

INFECTOLOGÍA

SIFILIS
CONGÉNITA

Gilberto Rodríguez Herrera*
Brian Miranda Jiménez**

SUMMARY

The case of a feminine patient is presented, newly born of appropriate preterm for the gestational age who is born for vaginal childbirth, with the antecedent in the mother of absence of prenatal control and not diagnosed syphilis. It was valued to the later 30 minutes to their childbirth, due to breathing difficulty and injure ampoules in palms and plants. The patient is entered and she is approached initially like a transitory taquipnea of the newly born one and prematurity, but she is suspected in congenital syphilis by what a VDRL is requested. During their stay in the service of Neonatology of

the Hospital San Carlos, a test of positive VDRL is detected (32 dilutions) and the positivity of the fraction treponemic antigen, and negativity of cultivations in urine and cerebrospinal fluid; for what parenteral therapy antibiotic begins with sodium Penicillin. At the present time; this pathology is very strange due to the prenatal national systematic application of serologic detection of syphilis. The present article seeks to make the patient's summary, with its clinical and radiological evolution, and to create conscience on the early detection of women pregnant syphilis carriers.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina que ingresa a los 30 minutos de nacida, hija de madre nicaragüense de 25 años, gesta 3 para 3 abortos 0 cesáreas 0, sin control prenatal; por fecha de última regla de 35 semanas y por Capurro de 36+4 semanas. El parto fue vaginal conducido. Al nacer se clasifica con Apgar: 9 al minuto y 9 a los 5 minutos. Con un peso al nacer de 2700 g., talla: 47 cm., circunferencia cefálica: 32 cm. Pediatra que recibió a la niña le nota 20 minutos posterior al parto dificultad respiratoria, por lo que se decide ingresar al servicio de Neonatología. Al examen

* Pediatra, Neonatólogo. Servicio de Neonatología, Hospital San Carlos.

** Médico General. EBAIS Ciudad Quesada, Área de Salud de Ciudad Quesada.

Correspondencia: Brian Miranda Jiménez. E-mail:brimanjim@hotmail.com

físico presenta una fontanela anterior normotensa, irritabilidad, taquipnea, aleteo nasal, cuello corto, orejas de implantación bajas, cara redonda, hipertónica, campos pulmonares bien ventila-

dos con murmullo vesicular presente; abdomen blando depresible con hepatoesplenomegalia; piel de manos y pies con lesiones ampollosas y en pie izquierdo una lesión desfacelada, llenado

capilar adecuado. La radiografía de tórax al ingreso presenta infiltrados bilaterales difusos (figura 1).

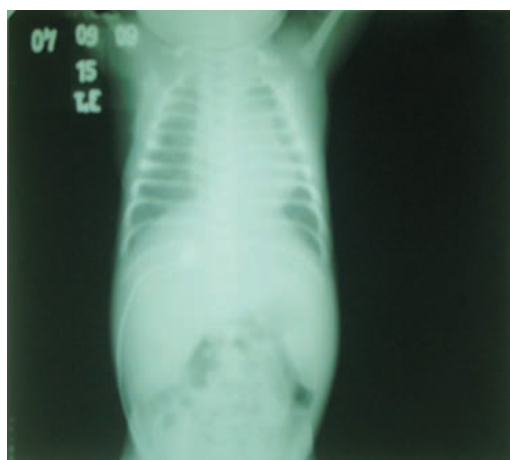


Figura 1. Presencia de infiltrados bilaterales difusos; broncograma aéreo.

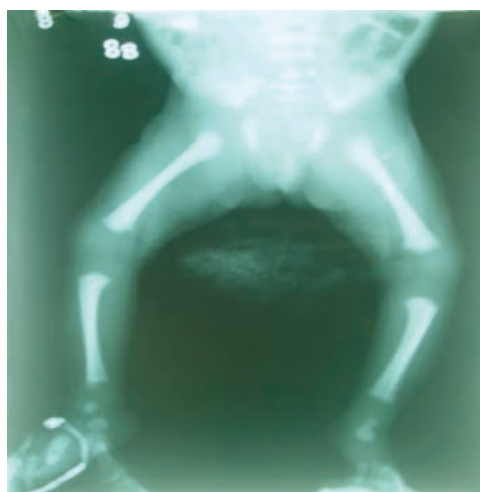


Figura 2. Periostitis de huesos largos (fémur y tibia) bilateral

Según la clínica de la paciente se aborda como una prematura con taquipnea transitoria del recién nacido; se le realiza gasometría arterial: pH 7.3; pO₂: 34.6 pCO₂: 31 HCO₃: 26 Sat O₂: 72. Examen general de orina y urocultivos negativos. El hemograma: hemoglobina: 17.3 mg/dL; leucocitos: 20100 /mm³, bandas 11%, segmentados: 68%; plaquetas: 330000; nitrógeno ureico: 23.5; creatinina: 0.34; Glicemia: 51 mg/dL; calcio: 7.1; albúmina: 2.7; proteínas totales: 5.1; bilirrubina directa: 4.2 bilirrubina total: 6.9 bilirrubina indirecta: 2.7; aspartatoaminotransferasa: 112; ELISA por VIH negativo; **VDRL: reactivo 1/32 diluciones; Frac-**

ción treponémica antigénica (FTA): positiva; Inmunoglobulina M resultó negativa y la Inmunoglobulina G positiva para Citomegalovirus; se le realiza un líquido cefalorraquídeo que reporta leucocitos 40, sin células al gram; proteínas totales: 118, glucosa 90. Se inicia terapia con Penicilina sódica a 135000 Unidades cada 8 horas intravenosa. Madre resulta con VDRL positiva y se trata con Penicilina. A los 4 días de edad se le realiza valoración oftalmológica indicando fondo de ojo sin lesiones. Al día siguiente se le realizó ultrasonido de cerebro el cual estuvo normal; un ecocardiograma que resultó normal. También

se le realizó un ultrasonido abdominal: evidencia hepatoesplenomegalia; resto normal. Se le efectuó una radiografía de huesos largos evidenciando periostitis. (figura 2).

A los 6 días de edad se le realizan controles de laboratorio: Billirrubina directa: 3.9; bilirrubina total: 6 Billirrubina indirecta: 2.2; calcio: 7.8; Leucos: 33100 bandas: 4% segmentados: 72. Se reporta cultivo de LCR negativo. La paciente evoluciona satisfactoriamente cumpliendo 14 días de terapia antibiótica parenteral, con los siguientes resultados de laboratorio: VDRL negativo. El hemograma: leucos: 22700 bandas: 1% segmentados: 50 Bi-

Ilirrubina directa: 2.6 Billirrubina total: 3.9 Billirrubina indirecta: 1.3 aspartatoaminotransfera: 168. Se egresa con control en consulta externa.

DISCUSIÓN

La sífilis congénita es un problema cada vez más importante en muchos países en vías de desarrollo. En varios países, este aumento se ha visto agravado por el VIH/SIDA.⁹ En Africa, Asia y América Latina la sífilis aún es endémica, y su incidencia es alta. En 1999, la OMS en 1999 estimaba aproximadamente 4 millones de casos de sífilis en Africa, 3 millones en América Latina y el Caribe y 4 millones en Asia.⁴ La sífilis es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum*. Es importante aclarar que existen dos formas de sífilis, la adquirida y la congénita. Debido a nuestro caso, discutiremos sobre la sífilis congénita. Se debe a la transmisión transplacentaria de espiroquetas. La transmisión se produce en cualquier fase del embarazo.^{2,6} La incidencia de infección con-

génita en los descendientes de las mujeres infectadas no tratadas sigue siendo más alta durante los primeros 4 años después de la adquisición de la infección primaria, en la fase secundaria y la enfermedad latente precoz. Los factores de riesgo asociados con más frecuencia con sífilis congénita son la ausencia de control prenatal y el abuso de cocaína. También un tratamiento incorrecto de la sífilis durante el embarazo.⁴ Como ocurrió en nuestro caso, la sífilis no tratada durante el embarazo tiene una tasa de transmisión próxima al 100%. Aproximadamente el 66% de los lactantes infectados permanecen asintomáticos en el momento del nacimiento y sólo se identifica la infección mediante la detección selectiva prenatal sistémica; sin tratar, los síntomas aparecen al cabo de semanas o meses.⁴ La patología es sugestiva de lesión multiorgánica con una respuesta inflamatoria extensa. Las manifestaciones reflejan en parte la madurez inmunológica del feto. En general, no es sino hasta la semana 22 de gestación que el

feto es capaz de poseer una respuesta inmunológica hacia la infección.^{1,2} Las primeras manifestaciones de la infección congénita son variadas y afectan a varios sistemas orgánicos. Las más frecuentes son hepatoesplenomegalia, ictericia y elevación de los niveles de enzimas hepáticas. Otros signos habituales son el exantema mucocutáneo, con lesiones eritematosas maculopapulares o bullosas seguidas de descamación (figura 3), que afecta a las manos y a los pies. Las manchas mucosas, la rinitis (romadizo) y los condilomas son manifestaciones muy típicas de la afectación de las mucosas en la sífilis congénita. Es frecuente que la infección afecte a los huesos y en las radiografías se observan múltiples lesiones de osteocondritis en las muñecas, los codos, los tobillos y las rodillas, periostitis de los huesos largos.^{3,5} La nariz en silla de montar (figura 4), una depresión en la raíz de la nariz, es un resultado de la rinitis sífilítica que destruye el hueso y el cartílago adyacentes.⁴



Figura 3.
Lesiones eritematodescamativas en planta derecha.

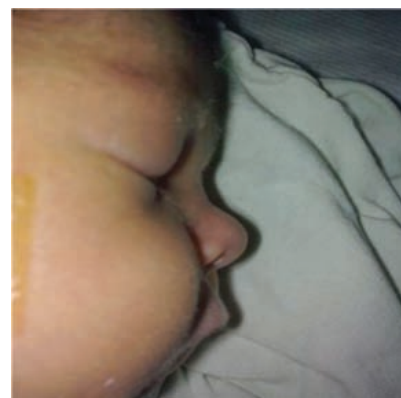


Figura 4.
Nariz en silla de montar.

El diagnóstico de sífilis primaria se confirma cuando se demuestra la presencia de *T. pallidum* mediante microscopía en campo oscuro o por detección de anticuerpos anti-*T. pallidum* por inmunofluorescencia directa en muestras de lesiones cutáneas. Las pruebas serológicas siguen siendo el principal medio para el diagnóstico de sífilis. Entre las pruebas no treponémicas están el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y la reaginina plasmática rápida (RPR), los cuales son exámenes sencillos, rápidos, poco costosos y poseen una alta sensibilidad, especialmente en la infección inicial.^{6,10}. En el recién nacido las pruebas reagínicas (VDRL y RPR) tendrán valor si su título es 4 o más veces superior al materno, pero algunos recién nacidos infectados tienen el mismo título que la madre.⁷. En un estudio realizado en Haití por médicos especialistas se considero que los tres principales test de tamizaje son los siguientes: caso confirmado (el cual es definido por un diagnóstico presuntivo de sífilis y el tratamiento subsecuente basado en la búsqueda de la enfermedad ulcerosa genital y el examen prenatal); RPR (reaginina plasmática rápida) y el test rápido.⁸. El estándar de oro para el diagnóstico son las pruebas treponémicas, que miden los niveles de anticuerpos específicos frente a *T. pallidum*, comprenden

la prueba de hemaglutinación de *T. pallidum* (TPHA), la de absorción de anticuerpos fluorescentes contra los treponemas (FTA-ABS) y la aglutinación de partículas contra *T. pallidum* (TTPA).⁸ Aunque en nuestra paciente no se pudo demostrar la presencia de la bacteria en el líquido cefalorraquídeo; el diagnóstico de neurosífilis se establece por la demostración de pleocitosis y de un aumento de proteínas en el mismo, y por la positividad del VDRL en el líquido junto con síntomas neurológicos. La prueba de VDRL en el líquido cefalorraquídeo es muy específica de neurosífilis, pero relativamente insensible (22-69%).^{4,7}. Si bien no hay dudas de que la penicilina es efectiva en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo y la prevención de la sífilis congénita, aún no se sabe con certeza cuáles son los regímenes terapéuticos óptimos.⁹. No existen tratamientos alternativos de eficacia probada, por tanto en embarazadas alérgicas a la Penicilina deberá intentarse la desensibilización.⁷. Se necesitan estudios adicionales para evaluar los casos de fracaso del tratamiento con los regímenes recomendados actualmente y éstos deberían incluir una evaluación del papel que juega la infección por VIH en los casos de fracaso del tratamiento en sífilis prenatal.^{9,10}. En 1994, la OMS, recomienda como medida preventiva, que

todas la mujeres embarazadas deben ser tamizadas en su primera visita prenatal usando el VDRL para sífilis, con el fin de identificar a los lactantes con riesgo de presentar esta enfermedad.². En las mujeres embarazadas sin atención prenatal óptima, como ocurrió en la madre de esta paciente, que provenía de Nicaragua; la detección selectiva serológica para sífilis debe realizarse en el momento de conocer el embarazo, y en todas las madres con o sin control prenatal, deben de tener un VDRL en el último trimestre del embarazo. Ningún recién nacido se debe dar de alta sin que se haya determinado dicha situación serológica en la madre.^{4,6}

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina, recién nacida de pretérmino adecuada para la edad gestacional, quien nace por parto vaginal, con el antecedente en la madre de ausencia de control prenatal y sífilis no diagnosticada. Fue valorada a los 30 minutos posterior a su parto, debido a dificultad respiratoria y lesiones ampollas en palmas y plantas. La paciente se ingresa y se aborda inicialmente como una taquipnea transitoria del recién nacido y prematuridad, pero se sospecha en sífilis congénita por lo que se solicita un VDRL. Durante su estancia en el servicio de Neonatología del

Hospital San Carlos, se detecta una prueba de VDRL positiva (32 diluciones) y la positividad de la fracción treponémica antigénica, y negatividad de cultivos en orina y líquido cefalorraquídeo; por lo que se inicia terapia antibiótica parenteral con Penicilina sódica. En la actualidad; esta patología es muy rara debido a la aplicación sistemática nacional prenatal de detección serológica de sífilis. El presente artículo pretende hacer un resumen del paciente, con su evolución clínica y radiológica, y crear conciencia sobre la detección temprana de mujeres embarazadas portadoras de sífilis.

Descriptores: VDRL, neonatos, sífilis

BIBLIOGRAFÍA

1. Berman, S. **Maternal syphilis: pathophysiology and treatment.** Bulletin of the World Health Organization. 82 (6). 2004.
2. Centers for Disease Control and Prevention. **Congenital syphilis.** USA, 2002. MMWR. 2004; 53:716-719
3. Deperthes, B et al. **Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya y South Africa.** Bulletin of the World Health Organization. 82 (6). 2004.
4. Kliegman, R. Berhman, R. **Nelson Tratado de Pediatría Volumen I.** Decimo octava edición. Editorial Elsevier, 2009. Cap 215, pg 1263-1269.
5. Moyer V et al. **Contribution of long bone radiographs to the management of congenital syphilis in the newborn infant.** Archives Pediatrics Adolescent Medical. 1998; 152: 353-357.
6. Rosanna, W and Htung Y. **Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview.** Bulletin of the World Health Organization. 82 (6). 2004.
7. Salvia, M y otros. **Infecciones congénitas.** Protocolos diagnósticos de la Asociación Española de Pediatría, págs 183-185 2008.
8. Schackman, B. Neukermans, C. **Cost-effectiveness of rapid syphilis screening in prenatal HIV testing programs in Haiti.** Plos Medicine, 4(5). 2007.
9. Walker, GJA. **Antibióticos para la sífilis diagnosticada en el embarazo.** Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2008.
10. Zenker P, Berman S. **Congenital syphilis. Trends an recommendations for evaluation and management.** Pediatrics Infectology Dis Journal. 1991; 10:516-522.