruebas no treponémicas detectan la reactividad (reaginas) hacia antígenos de cardiolipina-lecitina-colesterol, para reconocer posibles anticuerpos en contra de *T. pallidum*.² Son utilizadas para el diagnóstico de sífilis desde 1906 por Wassermann. Las pruebas más comunes son: el VDRL (Venereal Disease Research Laboratories por sus siglas en inglés) y la RPR (prueba rápida de reaginas en plasma).¹⁻¹¹ Ambos estudios reportan titularidad (dilución o reactividad). Los títulos son de 2 a 4 veces mayores en la RPR que en el VDRL. Estas pruebas son de bajo costo, fáciles de efectuarse, cuantitativas y al alcance de cualquier hospital o laboratorio y se usan como pruebas de inicio en la detección de sífilis y son de utilidad para evaluar la respuesta al tratamiento. Las pruebas no treponémicas son reactivas en un 75% de los adultos con sífilis primaria dentro de las 4 a 8 semanas a partir de la infección, tiempo en el cual las espiroquetas se diseminan por todo el organismo incluyendo a la placenta.^{1,3} Las pruebas no treponémicas son reactivas en todos los casos de sífilis secundaria. Con un tratamiento adecuado el paciente se vuelve seronegativo dentro de los dos años posterior al tratamiento. Los pacientes en quienes el intervalo del inicio de la enfermedad y el tratamiento fue corto o las titulaciones se reportaron bajas, la prueba se hace seronegativa dentro del primer año posterior al tratamiento^{1,3} Con títu-

los bajos o estables es difícil saber qué mujer es reactante a la prueba o ha sido reinfectada, después de un segundo tratamiento supervisado y con nuevas reacciones con titulidades bajas o estables sugiere que la persona es reactante a la prueba.^{1,2}

El fenómeno prozone es un resultado falso negativo en las pruebas de RPR y VDRL, esto se debe a que el exceso de anticuerpos séricos impiden la formación del complejo antígeno-anticuerpo necesario para hacer reactiva la prueba. Este fenómeno ocurre en 1-2% de los casos de sífilis secundaria, esto es particularmente angustiante sobre todo en la mujer embarazada asintomática. Esta irregularidad se supera al diluir el suero y se recomienda efectuar en las mujeres embarazadas con prueba serológica negativa y con sospecha que el feto o el neonato ha sido infectado *in utero* o desarrolló hidrops no inmune, o bien en aquella mujer cuya prueba no treponémica, dio una reacción irregular^{1,8-10}

De las pruebas no treponémicas el VDRL es la única prueba aceptada para determinar la reactividad en el LCR.^{3,5}

Las pruebas no treponémicas tienen la desventaja de que no son específicas para sífilis y pueden arrojar resultados falsos positivos ocasionado por enfermedad febril aguda, por enfermedad viral (E.-Barr, hepatitis), protozoarios y micoplasmas etc. y/o posterior a la aplicación de alguna vacuna, pero esta reacción dura menos de 6 meses. Los resultados falsos positivos con duración de más de 6 meses se pueden deber a enfermedades crónicas como enfermedades autoinmunitarias, cáncer, hepatitis crónica, y abuso de drogas. Las titulaciones positivas en el neonato pueden ser un reflejo de anticuerpos transferidos de la madre al feto y no tener una verdadera infección congénita.^{1,4,10}

Pruebas treponémicas: Las pruebas treponémicas detectan específicamente los anticuerpos de *T. pallidum*, y se emplean para confirmar las pruebas no treponémicas.¹⁻¹¹ Este tipo de pruebas habitualmente se reportan como reactiva o no reactiva (positiva o negativa) en vez de reportarse por títulos.^{1,3,4} Las pruebas treponémicas más comunes son la prueba fluorescente de absorción de anticuerpos treponémicos (FTA-ABS), la prueba de microhemaglutinación de anticuerpos para *Treponema pallidum* y la prueba inmunoenzimática específica para *Treponema* (ELISA). Aún estas prue-

bas no son enteramente específicas para sífilis, debido a que son reactivas a otras enfermedades por espiroquetas como pinta, framibia, o en la enfermedad de Lyme (sólo FTA-ABS), en presencia de factor reumatoide o anticuerpos antinucleares positivos cualquier prueba treponémica será positiva.^{1,3-11} Por lo común estas pruebas permanecen reactivas en un 85% durante toda la vida aún después de un tratamiento exitoso, por ello no son útiles para determinar cuándo se ha reactivado la sífilis en algún paciente.¹⁻¹⁰

Algunos casos de falso positivo pueden ocurrir pero son extremadamente raros, esto llega a presentarse sobre todo en algunas enfermedades como tuberculosis, enfermedad autoinmune, en la mononucleosis, endocarditis, abuso de drogas o en una enfermedad febril reciente, incluso en el embarazo, generalmente con titulaciones bajas y su reacción es transitoria.^{1,3-10}

Al nacer, es difícil saber cuándo los anticuerpos son transferidos de la madre o realmente han sido producidos por el feto en respuesta a una infección. Cuando los anticuerpos han sido transferidos, ocurre que las titulaciones son menores o iguales que en la madre, sin embargo cuando las titulaciones son más de cuatro veces la cifra de la madre es sugestivo de una infección neonatal. Empero, un RN infectado, puede llegar a tener titulaciones más bajas que la madre o aun ser seronegativo. De ahí la importancia de que se determine la serología materna para determinar qué neonato necesita tratamiento. El diagnóstico de sífilis congénita se establece en un RN con pruebas no treponémicas positivas y manifestaciones clínicas de la enfermedad y/o en el RN con titulaciones elevadas 4 veces o más altas que la madre.^{1,3-11}

Resulta un dilema el diagnóstico de sífilis congénita en aquel neonato que nace de una madre con serología reactiva positiva poco antes del parto o al momento del mismo cuya duración de la enfermedad se desconoce, no ha sido tratada, fue tratada inadecuadamente, el tratamiento fue tardío o se desconoce qué tipo de tratamiento se le ofreció. En estos casos el diagnóstico puede ser presuntivo en aquellos niños con serología persistente aun cuando en su madre han desaparecido los anticuerpos (de 6 a 12 meses). En esta situación el tratamiento no debe de retrasarse.¹

Cuando la infección haya sido reciente o esté en incubación, la madre puede ser seronegativa pero estar

Cuadro 1. Guía para la interpretación serológica de sífilis en la madre y el recién nacido¹

Prueba no treponémica		Prueba treponémica		Interpretación*
Madre	RN*	Madre	RN	
-	-	-	-	Sin sífilis, o en incubación en la madre y el recién nacido
+	+	-	-	Sin sífilis en la madre (prueba treponémica falso-positivo con transferencia pasiva al recién nacido)
+	±	+	+	Sífilis materna con posible infección al recién nacido; o a la madre se trató de sífilis durante el embarazo; o madre con sífilis latente y posible infección al RN [†]
+	+	+	+	Sífilis reciente o previa en la madre; posible infección al RN
-	-	+	+	Madre tratada exitosamente para sífilis antes o en etapa temprana del embarazo; o madre con enfermedad de Lyme, framboesia o pinta (serología falso-positivo)

* No tomarse como interpretación definitiva la guía serológica para sífilis en la madre y RN. Otros factores deberán de considerarse como el tiempo de infección materna, tratamiento a la madre; titulaciones cuantitativas en madre y RN; determinaciones seriadas de titulaciones no treponémicas en ambos, madre e hijo.

† Aproximadamente 20% de las madres con sífilis latente son no reactivas a las pruebas no treponémicas.

* Recién nacido

infectada, y es poco probable que algunas de las pruebas sean capaces de detectar anticuerpos en la madre con infección reciente o en su hijo infectado en el periodo neonatal. Otro problema ocurre en la madre con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sífilis ya que puede ser seronegativa a sífilis por la inmunodeficiencia y de manera similar en el niño infectado asintomático en cuyo caso puede no detectarse la enfermedad por pruebas serológicas y el inicio de las manifestaciones pueden verse retrasadas.^{1,3} Por lo tanto un RN en cuya madre se ha diagnosticado tener sífilis en el periodo posparto, deberá de ser evaluado y tratado aun cuando sea seronegativo y esté asintomático. Se ha recomendado que se determine el HIV en todas las madres con sífilis durante el embarazo ya que se ha reportado la asociación de ambas infecciones en un 16%.^{1,3}

La guía de interpretación serológica puede verse en el cuadro 1.

Pruebas específicas: Como ya se mencionó en el neonato el problema del diagnóstico serológico estriba en que puede tener transferencia materna de IgG. Aunque la IgM pueden detectarse en el RN, sus valores no son específicos y pueden ser resultado de alguna otra infección intrauterina.¹

La prueba FTA-ABS IgM fue desarrollada en 1968 con la idea de distinguir los anticuerpos transferidos por la madre vs una enfermedad congénita verdadera. Sin embargo, esta prueba es técnicamente difícil, tiene baja sensibilidad y especificidad, debido a que la presencia de factor reumatoide puede causar falsos positivos y la competencia inhibitoria de IgM por las IgG

maternas pueden causar resultados falsos negativos.^{1,8-11} La prueba 19S IgM FTA-ABS que remueve las IgG maternas fue desarrollada para eliminar el problema del factor reumatoide al bloquear los anticuerpos y es más confiable que la prueba FTA-ABS IgM. Sin embargo, la 19S IgM aún no está disponible pues aún se encuentra en periodo de investigación.¹

La prueba inmunoabsorbente de enzima encadenada (ELISA por sus siglas en inglés) es fácil de realizarse y se emplea en escrutinios a grandes escalas y en grupos masivos y el ELISA's IgM evalúa directamente el anticuerpo al *T. pallidum*. (CAPTIA Syphilis-M test®) ha sido reconocida por el CDC de Atlanta.¹

Otras pruebas como la técnica de proteína inmuno-hemática (Western blot) así como la de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), ambas con resultados prometedores, aún no se encuentran disponibles por estar en fase experimental, pero detectan específicamente los anticuerpos IgM contra los antígenos del *T. pallidum* y ayudarían en el diagnóstico del RN sintomático y asintomático. Sobre todo en los neonatos con infección reciente adquirida, antes o al momento del parto, quienes aún no tienen elevaciones de IgM. Así es que estas últimas pruebas prometen ser útiles en aquellos neonatos con alto riesgo o asintomáticos que verdaderamente están infectados.^{1,4}

Diagnóstico presuntivo de los casos

Todo recién nacido de una madre con sífilis durante su embarazo que no fue tratada o lo fue en forma inadecuada, con evidencia de recaída o reinfección o con

alto riesgo de contraer la enfermedad deberá de ser evaluado y tratado.¹

La Academia Americana de Pediatría y el CDC han establecido que se debe de sospechar el diagnóstico de sífilis congénita en los siguientes casos:^{1,3-11}

1. RN de madres con sífilis no tratada o evidencia de reinfección o recaída al momento del parto
2. RN con evidencia física o radiológica de la enfermedad
3. Aquéllos con VDRL positivo en LCR o elevación de la cuenta celular o de proteínas en LCR
4. RN con titulaciones de pruebas séricas no treponémicas cuatro veces mayor que los títulos de los maternos
5. Detección específica de anticuerpo IgM antitreponémico
6. Aquéllos con riesgo de enfermedad activa pero que no fueron evaluados completamente
7. Madres que refieren haber recibido tratamiento pero sin verificación de titulaciones séricas posteriores
8. Madres cuya serología no demostró descenso de sus titulaciones después del tratamiento
9. Madre tratadas en el último trimestre del embarazo
10. Discrepancias en su historia clínica y el seguimiento no fue adecuado
11. Madres infectadas con HIV
12. Madres que no fueron tratadas con penicilina.

TRATAMIENTO

La droga de elección para el tratamiento de sífilis durante el embarazo así como el tratamiento preventivo de sífilis congénita es la penicilina.¹⁻¹¹

Las dosis únicas de penicilina benzatínica no han mostrado mantener concentraciones treponemidas en el LCR y un pequeño número de pacientes han fallado al tratamiento de dosis única de penicilina benzatínica por lo que se debe limitar este régimen de tratamiento.¹

El empleo de penicilina G cristalina a dosis de 50,000 U/I por kilo dosis, cada 12 horas durante la primera semana de vida y después cada 8 horas es lo recomendable. Otra alternativa de tratamiento es con penicilina G procaínica, a la dosis de 50,000 U/I por kilo do-

sis, en una sola dosis al día. En ambos casos la duración de tratamiento se recomienda por 10 a 14 días. La terapia con penicilina G cristalina ha mostrado tener ventaja en cuanto a mayor concentración de penicilina en LCR que el régimen de penicilina G procaínica.^{1,3,4}

Una terapia alterna es el empleo de ampicilina que ha demostrado buen efecto treponemicida y altas concentraciones en LCR.^{1,3} Cuando una terapia ha sido interrumpida por más de 24 horas, se deberá iniciar nuevamente el tratamiento.^{3,9}

La eritromicina no se recomienda debido al elevado porcentaje (30%) de falla al tratamiento y el paso transplacentario de la eritromicina es bajo y se han reportado casos de sífilis congénita después de un tratamiento con eritromicina durante el embarazo. Incluso las madres embarazadas tratadas con cualquier droga que no sea penicilina es considerada como no tratada.^{1,3-11}

Casanova-Román¹² hace mención de un estudio experimental en conejos, en donde se empleó azitromicina a dosis de 30 mg x kg/día por espacio de 15 días, comparándose los resultados con penicilina benzatínica (200,000 U IM, semanalmente por dos semanas) y eritromicina (30 mg/kg/día por 15 días). Concluye el trabajo que la azitromicina fue superior a los otros dos esquemas en cuanto a la penetración al SNC y su larga persistencia tisular. Aunque el tipo de penicilina comparada fue benzatínica y se aplicó semanalmente, como se mencionó previamente no se recomienda las monodosis de p. benzatínica por su baja penetración al SNC, empero los resultados son interesantes y no deben soslaryarse, pues debido a la fácil penetración al SNC y el mantenimiento del fármaco al nivel tisular, la azitromicina pudiera en un futuro ser una alternativa de tratamiento vs sífilis en aquellos pacientes alérgicos a la penicilina, aunque para esto se requerirán de estudios controlados en humanos.

Seguimiento

Los neonatos deberán evaluarse por la consulta externa al mes, 2, 4, 6 y 12 meses de edad con acucioso examen físico en cada visita. Las pruebas serológicas no treponémicas deben efectuarse a los 4 meses. Si aún permanecieran reactivas se repetirán a los 6 y 12 meses. Después de un tratamiento para sífilis congénita las titulaciones disminuyen a los 3 meses y desapa-

recién de los 6 a 12 meses. Si éstos no llegaran a bajar, se incrementaran o aún estuvieran presentes para el año de edad, deberá reingresarse al paciente e iniciar una terapia por 10 a 14 días con penicilina^{1,3,4}

En los recién nacidos que tuvieron neurosífilis, se deberán obtener muestras de LCR cada 6 meses hasta que la cuenta de células sea normal y no sea reactivo al VDRL. Un LCR reactivo al VDRL a los 6 meses y/o persistentemente anormal, con elevación de la cuenta celular o de proteínas a los 2 años amerita ser tratado nuevamente.^{1,3,4} El caso que presentamos fue prematuro, con bajo peso al nacer, con pruebas treponémicas y no treponémicas positivas tanto él como su madre, tuvieron cambios radiológicos en los huesos largos como únicos signos, por lo que de acuerdo al cuadro 1, queda como diagnóstico presuntivo de sífilis congénita, ya que no se pudo demostrar las espiroquetas por no contar con microscopio de campo oscuro para establecer el diagnóstico absoluto. Recibió tratamiento con penicilina de acuerdo a las recomendaciones¹⁻¹¹ se egresó por mejoría para su control posterior.

REFERENCIAS

1. Stoll B. Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic test for syphilis. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:845-53.
2. Calderón-Jaimes E, Conde-González C, Juárez-Figueroa L, Uribe-Zúñiga P, Uribe-Salas F, Olamendi-Portugal M y col. Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos en 3,098 mujeres dedicadas a la prostitución en la ciudad de México. *Rev Inv Clin* 1994;45:23-9.
3. Glaser JH. Detecting congenital syphilis. *Contemporary Pediatrics* 1994; 11:57-66.
4. Starling SP. Syphilis in infant and young children. *Pediatr Ann* 1994;23: 334-40.
5. González-Saldaña N, Coria-Lorenza JJ, Chacón-Sánchez JC. Sífilis congénita En: González-Saldaña N. Ed. *Infectología Neonatal* Ed. Trillas SA de CV. 1997: 273-281.
6. Reyes-Gómez U, Carabajal-Rodríguez L, López-Cruz G, Cortés-Galván A, Sánchez-Chávez NP. Sífilis congénita. Análisis de 10 casos y revisión de la literatura. *Arch Invest Ped Mex* 1999;2: 181-189.
7. Castellanos-González C, Rivera-Venegas S, Angulo-Castellanos E, Alcalá-Padilla L. Sífilis congénita. Experiencia en el servicio neonatal del antiguo Hospital Civil de Guadalajara, 1999-2001. *Memorias del XI Congreso Nacional de Neonatología*. Mayo 2001: 53.
8. Ubieto JJ, Parra J, Muñoz C, Rabella N. Infecciones con repercusión fetal en la gestante. *Clin Invest Gin Obstet* 1995; 22:32-48.
9. Rodríguez-Weber MA. Sífilis congénita En: *Infecciones perinatales*. Asociación Latinoamericana de Pediatría AC. Ed. McGraw-Hill Interamericana 1999:145-153.
10. Sánchez PJ, Wendel GD. Sífilis durante el embarazo. Infecciones en perinatología. En: *Clínicas de perinatología*, McGraw-Hill Interamericana 1997:73-93.
11. Wendel GD. Sífilis gestacional y congénita. Complicaciones infecciosas del embarazo En: *Clínicas de perinatología*, McGraw-Hill Interamericana 1988:291-308.
12. Casanova-Román G, Narciso-Reyes ML, Arredondo-García JL. La azitromicina: una nueva alternativa terapéutica para algunas enfermedades de transmisión sexual. *Enf Infecc y Microbiol* 1994;14:89-92.