



Sífilis congénita: un problema vigente

Ricardo Pineda-Leguízamo,¹ Miguel Ángel Villasis-Keever^{1,*}

¹ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

La sífilis (también conocida como *lúes*) es una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más antiguas que se conocen. Fue una de las grandes epidemias del siglo XV en Europa y se sabe que a lo largo de la historia ha afectado a personajes como Hitler, Beethoven, Schumann y Van Gogh. Debido a las implicaciones sociales durante mucho tiempo se optó por ocultar el diagnóstico y adjudicar las manifestaciones neurológicas tardías a otros padecimientos. Esta enfermedad se vio involucrada en una de las polémicas más grandes de toda la historia con la publicación del "Tuskegee study of untreated syphilis in the Negro male" (en español conocido como "Estudio de Tuskegee") realizado en Alabama, cuyo propósito fue observar la evolución natural de la enfermedad. Inicialmente se programó para seis meses, pero se extendió a 40 años y a pesar de que durante su curso se comprobó la eficacia de la penicilina en el tratamiento de esta enfermedad, algunas de las personas incluidas no recibieron tratamiento, lo que es médica y éticamente reproable.¹

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum* que se caracteriza por presentar tres etapas clínicas. En la sífilis primara los pacientes muestran una lesión ulcerosa, indurada e indolora con exudado seroso en el sitio de invasión inicial, con una involución espontánea de entre 4 y 6 semanas, incluso sin haber recibido tratamiento antibiótico. Al cabo de un tiempo (desde semanas hasta meses) aparece una erupción máculo-papulosa generalizada que predomina

en palmas y plantas, linfadenopatía generalizada, así como astenia, adinamia y fiebre. Este último cuadro puede resolverse en semanas o hasta doce meses después. Cuando se deja sin tratar, es posible que haya un periodo de latencia que se caracteriza por ausencia de síntomas que puede durar meses, años o incluso toda la vida. Alrededor de una tercera parte de los pacientes con sífilis latente no tratada desarrollarán sífilis terciaria, en la cual existe afectación cardiovascular, articular, cutánea y neurológica, entre otras.^{2,3}

La sífilis congénita es la infección cutánea y sistémica provocada por el *T. pallidum*, adquirida por el neonato vía transplacentaria de una madre que padece sífilis durante el embarazo. La probabilidad de infección sifilítica en el feto depende del estadio de la enfermedad en la madre y del momento de aparición de la infección materna en el embarazo: la infección del feto se produce con gran frecuencia en infecciones tempranas no tratadas de mujeres embarazadas y con menor frecuencia en etapas posteriores a la fase de latencia. Por lo general la infección fetal no ocurre antes de la semana 16 de gestación debido a que la capa de Langhans del corión ejerce efecto de barrera protectora.⁴

La transmisión materno-fetal de la sífilis continúa siendo una causa importante de morbilidad perinatal. Aproximadamente 80% de los casos no tratados desarrollarán eventos adversos graves como muerte *in utero*, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte neonatal o la enfermedad en el recién nacido.^{5,6} La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2008 que existían alrededor de 1,360,485 casos de mujeres embarazadas con probable infección activa de sífilis. El número estimado de mujeres infectadas en América específicamente fue de 106,500.² Asimismo, al analizar la seroprevalencia de 31 países alrededor del mundo,

* Correspondencia: MAVK, miguel.villasis@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Pineda-Leguízamo R, Villasis-Keever MA. Sífilis congénita: un problema vigente. Rev Mex Pediatr 2017; 84(2):45-47.

[Congenital syphilis: an ongoing problem]

la OMS reportó que la prevalencia más alta fue en la región de América (excluyendo Estados Unidos y Canadá) con un valor de 3.9%, seguida de África con 1.98%.⁷

Con el propósito de reducir los casos de sífilis congénita y la transmisión materno-infantil de VIH en América Latina, la OMS, a través de la OPS y la UNICEF, implementó en 2009 la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, en la cual se proponen cuatro líneas de acción:

1) Fortalecer la capacidad de los servicios de salud materno-infantil del recién nacido, de atención familiar y comunitaria para la detección temprana, atención y tratamiento de VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas, niños y sus parejas incrementando la cobertura de los servicios de salud, mejorando los programas preventivos, de consejería y tamizaje para VIH y sífilis para todas las embarazadas y brindando tratamiento temprano tanto en la madre como en los neonatos. 2) Intensificar la vigilancia y notificación de VIH y de la sífilis en los servicios de salud materno-infantil con la implementación de servicios de vigilancia basados en la búsqueda activa de los casos de VIH y sífilis. 3) Integrar los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva, atención al recién nacido y salud familiar y comunitaria con acciones para la prevención de VIH y sífilis y proporcionar tratamiento cuando sea necesario, además de establecer estrategias dirigidas a los adolescentes y promover el uso de condón. 4) Fortalecer los sistemas de salud mejorando, entre otros aspectos, la distribución de los recursos humanos y el suministro de pruebas rápidas de detección y tratamiento para VIH y sífilis. El objetivo de estas acciones era reducir la transmisión materno-infantil de VIH a $< 2\%$ y la incidencia de sífilis congénita a ≤ 0.5 casos/1,000 nacidos vivos.⁸

La sífilis congénita es una enfermedad prevenible que produce gran carga de morbilidad y mortalidad en recién nacidos. Globalmente es la principal causa de muerte fetal con más de 212,000 muertes/año⁶ y se estima que nacen más de 164,000 niños con sífilis congénita al año.⁷ En Argentina específicamente, la incidencia disminuyó de 12/1,000 nacidos vivos en 2002 a 1.05 casos/1,000 nacidos vivos en 2013; en contraste, un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil de Malvinas Argentinas reveló una tasa de incidencia de 15/1,000 nacidos vivos en 2015.⁹

En este número de la *Revista Mexicana de Pediatría*, Silva y cols.¹⁰ presentan un estudio retrospectivo de casos y controles sobre sífilis congénita efectuado en el Hospital Materno Infantil "María Eva Duarte de Perón" en las Malvinas Argentinas. Los autores

identificaron que no tener un buen control prenatal (menos de cinco consultas durante el embarazo), una baja escolaridad (primaria incompleta) y ser madres adolescentes son factores de riesgo en las embarazadas, los cuales se asocian a la falta de un diagnóstico y/o tratamiento adecuados de sífilis. Este estudio se llevó a cabo después de implementar la estrategia de la OMS previamente descrita, lo que demuestra que es necesario seguir reforzando las estrategias para disminuir los casos de sífilis congénita, particularmente entre las embarazadas que presentan dichos factores de riesgo.

En México se han puesto en marcha diferentes acciones para disminuir los casos de sífilis materna y así reducir la incidencia de sífilis congénita, basándose también en los lineamientos propuestos por la OMS. Como parte del protocolo de atención prenatal se ha normado que a todas las mujeres embarazadas se les realice durante la primera visita, independientemente del trimestre de gestación, una prueba rápida de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*, por sus siglas en inglés) o RPR (Reaginas Plasmáticas Rápidas) que son pruebas no treponémicas útiles para detectar sífilis. En caso de ser positiva, debe confirmarse con pruebas treponémicas como el FTA-ABS (anticuerpos antitreponema marcados con fluoresceína). Lo anterior permite que se dé un tratamiento oportuno a la madre y con ello se disminuye el riesgo de transmisión fetal.¹¹ Lo anterior está plasmado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida;¹² así como en la NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.¹³

Estas estrategias han demostrado ser efectivas en el control y la reducción de la incidencia de sífilis congénita, ya que en 2007 se notificaron 230 posibles casos en todo el país, de los cuales se confirmaron 148 (64.4%) con una incidencia de 0.08 casos/1,000 nacidos vivos; en cambio, en 2011 se notificaron 162 probables casos, de éstos se confirmaron 67 con una incidencia de 0.04 casos/1,000 nacidos vivos. Asimismo, se observó que en 2010 uno de los estados con mayor incidencia fue Colima con 0.59 casos/1,000 nacidos vivos; sin embargo, en 2011 el estado con mayor incidencia fue Baja California con 0.35 casos/1,000 nacidos vivos, lo que es inferior a lo establecido como meta por la OMS.^{8,10} Por otro lado, cabe señalar que la mortalidad por sífilis congénita se ha reducido, puesto que en 2007 se registraron 17 defunciones con una tasa de mortalidad de 0.009 muertes/1,000 nacidos vivos y en el año 2010 se registraron cinco defunciones con una tasa de mortalidad de 0.003 muertes/1,000 nacidos

vivos, lo que representa una reducción de 70% de la mortalidad.¹¹

Lo anterior muestra que las estrategias para la detección y tratamiento de sífilis durante el embarazo son efectivas; no obstante, es necesario mantener los esfuerzos para que la incidencia de sífilis congénita se reduzca al máximo. En este sentido, los hallazgos de Silva y cols.¹⁰ nos deben poner en alerta para identificar casos de sífilis congénita en hijos de madres con factores de riesgo.

REFERENCIAS

1. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2004; 16(3): 211-217.
2. World Health Organization. *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Geneva, Switzerland; 2007, pp. 1-46.
3. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015; 64(3): 2-137.
4. Vargas-Pérez K, Mena-Cedillos C, Toledo-Bahena M, Valencia A. Sífilis congénita, la gran simuladora. *Dermatol Rev Mex*. 2014; 58: 40-47.
5. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, Broutet N. A roadmap for the global elimination of congenital syphilis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2010; 2010: 1-6.
6. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013; 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396
7. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(7): S5-10.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual*. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009.
9. Silva AM, Bois F, Duro E. Sífilis Congénita. Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires. *Rev Hosp Niños (B. Aires)*. 2016; 58(262): 127-135.
10. Silva AM, Bois F, Duro E. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. *Rev Mex Pediatr*. 2017; 84(2): 200-207.
11. Dirección General de Epidemiología SSA. *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita*. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/31_Manual_SIFILIS.pdf (consultado 30/05/17)
12. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016 (consultado 30/05/17)
13. *Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html> (Consultado 30/05/17)