



SLIPE

Sociedad Latinoamericana
de Infectología Pediátrica

Opinión de expertos sobre infecciones congénitas y perinatales (ICP)

Coordinadora:

Participantes:

Revisores:

Sífilis

Presidente de SLIPE (gestión 2011-2013):

Presidente de SLIPE (gestión 2013-2015):

Dra. Liliana N Vázquez (ARGENTINA)

Dr. Javier Ortiz (MEXICO)

Dra. Claudia Domínguez (ARGENTINA)

Dra. Fabiana García (ARGENTINA)

Dr. José Brea

Dra. Luiza Helena Falleiros Arlant

CONTENIDO

Sífilis en la embarazada y RN

5

Evaluación del RN

7

Lecturas sugeridas

8

Sífilis congénita

Se calcula que en la Región de las Américas cada año cerca de 5.000 niños contraen la infección por el VIH y que entre 164.000 y 344.000 nacen con sífilis congénita; ambas infecciones son en gran parte prevenibles y acaorean graves consecuencias para la salud si no se tratan.

Utilizando datos correspondientes al periodo 1997-2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que, de los más de 2 millones de casos anuales de sífilis gestacional que se produjeron en todo el mundo, hasta el 25% habían tenido lugar en América Latina y el Caribe, donde se calculaba que la prevalencia de sífilis gestacional alcanzaba el 3,9%, porcentaje por encima del promedio mundial de 1,8%. Según los informes correspondientes al año 2006, en los seis países de América Latina y el Caribe (ALC) que disponían de información sobre la prevalencia de sífilis gestacional, dicha prevalencia osciló entre el 0,08% en Chile y el 5,19% en el Paraguay. Según los datos de los países del mismo año, la incidencia de sífilis congénita osciló de ningún caso por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,6 casos por 1.000 nacidos vivos en el Brasil.

La detección precoz de la mujer embarazada con sífilis y el adecuado y oportuno tratamiento de ella y su pareja, son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita.

Sífilis en la embarazada y RN

Por lo general, la sífilis en la mujer tiene un curso inicial asintomático. El chancro sifilítico, expresión de una infección reciente, habitualmente se localiza en sitios inaccesibles a la simple inspección y, a diferencia del hombre, no motivan una consulta médica.

La solicitud de VDRL, debe ser una oportunidad para dialogar con la paciente y su pareja, investigar y asesorar sobre conductas de riesgo para la adquisición de ITS. El tamizaje debe realizarse con la solicitud de VDRL en la 1ra consulta prenatal (a ella y su pareja), y repetirse en la embarazada en el 3er trimestre y puerperio (algoritmo 1).

Cuando la pareja de una mujer embarazada con sífilis asiste a la consulta, es la oportunidad de:

- Asesorar a ambos, sobre la prevención de las ITS.

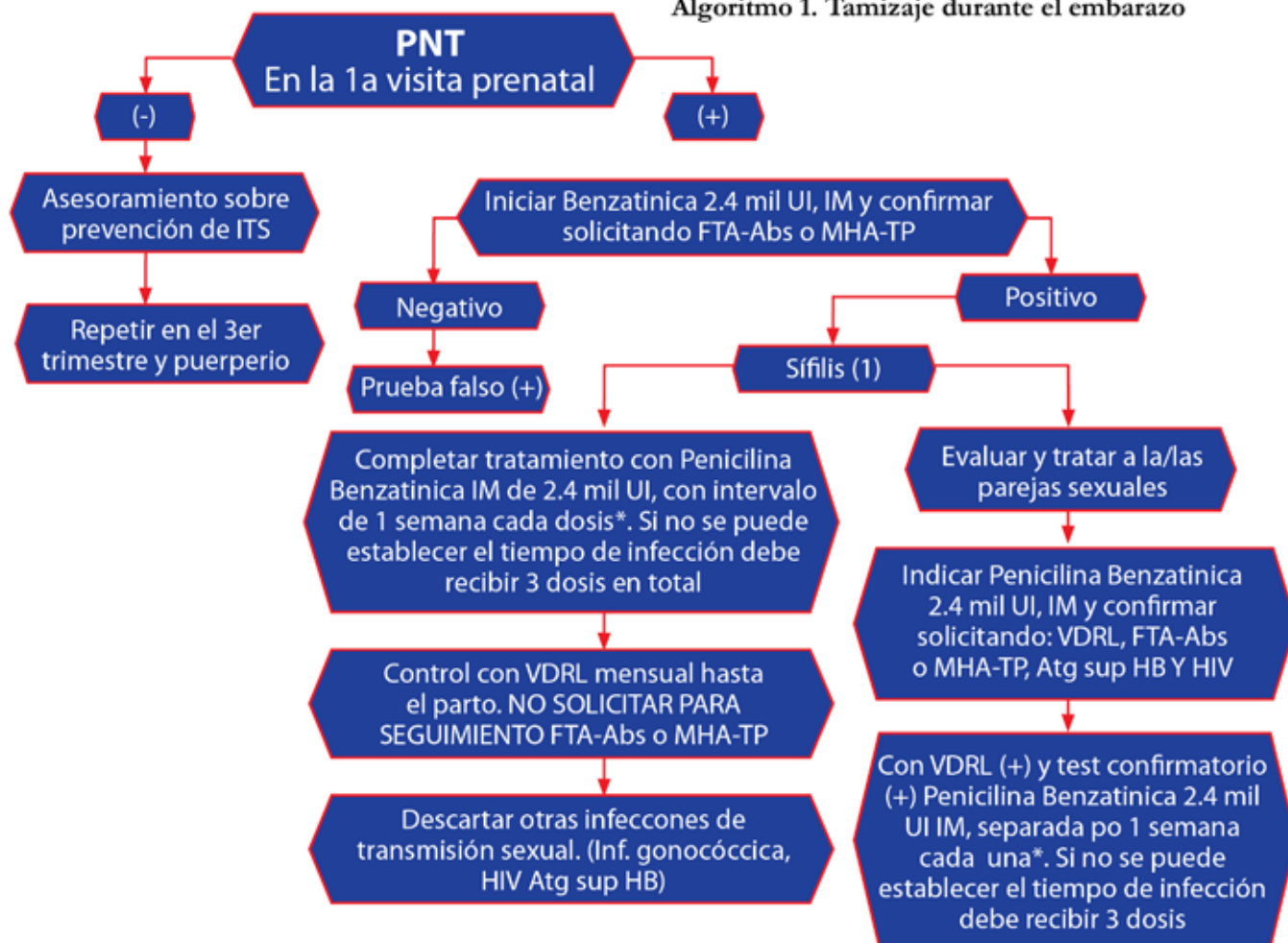
- Indicar (y de ser posible, aplicar en la consulta) la 1ra dosis de penicilina benzatínica.
- Solicitar los controles serológicos para sífilis [PNT y Pruebas Treponémicas (PT)2] y para el resto de las ITS (VIH y Ag sup hepatitis B). Si además, el paciente presenta síntomas de uretritis, descartar infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Toda PNT reactiva debe ser confirmada por una PT, independientemente del título obtenido.
- Recomendamos en las mujeres embarazadas, un régimen de dos dosis (mínimo) semanales de penicilina benzatínica intramuscular de 2.4 millones UI, para la sífilis de menos de un año de evolución y tres dosis, cuando es mayor de un año o se desconoce el momento de adquisición.
- Si las PT para confirmar la sífilis tardaran 1 semana, se aconseja comenzar el tratamiento con penicilina benzatínica y citar a su pareja. Si el resultado final, no estuviera

disponible a la semana, aconsejamos que reciba la dosis siguiente y de no poder confirmar el diagnóstico que complete el tratamiento (algoritmo 1). Cuando el lapso entre cada dosis es mayor de 1 semana, se deberá comenzar nuevamente el tratamiento con penicilina benzatínica.

- En el caso de diagnosticarse la sífilis en el último mes del embarazo, algunos expertos recomiendan realizar ecografía fetal. En el caso de presentar hallazgos ecográficos compatibles con infección fetal, se aconseja la internación y tratamiento endovenoso con penicilina G sódica, durante 10 días.

- Los títulos de VDRL pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses, posterior al inicio del tratamiento. Las personas VIH (+) pueden tardar hasta 1 año. El control mensual de VDRL en la embarazada se hará para la pesquisa precoz de una reinfección.

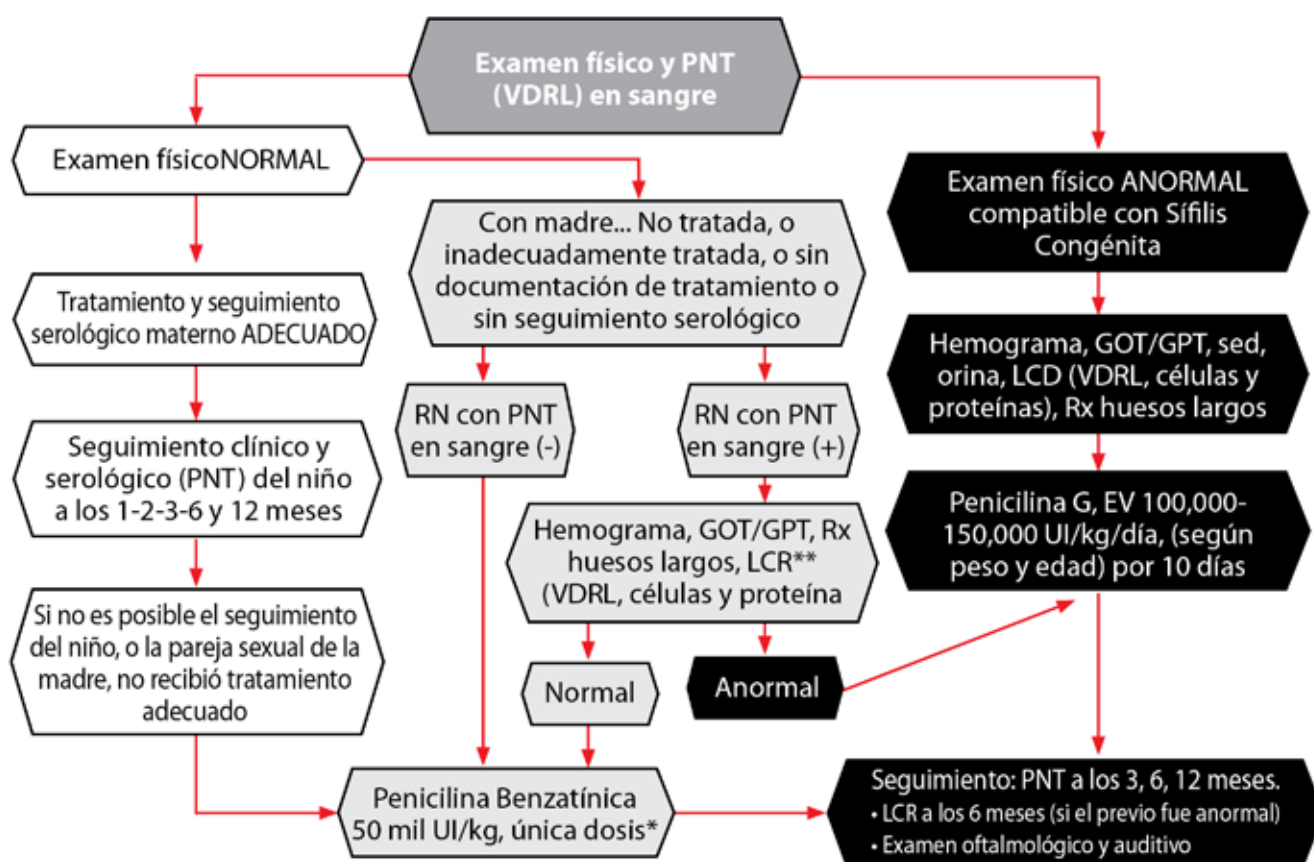
Algoritmo 1. Tamizaje durante el embarazo



¹ Las pruebas no treponémicas (PNT) son: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica).

² Las pruebas treponémicas (PT) o pruebas confirmatorias son: TP-PA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*), MHA-TP o HLA-TP (microhemaglutinación o hemaglutinación), FTA-abs (inmunofluorescencia), ELA o ELISA (Enzimoimmunoensayo).

Algoritmo 2. evaluación del hijo de madre vdrl (+)



PNT: VDRL, USR (VDRL modificada en suero no calentado) o RPR (con carbón, lectura macroscópica).

PT: MHA-TP, TP-PA, FTA-abs o EIA.

* Aplicar IM en cara anterolateral del muslo.

** Si no es posible realizar PL, o si la PL fue traumática, deberá recibir 10 días de tratamiento con penicilina G, EV.

Recuerde:

- Confirmar toda PNT reactiva (VDRL, USR, RPR), aunque los títulos sean bajos, con una PT (MHA-TP, TP-PA, FTA-abs, etc.).
- Realizar el tratamiento con 3 dosis de penicilina benzatínica I.M. semanal, a menos que demuestre que la infección tiene menos de 1 año de evolución.
- Considerar alérgicas a la penicilina, sólo a quienes hayan tenido un fenómeno alérgico mayor (edema de glotis, broncoespasmo severo), en ellas se intentará la desensibilización.
- Realizar PNT a todas las púerperas, aún con embarazo controlado y PNT (-) en el 3er trimestre.
- Controlar y certificar que la pareja de cada paciente con una ITS haya recibido tratamiento completo. La falta de tratamiento de la pareja es la principal causa de reinfección durante el embarazo.
- Planificar el seguimiento de las pacientes embarazadas con sífilis mediante PNT (VDRL, USR o RPR) mensual, para la pesquisa precoz de una reinfección (no con una PT).
- Investigar otras ITS, en pacientes embarazadas y sus parejas con diagnóstico de sífilis (hepatitis B, herpes ge-

nital, infección gonocócica, infección por *C. trachomatis*, VIH).

Se considera madre adecuadamente tratada y seguida, cuando:

- El tratamiento fue con penicilina y recibió 3 dosis, con una semana de intervalo entre cada una (ó 2 dosis, si tiene menos de 1 año de evolución).
- La última fue más de un mes previo al parto.
- Tiene controles con PNT mensual y durante el seguimiento presenta el descenso esperado.
- Pareja tratada y seguida.

Evaluación del RN

La probabilidad de transmisión fetal está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna, pudiendo alcanzar el 80% en el primer año de adquirida la infección. En recién nacidos asintomáticos, hijos de madres con sífilis, la evaluación y el tratamiento dependerán de los antecedentes maternos (ver algoritmo 2)

Algoritmo 2. Evaluación del hijo de madre VDRL (+)

- En el caso que el niño recién nacido presente PNT en

sangre, que cuadripliquen las diluciones maternas, debe ser interpretado como sífilis congénita.

Recuerde:

- Si el paciente debe ser tratado con penicilina EV y recibía ampicilina EV como parte del tratamiento de la sepsis precoz, no se descontarán de los 10 días de penicilina EV.
- Si la pareja sexual de la madre no ha recibido tratamiento o no se puede documentar el mismo, el niño RN deberá recibir tratamiento antibiótico. No se puede descartar una reinfección materna cercana al parto. Esto es especialmente importante cuando por antecedentes maternos o por sus condiciones clínicas, estaban exceptuados.
- Los pacientes que requieran ser evaluados con punción lumbar, que por alguna razón no se puede realizar o es traumática, deberán recibir tratamiento con penicilina EV por 10 días.
- Los pacientes tratados deben ser seguidos con PNT trimestral hasta el año. Los pacientes no tratados deben ser controlados con PNT mensual los primeros tres meses de vida.
- Las PT se solicitan después del año de vida, su positividad dentro del primer año de vida puede ser justificado por pasaje transplacentario.
- Indicación de retratamiento de los niños en seguimiento.
- Títulos de PNT estables o en aumento a los 6 meses.
- PNT (+) al año.
- VDRL (+) en LCR a los 6 meses, en niños con VDRL (+) en LCR, en la evaluación inicial*.

La punción lumbar a los 6 meses, en niños con LCR inicial alterado, que recibieron tratamiento endovenoso con penicilina, debe ser valorada dentro del contexto clínico y los resultados de las PNT.

Reacción de Jarish-Herxheimer

Ocurre en aproximadamente el 45% de los pacientes tratados para sífilis, la mayoría de ellos cursando estadios tempranos de la enfermedad.

Puede ser vista entre las 2 y 24 horas de administrado el antibiótico. Se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y ocasionalmente hipotensión. En las mujeres embarazadas además puede desencadenar contracciones uterinas, distress fetal y también ha sido reportada muerte intrauterina.

De ser posible, se recomienda una evaluación ecográfica fetal, antes del inicio del tratamiento antibiótico. Con signos ecográficos de infección fetal, se recomienda la internación y el monitoreo fetal durante las primeras 24 horas de tratamiento donde la reacción de Jarish-Herxheimer es más

probable que ocurra. El uso de corticoides previo a la dosis de penicilina, puede disminuir la respuesta inflamatoria pero este dato, no ha sido evaluado en forma prospectiva.

Agradecemos la revisión y sugerencias realizadas por la Dra Fabiana García, médica infectóloga. Coordinadora del área de infectología Perinatal del FUNCEI (fundación del Centro de Estudios Infectológicos). Argentina.

Lecturas sugeridas

1. OPS. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009 [consultado el 10 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminaci%C3%B3n%20de%20la%20transmisi%C3%B3n%20materno%20infantil%20del%20VIH%20y%20de%20la%20s%C3%ADfilis%20cong%C3%A9nita.pdf>.
2. Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas. Washington, D.C. Ed OPS, 2012.
3. Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. <http://new.paho.org/arg/images/Gallery/SIDA/guiaprevenienvt.pdf>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2010; 59(No. RR-12): 26-40.
5. Manual de Técnicas y Procedimientos para el Diagnóstico de Sífilis. Laboratorio Nacional de Referencia en ETS Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Abril, 2010.
6. Michelow I, Wendel G, Norgard M. Central Nervous System Infection in Congenital Syphilis. N Engl J Med 2002;346:1792-8.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis (*Treponema pallidum*) case definition. <http://www.cdc.gov/ncphi/od/ai/casedef/syphiliscurrent.htm>
8. American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, Pickering LK. (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL. 2012. Vol 29th, p.690.