

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

SÍFILIS CONGÉNITA

DEFINICIÓN

- **Infección transplacentaria multisistémica**, producida por el *Treponema pallidum*, adquirida por el feto durante todo el embarazo, desde una madre no tratada o inadecuadamente tratada, en cualquier estado de sífilis materna. También se puede adquirir en el momento del parto a través de lesiones genitales o extragenitales.
- El diagnóstico preciso a veces es difícil debido al traspaso de anticuerpos Ig G de la madre al feto, que modifican la serología del RN.
- Su severidad se relaciona con: el momento en que la madre adquirió la infección, con la carga de *T. pallidum* y con la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre:
 - Antes de la concepción o muy precozmente en el embarazo (antes de las 16 semanas): La respuesta inmunológica humoral de la madre disminuye la carga de *T. pallidum* que alcanzan al feto, y por lo tanto disminuyen el daño fetal. Se presentan lesiones más leves o no se produce infección fetal.
 - Después del cuarto mes de embarazo: El feto está expuesto a una espiroquitemia más alta. La respuesta de la madre, por ser más tardía, no será la suficiente para disminuir el daño fetal, y puede derivar en muerte intrauterina alrededor de la semana 20, o en enfermedad grave neonatal.

ETAPAS CLÍNICAS DE LA SÍFILIS CONGÉNITA:

- **Sífilis congénita precoz:** Se manifiesta hasta los primeros 2 años de vida. Las manifestaciones van desde un RN asintomático (38 a 64%), hasta un cuadro sistémico fulminante. Los hallazgos clínicos más frecuentes son: RCIU, anemia con hemólisis, lesiones cutáneomucosas (sífilides), placas mucosas, lesiones palmoplantares, fisuras radiadas periorificiales, periostitis y osteocondritis, rinorrea persistente, lesiones del SNC y respiratorio, hepatoesplenomegalia, pseudoparálisis de Parrot, pancreatitis y nefritis.
- **Sífilis congénita tardía:** Los síntomas aparecen después de los 2 años de vida (período de latencia.) Corresponde en líneas generales a la sífilis terciaria del adulto, con lesiones gomosas o de esclerosis, delimitada a uno o a un pequeño grupo de órganos: frente olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríada de Hutchinson (dientes de Hutchinson, queratitis intersticial y lesiones del VIII par craneal), nariz en silla de montar, tibia en sable.

CRITERIOS GENERALES DE DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

- Antecedentes de Sífilis de la madre durante el embarazo
- Tipo de tratamiento, cumplimiento y seguimiento serológico a la madre en el embarazo.
- Criterios clínicos, laboratorio y radiológicos en el RN.
- Serología de la madre y RN.

LABORATORIO DE APOYO

A) Test serológicos:

- Los test serológicos positivos al nacimiento pueden deberse al traspaso pasivo de anticuerpos maternos y no debe ser diagnóstico. Si no hay evidencias de enfermedad clínica, se debe realizar seguimiento serológico mensual al niño por 6 meses, o hasta evidenciar disminución o negativización de los títulos.
- Pruebas no treponémicas:
 - Detectan anticuerpos anticardiolípidinas.
 - Útiles para diagnóstico y seguimiento terapéutico
 - Cuantitativo => VDRL (Venereal Disease Research Laboratory.)
 - Cualitativo => RPR (Rapid Plasma Reagine.)
 - Permanecen positivos por largos períodos. En RN no infectados, permanecen hasta los 3 meses de edad.

- Puede haber falsos negativos en:
 - Infección perinatal reciente.
 - Exceso de complejos Ag/Ac (fenómeno de prozona.)
- Se observan falsos positivos en:
 - Colagenopatías o enfermedades autoinmunes.
 - Tuberculosis, mononucleosis, endocarditis.
 - En general los falsos (+) son con títulos bajos.
- Pruebas treponémicas:
 - Detectan anticuerpos específicos contra *T. pallidum*. Son altamente sensibles y se pueden mantener positivos toda la vida, aún después de tratamiento efectivo.
 - A toda madre con prueba no treponémica positiva, se le debe realizar confirmación con pruebas treponémicas. (No es necesario al RN.)
 - FTA Abs. (Prueba con anticuerpo treponémico fluorescente.)
 - MHA-TP. (Microhemaglutinación *Treponema Pallidum*.)

B) Microscopía directa:

- Confirma la presencia de espiroquetas en lesiones cutáneas y mucosas.
- En la mucosa oral, la presencia de espiroquetas es diagnóstica sólo en menores de 6 meses, posteriormente se desarrollan espiroquetas saprófitas.

C) Radiografía de huesos largos.

D) Examen de LCR.

Aunque no existan evidencias clínicas ni de laboratorio de la presencia de infección en los RN hijos de madre con sífilis no tratada, deben presumirse infectados y deben ser tratados.

PESQUISA DIAGNÓSTICA:

- A todas las embarazadas se les debe hacer pesquisa de sífilis con RPR o VDRL (prueba no treponémica, con 98% de especificidad.).
- Si RPR es Reactivo confirmarlo con VDRL.
- **Primer examen:** al primer control de embarazo.
- **Segundo examen:** a las 28 semanas de gestación.
- Debe existir siempre una diferencia de al menos 8 semanas entre el 1° y 2° examen.
- **Tercer Examen:** Se realizara entre las 32 y 34 semanas, a toda embarazada con antecedentes de riesgo como:
 - Antecedentes de ETS previos
 - Consumo de drogas y/o alcohol
 - Más de una pareja en el último año.
- Toda embarazada con un solo examen durante su embarazo, debe realizarse un 2° estudio serológico al ingreso a la maternidad.
- El diagnóstico de confirmación siempre es con pruebas treponémicas. (MHA-TP o FTA-Abs.)
- **Cuarto examen:** (En RN): VDRL o RPR de cordón. Si es positivo no se debe dar el alta hasta tener diagnóstico serológico de la madre. Todo RPR Reactivo debe confirmarse con VDRL. No es necesario tomar pruebas treponémicas al RN.
- Ningún binomio madre-hijo puede ser dado de alta si no se tiene el resultado del 2° VDRL materno.

MANEJO CLÍNICO DE LA SÍFILIS CONGENITA:

- Debe realizarse estudio completo a todo RN cuyas madres seropositivas presentan las siguientes características:
 - Madres con sífilis no tratada: El hallazgo de un VDRL reactivo en un RN obliga a realizar VDRL a la madre. Ésta puede ser la instancia para diagnosticar sífilis en la madre.
 - Madres que hayan sido tratadas menos de un mes antes del parto.
 - Madres tratadas con otro antibiótico que no sea Penicilina.
 - Madres con tratamiento incompleto aunque sea antes de un mes del parto.
 - Madres que no presentan el descenso esperado en los títulos de anticuerpos después de haber sido tratada. (al menos 2 diluciones.)
 - Madres tratadas, pero cuyo seguimiento serológico durante el embarazo fue insuficiente para comprobar la actividad de la enfermedad.
 - Pareja estable no tratada o pareja inestable.

EVALUACIÓN DEL RN.

- La evaluación clínica y de laboratorio del recién nacido con las condiciones anteriores incluye:
 - Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de sífilis precoz.
 - VDRL en sangre y LCR
 - Citoquímico del LCR.
 - Rx de huesos largos
 - Hemograma y recuento de plaquetas
 - Exámenes de función renal y hepática de acuerdo a la clínica.
 - Fondo de ojo a todo RN con manifestaciones clínicas de sífilis.

DECISIONES TERAPÉUTICAS:

- Aunque no existan evidencias clínicas ni de laboratorio de la presencia de infección en los RN hijos de madre con sífilis no tratada, deben presumirse infectados y deben ser tratados.
- Debe tratarse a todo RN que presente:
 - Cualquier evidencia de enfermedad activa. (examen físico, radiografía etc.)
 - Hallazgos anormales del LCR, independiente del resultado de la serología del LCR.
 - Títulos de VDRL en sangre mayor que los maternos, en 2 diluciones o más.
- A pesar de que la evaluación sea normal, debe ser tratado todo RN cuya madre presenta:
 - 1.- Sífilis no tratada en el embarazo.
 - 2.- Evidencia de recaída o reinfección.
 - 3.- Sífilis tratada con otro antibiótico que no sea penicilina.
 - 4.- Sífilis tratada menos de un mes antes del parto.
 - 5.- Historia no bien documentada de tratamiento.
 - 6.- Sífilis tratada durante el embarazo, pero los títulos de anticuerpos no han descendido lo esperado (al menos 2 diluciones)
 - 7.- Sífilis tratada apropiadamente en el embarazo, con seguimiento serológico insuficiente para asegurar adecuada respuesta.
- Para los puntos 5, 6 y 7 realizar control serológico de la madre y del niño al mes, antes de decidir tratamiento.
- Si esto no es posible, TRATAR AL RN.
- Se considera sífilis adecuadamente tratada a la embarazada que recibió Penicilina Benzatinica 2.400.000 UI por 2 veces, separada por 2 semanas.
- Frente a un RN seropositivo con sospecha de sífilis congénita, debe ser tratado si los resultados de las pruebas no pueden descartar infección.

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Edad	Medicamento	dosis	vía	Frecuencia	Duración
0-7ds	Pen. Sódica	100.000U Kg/día	EV	c/12hrs	10-14ds
8-28ds	Pen. Sódica	150.000U Kg/día	EV	c/8hrs	10-14ds
+ 28ds	Pen. Sódica	200.000 a 300.000U Kg/día	EV	c/4-6hrs	10-14ds*

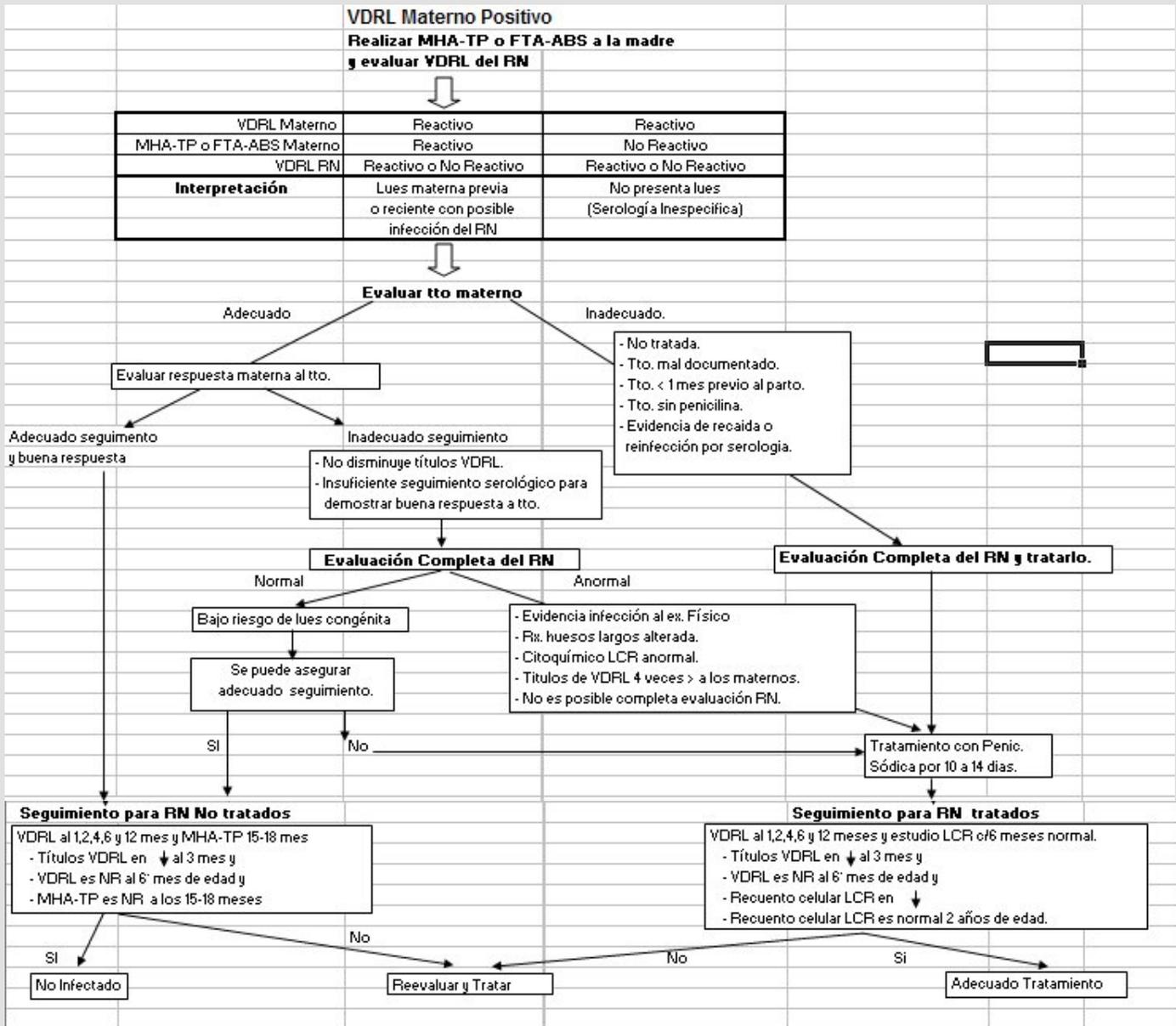
*Completar 14 días si presenta neurosífilis.

SEGUIMIENTO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA

- Todo RN con serología positiva para sífilis debe ser enviado a ETS e Infectología.
- Efectuar seguimiento serológico a todos los RN seropositivos para sífilis al mes, 2, 3, 6 y 12 meses de edad.
- Si no existe infección, los títulos de anticuerpos adquiridos en forma pasiva deben haber disminuido a los 3 meses de edad, y desaparecen a los 6 meses sin tratamiento.
- Si los títulos permanecen estables o aumentan, se debe volver a examinar e indicar el tratamiento correspondiente.
- Los niños con LCR alterado en la evaluación inicial, deben ser controlados con LCR a los 6 meses, para certificar que el citoquímico se ha normalizado y el VDRL no está reactivo. Si persiste alguna alteración, repetir el tratamiento.
- La presencia de anticuerpos treponémicos positivos después de un año de seguimiento, confirma en forma retrospectiva el diagnóstico de sífilis congénita.

- A todo paciente con diagnóstico de sífilis se le debe proponer estudio de HIV.

Algoritmo de manejo



BIBLIOGRAFÍA:

1. Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual 2000. Norma técnica N° 46 Ministerio de salud Chile.
2. Centers for Disease Control and Prevention: 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Centers for Disease Control and prevention. MMWR47(RR-1):1-116,1998.
3. Hal B. Jenson. Congenital Syphilis. Seminars in Pediatric Infectious Diseases. 10(3) : 183-194,1999.
4. Syphilis. In: Pickering LK, ed. 2000 Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics, 2000:547-59.
5. Sánchez PJ. Laboratory test for congenital syphilis: Pediatr Infect Dis J 17(1):70-71,1998.
6. Michelow I, Wendel. GD, Sánchez PJ. Central nervous system infection in congenital syphilis: N Engl J Med 346(23):1792-1798, 2002
7. Moyer VA, Schneider V, Yetman R, et al: Contribution of long-bone radiographs to the management of congenital syphilis in the newborn infant. Arch Pediatr Adolesc Med 152:353-357, 1998.
8. Salvo A. Sífilis congénita: Experiencia de cinco años en control serológico (VDRL) del embarazo, casos clínicos y estudio de factores facilitadores. Rev Chilena Dermatol.14(4): 236-241, 1998.