

Sífilis Congénita

Dr. Mauricio Amador Almanza
Pediatra - Neonatólogo

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, aguda o crónica, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o en mucosas lesionadas. La enfermedad se caracteriza por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada; una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas; largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, huesos, vísceras, sistema nervioso central y cardiovascular. El principal elemento diagnóstico para sífilis congénita es un adecuado diagnóstico de la enfermedad materna.

En el recién nacido, debido a que la infección se produce por vía hematógena transplacentaria la enfermedad no presenta el período primario, por lo cual inicia en el secundario. La transmisión al recién nacido depende del estadio de la enfermedad en la embarazada y de las semanas de gestación.

El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 a 28 de embarazo, es más frecuente después de la semana 16, los treponemas pueden atravesar por las células de Langhans, las cuales se atrofian después del 4 mes de gestación, que produce la treponemia con afección sistémica del feto. El feto se infecta en 50% de sífilis primaria, 67% de sífilis secundaria y 83% de latente temprana, luego del período latente temprano el riesgo baja al 10%

El promedio de complicaciones en las embarazadas con tratamiento inadecuado es de 29,2% de abortos, 13,3% muerte neonatal al término y 25% parto prematuro. Un 22% nacen con síntomas de sífilis congénita.

Cuadro clínico

Prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, hidrops fetal no-inmune, neumonitis alba, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía generalizada; alteraciones óseas: osteocondritis, periostitis; anomalías renales: síndrome nefrótico; hematológicas: anemia, leucopenia; oculares: coriorretinitis, retinitis; SNC: meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot; mucocutáneas: pénfigo palmo-plantar, púrpura, ragades, condilomas planos, petequias.

Diagnostico

Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

- Todo neonato con títulos de VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en 2 diluciones o más de los títulos maternos (Por ejemplo: de 1:4 en la madre a 1:16 en el neonato)

- Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no-treponémica.

Neurosífilis: El 11% de RN infectados tiene afectación del SNC.

- Presencia de prueba no treponémico reactivo en líquido cefalorraquídeo. Se puede presentar tanto en etapa precoz como tardía con ó sin manifestaciones neurológicas.
- El hallazgo del VDRL reactivo a cualquier dilución hace el diagnóstico de neurosífilis. Puede presentarse meningitis aséptica definida como el aumento de leucocitos > 15 x mm³ y/o de proteínas > 120 mg/dL.

Definición de caso:

- 1. Caso confirmado o altamente probable.** Cualquier neonato con:
 - Examen físico anormal, consistente con sífilis congénita.
 - Recién nacido con VDRL cuatro veces mayor al de la madre
 - Examen positivo por campo oscuro de las lesiones o líquidos corporales
- 2. Caso probable.** Neonatos con examen físico normal y niveles de VDRL con títulos iguales o menores a los de la madre.
 - Madre sin tratamiento o tratamiento no documentado durante el embarazo
 - Tratamiento con un antibiótico diferente a la penicilina
 - Madre recibe tratamiento adecuado durante las 4 semanas antes del parto.
- 3. Caso sospechoso**
 - Cualquier neonato con examen físico normal y VDRL cuantitativa igual o 4 veces menores a los de la madre con ambas de estas situaciones:
 - La madre fue tratada durante el embarazo, con tratamiento apropiado para su fase de infección y recibió tratamiento antes de 4 semanas previas al parto.
 - La madre no tiene evidencia de re-infección o recaída.
- 4. Caso descartado o poco probable**
 - Cualquier neonato con examen físico normal , VDRL cuantitativos iguales o menores a los de la madre asociado a :
 - Tratamiento adecuado de la madre antes del embarazo y los títulos de la madre se mantuvieron estables bajos, durante el embarazo y en el parto.

Tratamiento según definición de caso.

Clasificación de caso	Tratamiento
Caso confirmado	Penicilina G cristalina acuosa 50.000 u kg dosis cada 12 h durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas hasta completar 10 días.
Caso probable	Penicilina G cristalina acuosa 50.000 u kg dosis cada 12 h durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas hasta completar 10 días
Caso sospechoso	Penicilina G Benzatinica 50.000 U/kg/dosis IM una única dosis.
Caso descartado	No amerita tratamiento , debe tener seguimiento hasta que los títulos de de VDRL no sean detectables , si el seguimiento no es posible se debe colocar Penicilina G Benzatinica 50.000 U/kg/dosis IM una única dosis

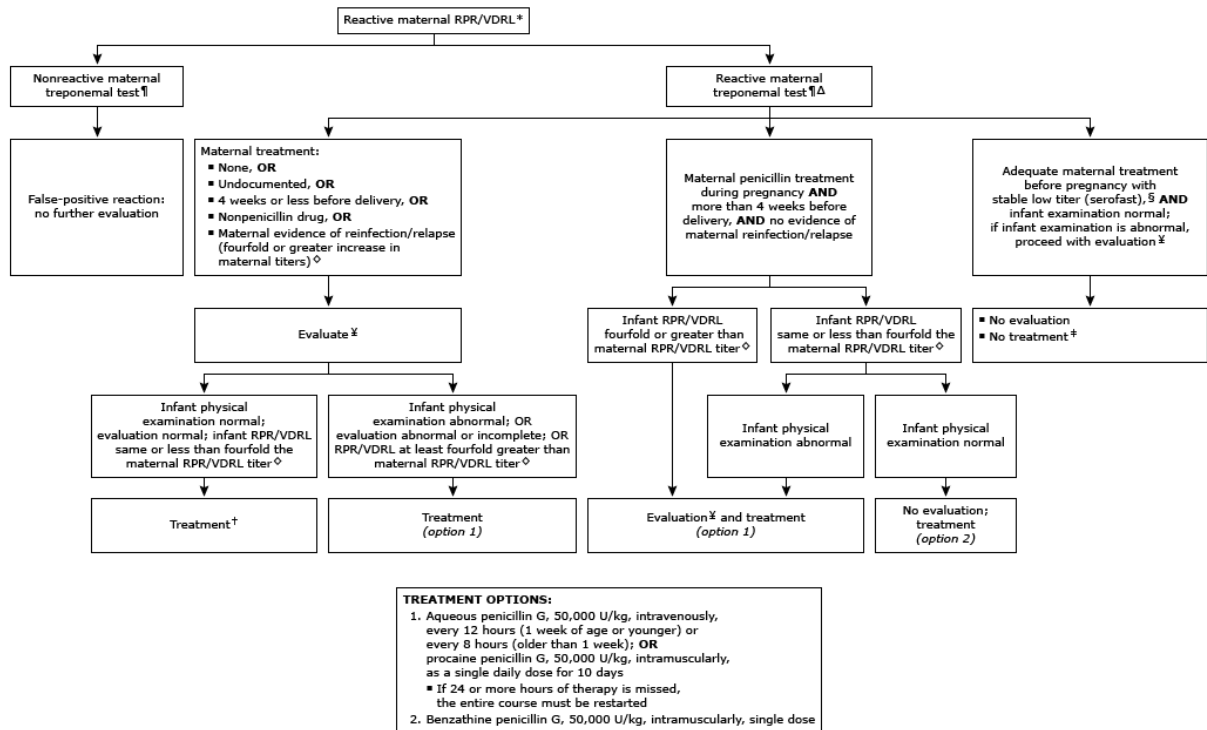
No hay tratamientos alternativos diferentes a Penicilina para tratar neurosífilis , sífilis congénita o sífilis gestacional

- Si la madre ha sido tratada adecuadamente antes o durante el embarazo más de 30 días antes del parto y el RN está clínica y analíticamente asintomático no amerita tratamiento.
- Si la madre no ha sido tratada, el tratamiento ha sido inadecuado o no está bien documentado, al RN se le practicarán serologías, radiografía de huesos largos y punción lumbar para bioquímica, recuento leucocitario y VDRL. – Si LCR anormal y/o clínica, radiología, analítica o serología indicadoras de sífilis congénita, se le administrará: Penicilina G sódica 50.000 U/kg/dosis EV cada 12 horas durante 7 días y luego cada 8 horas hasta completar 10 días .

Si el tratamiento se interrumpe, en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar.

La reacción de Jarish-Herxheimer con fiebre, shock y convulsiones es rara en el neonato, pero la reacción febril aislada en las primeras 36 horas de tratamiento, es frecuente.

Congenital syphilis: Evaluation and management



RPR: rapid plasma reagin; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; TP-PA: *Treponema pallidum* particle agglutination; FTA-Abs: fluorescent treponema antibody absorption; TP-EIA: *T. pallidum* enzyme immunoassay; MHA-TP: microhemagglutination test for antibodies to *T. pallidum*; CSF: cerebrospinal fluid.

* This algorithm does not apply if maternal samples are screened in reverse order (ie, treponemal test is performed before the RPR/VDRL). For a discussion of interpretation of reverse sequence testing, please refer to the UpToDate topic on diagnosis of syphilis.

¶ TP-PA, FTA-Abs, TP-EIA, or MHA-TP.

Δ Test for HIV antibody. Infants of HIV-infected mothers do not require different evaluation or treatment.

◊ A fourfold change in titer is the same as a change of 2 dilutions. For example, a titer of 1:64 is fourfold greater than a titer of 1:16, and a titer of 1:4 is fourfold lower than a titer of 1:16.

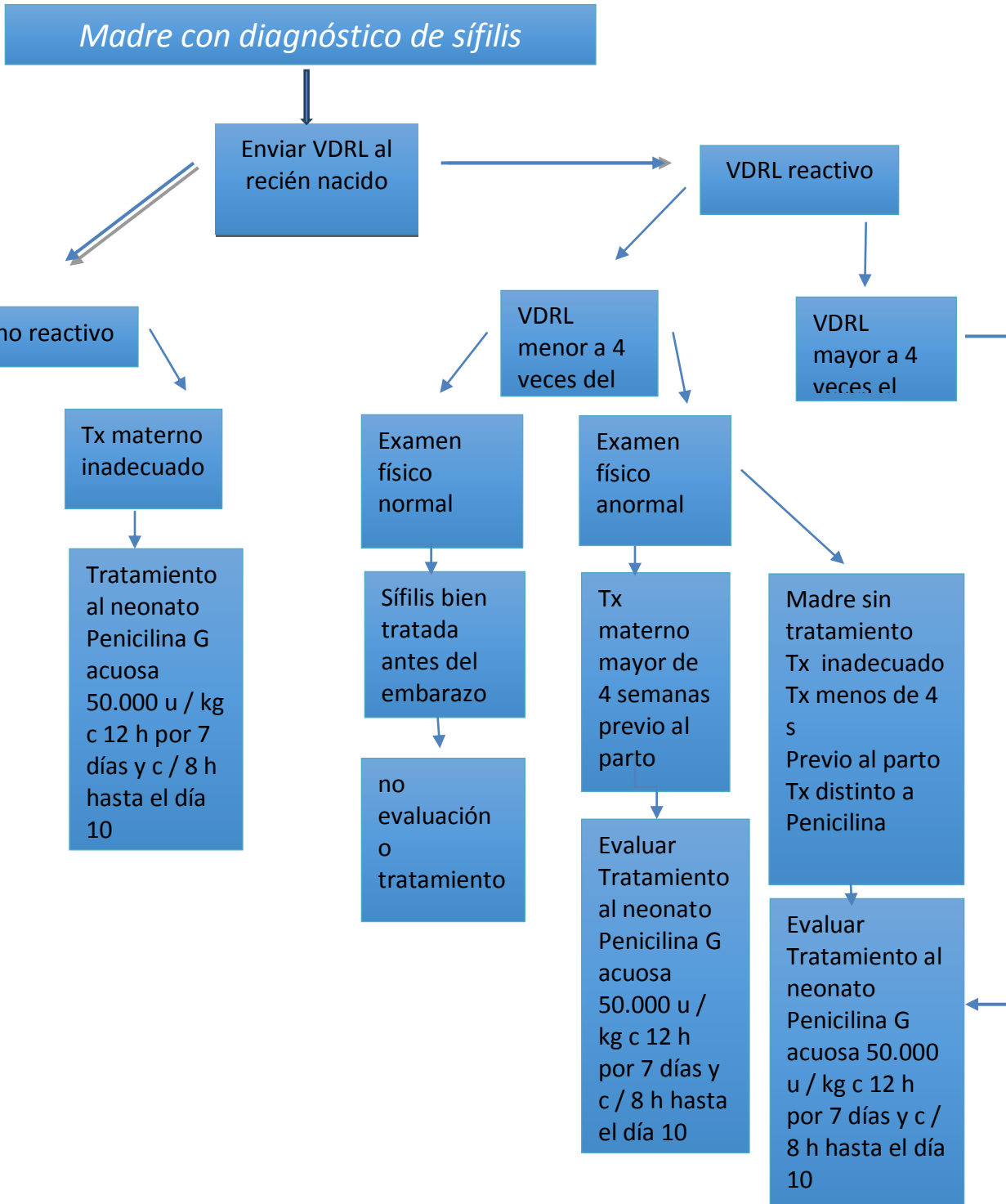
§ Women who maintain a VDRL titer 1:2 or less or an RPR 1:4 or less beyond 1 year after successful treatment are considered serofast.

¶ Complete blood cell and platelet count; CSF examination for cell count, protein, and quantitative VDRL; other tests as clinically indicated (eg, chest radiographs, long-bone radiographs, eye examination, liver function tests, neuroimaging, and auditory brainstem response).

† Some experts would consider a single intramuscular injection of benzathine penicillin (treatment option 2), particularly if follow-up is not certain.

‡ Treatment (option 1 or option 2, above) with many experts recommending treatment option 1. If a single dose of benzathine penicillin G is used, then the infant must be fully evaluated, full evaluation must be normal, and follow-up must be certain. If any part of the infant's evaluation is abnormal or not performed, or if the CSF analysis is rendered uninterpretable, then a 10-day course of penicillin is required.

From: American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th ed, Pickering LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. Copyright © 2012 American Academy of Pediatrics. Used with permission. The contents of this figure remain unchanged in the Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed.



*Guía revisada y avalada por el Comité Editor de ACONE

Bibliografía

1. Dobson SR, Sanchez PJ. Syphilis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 8th Ed, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach, WJ, Hotez, PJ (Eds), Elsevier, Philadelphia, PA 2019. p.1268.
2. American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2018. p.773
3. WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). 2016. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1> (Accessed on September 15, 2016).
4. Centers for Disease Control and Prevention. National Notifiable Diseases Surveillance System. http://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/nndss/phs/infdis.htm (Accessed on August 12, 2011).
5. Jieun Kawack, Catherine Lampretch. A review of the guidelines for the evaluation and treatment of congenital syphilis, Pediatric annals 2015 May;44(5): e108-14.