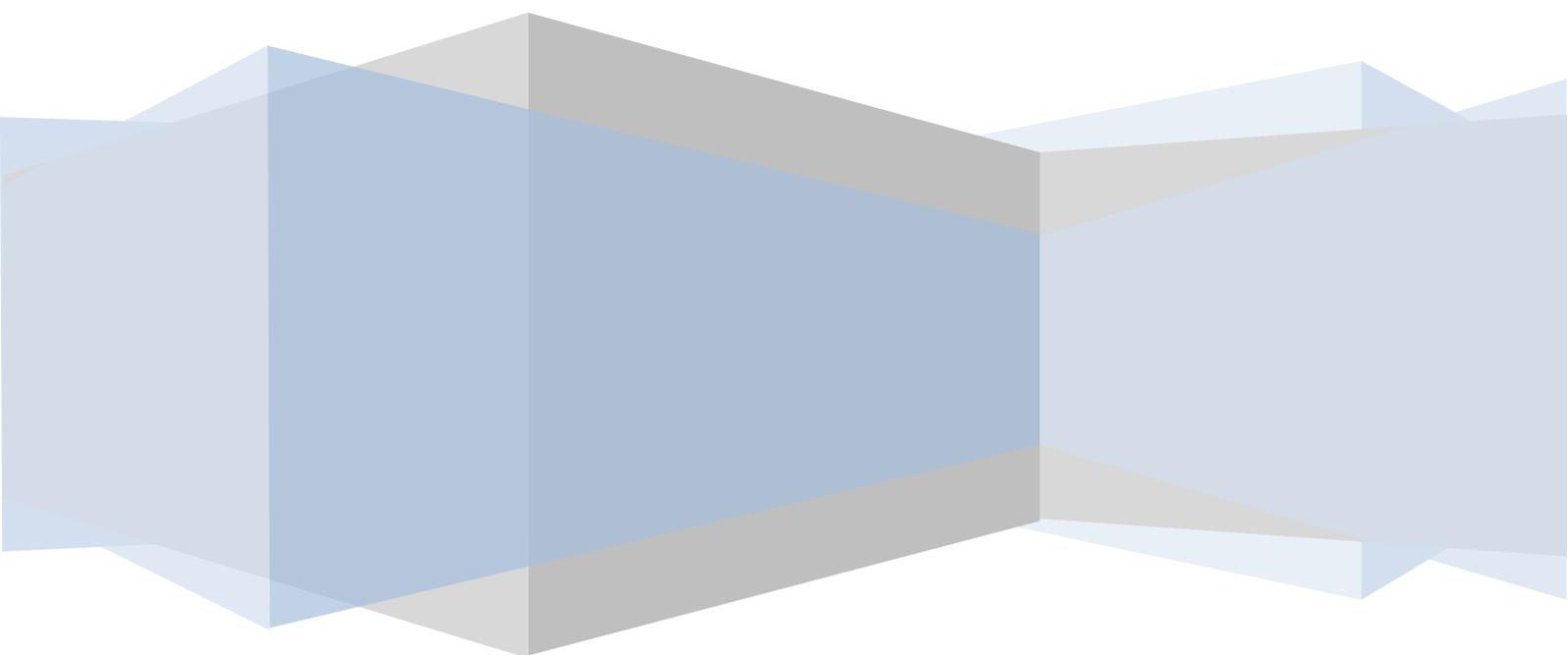


# Sífilis gestacional y congénita

Actualización de recomendaciones provinciales



**MINISTERIO DE SALUD**  
SUBSECRETARÍA DE SALUD

**NEUQUÉN**  
PROVINCIA

**JUNTOS  
PODEMOS  
MÁS**

## INTRODUCCIÓN

La mitad de las embarazadas no tratadas sufren complicaciones en el embarazo. Las cifras actuales señalan que casi 1.5 millones de personas gestantes se infectan cada año, lo que demuestra que la sífilis continúa siendo una causa importante de morbilidad en todo el mundo. Según la OMS ocurren 11 millones de casos nuevos casos por año a nivel mundial. Se estima que casi 1,5 millones de embarazadas se infectan cada año con sífilis y alrededor de la mitad de las no tratadas sufren complicaciones durante el embarazo. En 2008 se atribuyeron a sífilis gestacional cerca de 305.000 mortinatos y muertes fetales. En el año 2017 en la provincia de Neuquén se realizaron 10.082 VDRL en ocasión de controles prenatales, de las cuales 62 (0,61%) resultaron positivas (SIVILA).

Por todo esto, es fundamental el testeo de toda mujer embarazada, y el tratamiento oportuno si se confirma infección. Debe tenerse en cuenta que, además de las consecuencias sobre el producto de la gestación, la sífilis constituye una puerta de entrada para otras infecciones de transmisión sexual y de evolución crónica como es el HIV.

En nuestro sistema de salud hubo un incremento sustancial en las solicitudes de test confirmatorios y por consiguiente, en los casos de sífilis detectados.

<b>Período de estudio</b>	<b>Número de test</b>	<b>Nº de test positivos</b>	<b>Porcentaje al que corresponden</b>
2014- 2015	<b>230</b>	<b>141</b>	<b>61%</b>
2016-2017	<b>281</b>	<b>223</b>	<b>79%</b>
2018	<b>85</b>	<b>72</b>	<b>84%</b>

## **GENERALIDADES DE SÍFILIS**

La sífilis es una infección sistémica causada por una bacteria del orden *Spirochetales*, familia *Spirochetaceae*, género *Treponema*, especie *Pallidum*. Existen 4 subespecies: *Pallidum* (sífilis), *Pertenue* (frambesia), *Endemicum* (bejel o sífilis endémica), *Carateum* (pinta). De las 4 subespecies sólo *T. pallidum pallidum* es la única que causa enfermedad de transmisión sexual, y es la más virulenta. Presenta la capacidad de invadir la membrana placentaria y la barrera hematoencefálica, responsables de la afección neonatal y de SNC.

## **CUADRO CLÍNICO**

Presenta un período de incubación de 2 a 3 semanas (rango 10 a 90 días).

**Estadio primario:** se caracteriza por una erosión o úlcera en el sitio de entrada del *Treponema*. Puede estar acompañado de aumento de tamaño en los ganglios regionales. El chancro es indoloro, único y desaparece en pocas semanas. En la actualidad, los chancros orales son muy frecuentes y poco reconocidos como tales. Aproximadamente, 30% de los pacientes no tratados en esta etapa primaria presentará síntomas de sífilis secundaria, otros, permanecerán en forma asintomática (sífilis latente) que solo se diagnostican a través del laboratorio.

**Estadio secundario:** comienza con la aparición de lesiones cutáneo mucosas (rash cutáneo, roséolas, caída del cabello, etc.) entre el tercer y sexto mes de la aparición del chancro sifilítico. Puede estar acompañado también por aumento generalizado del tamaño de los ganglios y temperatura. Suelen encontrarse adenopatías generalizadas. Durante este periodo, aproximadamente el 5% de los casos puede presentar síntomas de compromiso neurológico, oftálmico (iritis, retinitis o neuritis óptica) y/o auditivo (neurosífilis temprana).

**Estadio terciario:** se caracteriza por manifestaciones cardiológicas, neurológicas (oftálmicas, auditivas, motoras) y/o presencia de gomas sifilíticas.

**Infecciones latentes:** son aquellas carentes de manifestaciones clínicas. Se diagnostican por pruebas serológicas. Pueden ser tempranas o tardías según se desarrollen antes o después del año.

**Neurosífilis:** se encuentra comprometido el SNC y puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad.

### **Sífilis durante el embarazo:**

La sífilis durante el embarazo supone un riesgo tanto para la madre como para el feto. Por eso el objetivo del tratamiento es doble: resolver la infección en la madre y prevenir la infección intrauterina del feto. Las embarazadas infectadas deben ser tratadas con penicilina. No existe ninguna alternativa aceptable a la penicilina para tratar la sífilis durante el embarazo. Si la paciente tiene alergia a la penicilina, demostrada mediante antecedentes o una prueba cutánea, se recomienda someterla a desensibilización debido a la probada trayectoria de la penicilina en la prevención de la sífilis congénita, a la imposibilidad de utilizar derivados de la tetraciclina en esta

situación por sus efectos adversos sobre el feto, al conocido riesgo de fracaso terapéutico con los macrólidos y a la escasez de datos sobre la ceftriaxona.

### Sífilis congénita

Aunque el diagnóstico precoz y el tratamiento de las embarazadas infectadas pueden prevenir la sífilis congénita, las elevadas tasas de sífilis en la población general, junto con la falta de acceso a los cuidados prenatales adecuados obstaculizan gravemente los esfuerzos para controlar la enfermedad. El riesgo de infección fetal y sífilis congénita al nacimiento se relacionan con el estadio de sífilis durante el embarazo siendo mayor durante los estadios primario y secundario. Los títulos de VDRL maternos sobre todo mayores a 1:8 podrían ser marcadores de infección temprana y bacteriemia. Sin embargo, el riesgo de infección fetal es significativo en mujeres con sífilis latente tardía. Las mujeres con títulos bajos, persistentes y con antecedentes de sífilis tratada adecuadamente, no requieren tratamiento adicional. Pero incluso así, es necesario su testeado de rutina en relación con el riesgo de reinfección. Las mujeres sin historia de tratamiento adecuado previo deben ser estratificadas y tratadas.

### **CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS**

Exámenes de detección directa: Hace tiempo la detección directa se limitaba a la visualización de treponemas vivos, móviles, mediante la microscopia de campo oscuro y a la tinción argéntica de treponemas en tejidos fijados con parafina. Si bien, la detección por PCR aumentó la variedad de muestras clínicas en los que se pueden detectar los treponemas, sigue sin ser una técnica rutinaria de diagnóstico. En manos expertas, la **microscopia de campo oscuro** es capaz de detectar organismos en suspensiones que contengan como mínimo entre 10<sup>4</sup> y 10<sup>5</sup> espiroquetas/ml. Este método se puede aplicar sobre todo en las lesiones húmedas y exudativas de la sífilis primaria y secundaria, que típicamente contienen elevadas concentraciones de treponemas. Otras muestras, como el aspirado de ganglios linfáticos, el líquido amniótico y las secreciones nasales de recién nacidos con sospecha de sífilis congénita, también pueden contener espiroquetas en una concentración suficiente para poder realizar la observación mediante campo oscuro.

Toma de la muestra: Hay que limpiar la superficie de la lesión con suero salino no bactericida y realizar una abrasión suave con gasa seca. Se transfiere el exudado seroso a un portaobjetos de vidrio, se tapa con un cubreobjetos y se observa al microscopio. La prueba se fundamenta en la observación de treponemas en movimiento y se debe explorar antes de los 20 minutos de tomada la muestra. Se considera diagnóstica la visualización de un solo treponema móvil. La microscopia de campo oscuro no se debe realizar con las lesiones orales, porque no es fácil distinguir *T. pallidum* de otras espiroquetas comensales de la boca.

Pruebas serológicas: Constituyen el pilar fundamental del diagnóstico de la sífilis. Además de complementar a la detección directa son la única forma de establecer un diagnóstico probable cuando no se pueden obtener especímenes en las lesiones o cuando no están presentes. Existen 2 tipos de pruebas: treponémicas y no treponémicas. Se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que determina cada una.

**Pruebas No treponémicas (Venereal Disease Research Laboratory):** tienen elevada sensibilidad, pero baja especificidad, por lo tanto, pueden producir falsos positivos. Estos se asocian con varias condiciones médicas y factores no relacionados con la sífilis. Por esta causa, todos los pacientes con una prueba no treponémica positiva deben ser sometidos a realización de una prueba treponémica confirmatoria.

Las pruebas no treponémicas desempeñan un papel fundamental en el seguimiento del paciente, al utilizarse para determinar la respuesta al tratamiento. Un descenso de cuatro veces en el título o cambio en dos diluciones (ej.: de 1:16 a 1:4) es considerado necesario para demostrar respuesta significativa al tratamiento. Los test serológicos secuenciales deben utilizarse con el mismo test (VDRL o PRP) y, preferiblemente, en el mismo laboratorio. Los títulos de las pruebas no treponémicas descienden después del tratamiento hasta transformarse en no reactivos. Sin embargo, en algunas personas pueden persistir positivos a títulos bajos.

**Pruebas treponémicas:** Las pruebas treponémicas convencionales (FTA-ABS y TPPA [aglutinación de partículas de *T. pallidum*]) miden tanto la IgG como la IgM sin diferenciar cuál es el tipo de inmunoglobulina responsable de la reactividad. Esa es la causa de su alto grado de sensibilidad para la infección sífilítica en cualquiera de sus fases, pero también de su incapacidad para distinguir la enfermedad activa de la inactiva. Por lo tanto, es importante recordar que una prueba treponémica positiva suele mantenerse positiva durante toda la vida. Además, las pruebas treponémicas siempre deben realizarse cuando haya sospecha de sífilis primaria, ya que es más sensible que las pruebas no treponémicas (86% frente al 70%). Utilizan el *Treponema pallidum* o sus componentes como antígeno, convirtiéndolas en pruebas altamente específicas. Estas pruebas son confirmatorias y en la Argentina, las más utilizadas son la MHA-TP y la TP-PA. Como permanecen reactivas de por vida, no son adecuadas para el seguimiento serológico de la patología.

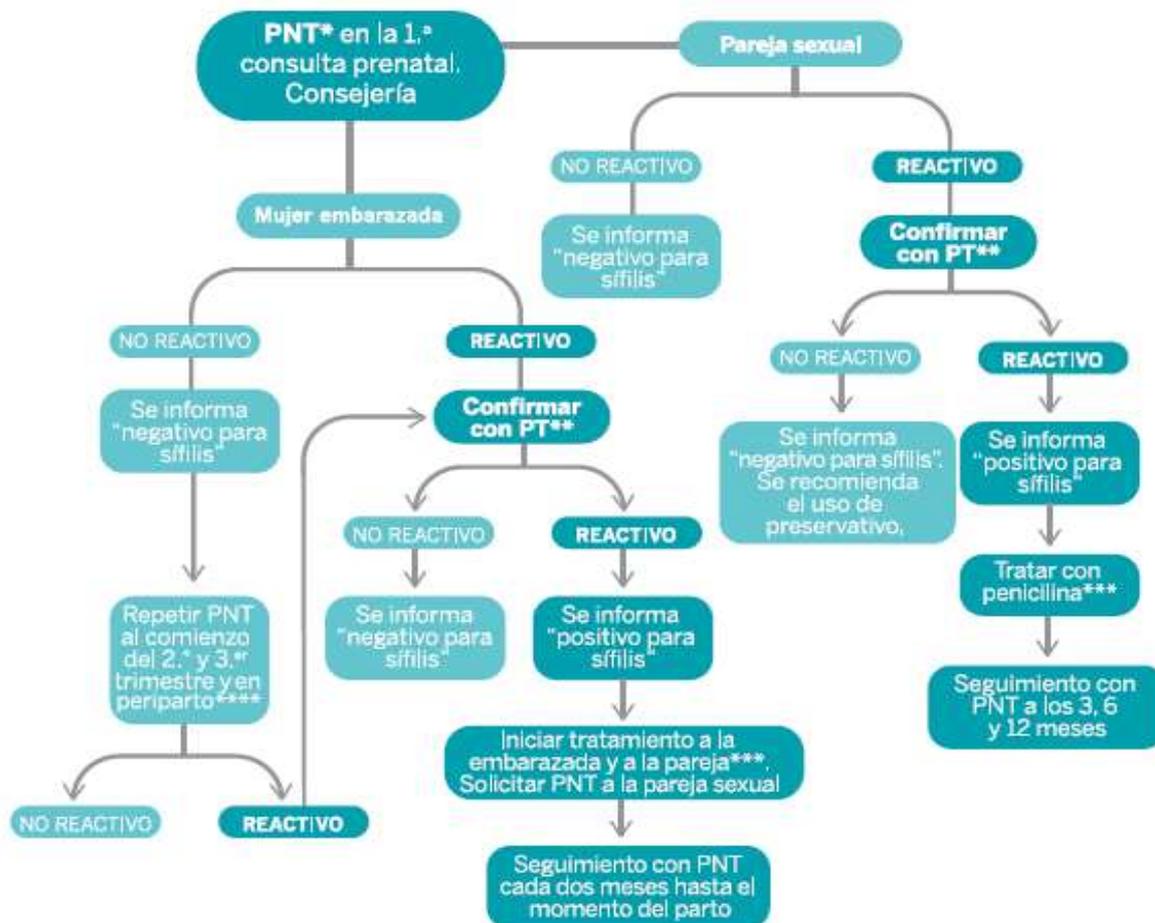
PNT	PT	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada
Reactiva	No reactiva	Inespecífico (otras patologías)
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o de período de incubación de sífilis

### Tamizaje y confirmación

El primer nivel diagnóstico (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) realiza la detección serológica inicial por tamizaje (PNT), cuyo resultado puede ser **NO REACTIVO** o **REACTIVO**. El resultado **REACTIVO** debe ser cuantificado, lo cual resulta esencial para monitorear posteriormente la respuesta al tratamiento. Para poblaciones donde la sífilis tiene elevada prevalencia, y en mujeres de alto riesgo se aconseja realizar un test de screening **dos veces durante el tercer trimestre de embarazo** (uno entre la semana 28 – 32, y otro la semana anterior al nacimiento). Cualquier mujer con antecedente de una muerte fetal después de la semana 20 debe ser testada para sífilis.

- Si el resultado es **NO REACTIVO**, se informa como tal y se aplican las estrategias de asesoramiento con la entrega del resultado. En caso de que pueda sospecharse un posible período de incubación, se toma una segunda muestra a los quince días aproximadamente.
- Si el resultado es **REACTIVO**, se informa cuantificado y confirmado por una PT. Si el laboratorio no cuenta con pruebas confirmatorias y estas deben ser realizadas en una segunda etapa, se indica comenzar con el tratamiento que se continuará con una PT reactiva.

### Algoritmo diagnóstico



Ante un diagnóstico positivo de VIH, sífilis y/o hepatitis B, no olvidar realizar el tamizaje para otras ITS.

\* PNT (pruebas no treponémicas): VDRL, USR, RPR.

\*\*PT (pruebas treponémicas): TP-PA, MHA-TP, HA-TP, FTA-abs, EIA, ELISA.

\*\*\*En el caso de no poder realizar la confirmación (PT) con la misma muestra tomada para el tamizaje (PNT), se indica comenzar el tratamiento y continuarlo luego de obtener el resultado de la prueba confirmatoria.

\*\*\*\*Si la mujer tuviese una prueba negativa en los 28 días anteriores al parto, no será necesario repetir la prueba, ya que de haber ocurrido la transmisión en ese lapso, la detección de anticuerpos es poco probable.

#### Frecuencia de tamizaje

Se recomiendan como pautas en el seguimiento de la mujer y su pareja:

- Solicitar la PNT a la embarazada y a su pareja, en la primera consulta.
- Repetir la PNT a la mujer embarazada en el segundo y tercer trimestre.
- Volver a solicitar la prueba en el peri-parto. Si la mujer tuviese una prueba negativa en los 28 días anteriores al parto no sería necesario repetir la prueba, ya que de haber ocurrido la transmisión en ese lapso, la detección de anticuerpos es poco probable. No hay que olvidar que la sífilis es una ITS, por lo que se recomienda el uso de preservativo durante el embarazo.

Se están realizando pruebas piloto para evaluar la posibilidad de incorporar las pruebas rápidas de sífilis en el primer nivel de atención. La detección precoz de la sífilis en la mujer embarazada y/o de su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita.

- Confirmar toda PNT (+), aunque los títulos sean bajos, con una prueba treponémica (FTA- Abs, TP-PA, etcétera).

#### TRATAMIENTO

La penicilina es el único antibiótico efectivo para prevenir la transmisión materno-fetal de la sífilis. La evidencia es insuficiente para determinar el régimen óptimo recomendado. Según recomendaciones del CDC la mujer debe estar tratada según el estadio de infección en que se encuentre. Sin embargo, la norma de nación del 2016 recomienda tratamiento con **penicilina benzatínica 2.400.000 unidades, tres dosis aplicadas 1 por semana intramuscular**. El equipo redactor de la presente guía adhiere a la recomendación de nación que consiste en las 3 dosis de penicilina. En caso de **discontinuación o interrupción del esquema debe reanudarse con una nueva serie de 3 dosis de penicilina**.

Se considera que una mujer embarazada está adecuadamente tratada y seguida si:

- Se realizó tratamiento con penicilina.

- Recibió tres dosis separadas por una semana cada una.
- Se le administró la última dosis un mes antes del momento del parto.
- Tiene control de prueba no treponémica cada dos meses y luego, durante el seguimiento posee títulos estables o en descenso (se consideran normales los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros 3 meses y luego comienzan a descender).

Cuando la sífilis se diagnostica en la segunda mitad del embarazo, el manejo debe incluir evaluación con ecografía fetal para descartar hallazgos compatibles con sífilis congénita. Sin embargo, esta evaluación no debe diferir la terapia. Signos ecográficos de compromiso fetal incluyen: hepatomegalia, ascitis, hidrops.

Cuando a una mujer embarazada se le realiza el dg de sífilis es fundamental el **testeo de la pareja e incluso, la administración de una dosis de penicilina intramuscular a la misma hasta obtener el resultado de las pruebas Dg.**

#### **Manejo de la pareja sexual:**

Las personas que tuvieron contacto sexual en los 90 días previos al diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana deben ser tratados con penicilina aún incluso si los test serológicos son negativos.

Los contactos sexuales de personas con Dg de sífilis primaria, secundaria y latente temprana que tuvieron contacto sexual antes de los 90 días del diagnóstico deben ser tratados sólo si tienen pruebas positivas y de acuerdo al estadio en que se encuentren.

En términos generales debe indicarse tratamiento la pareja sexual aún sin disponer de pruebas serológicas, ya que ello garantiza evitar que la mujer embarazada se re-infecte y ponga el riesgo a la salud del feto.

#### **Consideraciones especiales:**

Las mujeres tratadas para sífilis durante la segunda mitad del embarazo tienen riesgo de amenaza de parto prematuro y sufrimiento fetal si el tratamiento precipita la conocida reacción de **Jarisch Herxheimer**, que ocurre en casi el 45% de las personas tratadas. Se caracteriza por síntomas que aparecen entre las 2 y las 24 horas de administrado el antibiótico y consisten en: fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y, ocasionalmente, hipotensión. Se recomienda evaluación ecográfica fetal antes del inicio del tratamiento.

Antes de considerar a una embarazada **alérgica a la penicilina** es importante que se realice un exhaustivo interrogatorio. El antecedente de rash, edema de párpados o labios, u otras manifestaciones menores **NO** contraindican su uso. En mujeres con antecedente de verdadera alergia a la penicilina se recomienda la internación y la desensibilización a la penicilina. Hay un método seguro, simple y fácil de implementar. El mismo debe realizarse bajo supervisión médica y en el ámbito hospitalario. Se puede emplear, según el siguiente esquema:

### Desensibilización por vía oral de embarazadas alérgicas a penicilina

Penicilina V Suspensión dosis <sup>a)</sup>	Cantidad Unidades/ml <sup>a)</sup>	ml	Unidades	Dosis acumulativa
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

a) Cantidad a diluir en 30 ml de agua para administración oral.

Los intervalos orales de las dosis orales deben administrarse cada 15 min.

Tiempo total del procedimiento: 3 horas y 45 minutos.

Debe realizarse bajo supervisión médica y teniendo corticoides y adrenalina a disposición por si apareciera algún efecto secundario, aunque esto no es habitual que se presente.

Se recomienda un intervalo de 30 minutos con observación entre el fin de las dosis orales y la administración parenteral.

Este esquema deberá repetirse antes de cada dosis inyectable semanal. Algunos autores recomiendan mantener dosis diarias bajas (500.000 UI por VO) de penicilina hasta completar las 3 semanas.

#### Sífilis congénita:

Las estimaciones más recientes de la OMS indican que 1,6 millones de embarazadas padecen sífilis activa y que hasta un tercio de estos embarazos acaban en la pérdida precoz del feto (entre 22 y 28 semanas de gestación), mortinato (>28 semanas), muerte neonatal, en recién nacidos pre-término o con bajo peso al nacer o en recién nacidos con infección congénita. En Estados Unidos la tasa general de sífilis congénita entre los bebés menores de 1 año aumentó desde 8,2 casos por 100.000 nacidos vivos en 2005 hasta 10,1 en 2008.

El feto puede infectarse durante cualquier fase de la infección materna, pero lo más probable es que suceda durante la espiroquetemia asociada a la sífilis primaria o secundaria, no tratadas. A pesar de que la sífilis fetal puede producirse durante el primer trimestre, el riesgo para el feto aumenta de forma significativa durante el segundo y el tercer trimestre.

La infección fetal se caracteriza por disfunción hepática precoz y afectación placentaria, seguida de la diseminación de las espiroquetas en el líquido amniótico y la aparición de alteraciones

hematológicas graves. En las madres que contraen la sífilis durante el embarazo la afectación fetal puede ser más grave y, en algunos casos, provocar daños multiorgánicos.

Ninguna de las demás formas de la sífilis ilustra mejor la notable capacidad de invasión de *T. pallidum* que la sífilis congénita. La presencia de espiroquetas en la placenta y en el cordón umbilical demuestra que la principal vía de transmisión de la enfermedad al feto se produce a través de la sangre materna invadida por espiroquetas. Con frecuencia las espiroquetas se pueden detectar en la placenta y se piensa que el crecimiento intrauterino retardado refleja la nutrición inadecuada del feto como resultado de la placentitis sifilítica.

Las características clínicas, analíticas y radiográficas presentes en el recién nacido y/o en los 2 primeros años de vida constituyen la **sífilis congénita precoz**, mientras que aquellas que se manifiestan después de los 2 años de edad constituyen la **sífilis congénita tardía**.

Dependiendo del grado de afectación sistémica, la presentación clínica de la sífilis congénita precoz abarca desde trastornos que conllevan riesgo de muerte (hidrops fetal), hasta un recién nacido de aspecto normal que solo presenta alteraciones analíticas y radiográficas mínimas.

El signo más precoz de sífilis congénita suele ser la rinitis, seguida de exantema maculopapular descamativo, que produce desprendimiento epitelial en palmas, plantas y alrededor de la boca y del ano.

Los recién nacidos con sífilis congénita precoz pueden tener afectados varios órganos. A saber:

- **Afectación hepática:** se caracteriza por hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas.
- **Afectación hematológica:** anemia, leucocitosis o leucopenia, y trombocitopenia.
- **Afectación renal** en forma de glomerulonefritis por inmunocomplejos, que se manifiesta como un síndrome nefrótico, alrededor del cuarto mes de vida.
- **Afectación ósea:** osteocondritis, pericondritis o periostitis pueden alterar la arquitectura de cualquier hueso del sistema esquelético, pero sobre todo a huesos largos y se puede apreciar con facilidad en las radiografías.
- **Afectación del SNC** aparece en el 22% de los neonatos infectados, que abarca desde la invasión asintomática por *T. pallidum* hasta una leptomeningitis sifilítica aguda. Si no se instauro tratamiento, la neurosífilis del recién nacido puede dar lugar a un proceso meningovascular crónico que derive en hidrocefalia, parálisis de pares craneales e, inclusive, infartos cerebrales. Se puede deducir que existe afectación asintomática del SNC en un niño de aspecto sano a partir de alteraciones del LCR como pleocitosis (que se define como > 25 leucocitos/pd en niños < 1 mes), elevación de las proteínas (que se define como >150 mg/dl en recién nacidos a término de < 1 mes de vida y >170 mg/dl en recién nacidos pretérmino de < 1 mes de vida, aunque algunos expertos usan el límite de >40 mg), una prueba VDRL positiva o una combinación.

Para evaluar a un RN en el que se sospeche sífilis congénita, es necesario:

- Exploración física completa.
- Estudio de campo oscuro o con tinción de fluorescencia directa de anticuerpos (DFA) de muestras obtenidas de lesiones sospechosas o de líquidos corporales (por ejemplo, secreciones nasales).

- Análisis de sangre convencionales con recuento de células y marcadores de función hepática y renal, así como la prueba del VIH.
- Radiografías de los huesos largos, en todos los niños y niñas.
- Realización de pruebas no treponémicas (VDRL/RPR). Deben ser las mismas que se realicen a la madre, de forma que se puedan comparar directamente los títulos entre sí.
- El CDC no recomienda estudiar la sangre del cordón umbilical ya que puede estar contaminada con sangre materna y porque, la prueba de RPR en sangre del cordón umbilical, es propensa a arrojar resultados falsamente positivos por contaminación con la gelatina de Wharton.

#### **TABLA 239-4 Signos clínicos de sífilis congénita**

##### **Sífilis congénita precoz**

Osteocondritis, periostitis  
Resoplidos, rinitis hemorrágica  
Ampollas, exantema palmar/plantar  
Anemia hemolítica  
Hepatoesplenomegalia  
Ictericia  
Afectación del sistema nervioso central: elevación de recuento de células o de proteínas en líquido cefalorraquídeo  
Linfadenopatías generalizadas  
Neumonitis  
Síndrome nefrótico  
Hidropesía fetal no inmunitaria  
Crecimiento intrauterino retardado

##### **Sífilis congénita tardía**

Prominencia frontal  
Hipoplasia maxilar  
Nariz en silla de montar  
Protrusión mandibular  
Queratitis intersticial  
Sordera por afectación del octavo par  
Paladar ojival  
Incisivos de Hutchinson  
Molares en mora  
Engrosamiento esternoclavicular (signo de Higoumenaki)  
Articulaciones de Clutton (tumefacción bilateral y dolor de las rodillas)  
Tibias en sable  
Escápulas aladas

*Modificada de Kampmeier RH. Essentials of Syphilology. 3.ª ed. Filadelfia: JB Lippincott; 1943; y de Stokes JH, Beerman H, Ingraham NR. Modern Clinical*

Los criterios incluyen a todos los niños con indicios clínicos de sífilis activa, así como a los neonatos de aspecto normal y los nacidos muertos de mujeres con sífilis no tratada o, tratada

incorrectamente. Según estas directrices, para confirmar el diagnóstico de sífilis congénita, es necesario demostrar la presencia de *T. pallidum* en tejidos o en lesiones de los niños infectados. Se puede buscar espiroquetas en muestras de líquido amniótico, tejido placentario, células obtenidas por cepillado o cortes tisulares de cordón umbilical, fluido nasal, raspado de exantema, impresiones tisulares y aspirado de ganglios linfáticos.

Diagnóstico de presunta sífilis congénita, se basa en:

- 1) la identificación de sífilis en la madre;
- 2) la idoneidad del tratamiento en la madre;
- 3) la presencia de indicios clínicos, analíticos o radiográficos de sífilis en el niño, y
- 4) la comparación de los títulos serológicos treponémicos entre la madre (en el momento del parto) y el niño, determinados con la misma prueba y preferiblemente realizados en el mismo laboratorio.

Es poco probable el diagnóstico de sífilis congénita si la madre recibió un tratamiento correcto durante el embarazo y tuvo una respuesta serológica apropiada o, si el neonato presenta una exploración física normal, los títulos plasmáticos por VDRL o RPR son iguales o inferiores a cuatro veces los títulos maternos y la madre fue correctamente tratada antes del embarazo y sus títulos se han mantenido bajos (VDRL < 1: 2; RPR < 1: 4) y estables, antes y durante el embarazo y el parto.

**a.** En el caso de un niño con examen físico normal y tratamiento materno adecuado, se indica seguimiento clínico y serológico a los 1-2-3-6-y 12 meses. Si no es posible el seguimiento del niño o, la pareja de la madre no fue tratada, se podría considerar el tratamiento al recién nacido con una dosis de penicilina benzatínica 50 mil UI/kg, única dosis IM.

**b.** Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o, no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene una PNT en sangre no reactiva, se debe indicar tratamiento al recién nacido con una dosis de penicilina benzatínica 50 mil UI/kg, única dosis IM. Y el seguimiento del niño con PNT a los 3, 6 y 12 meses. Examen auditivo y oftalmológico. Si no es posible el seguimiento adecuado del niño, se indicará tratamiento con penicilina G EV 100.000 a 150.000 UI/kg/dosis durante 10 días. Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o, no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene una PNT en sangre reactiva, se solicitan estudios de laboratorio en el recién nacido: hemograma, GOT/GPT, Rx de huesos largos y estudio de LCR por punción lumbar (PL). Si estos parámetros son normales, se le indica tratamiento al recién nacido con una dosis de penicilina benzatínica de 50 mil UI/kg, única dosis IM. Seguimiento del niño con PNT a los 3, 6 y 12 meses. Examen auditivo y oftalmológico. Si no es posible el seguimiento adecuado del niño, se indicará tratamiento con penicilina G EV 100.000 a 150.000 UI/kg/dosis durante 10 días.

**d.** Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene signos o síntomas compatibles con sífilis congénita, se solicitan estudios de laboratorio en el recién nacido: hemograma, GOT/GPT, Rx de huesos largos y estudio de LCR y se indica tratamiento al recién nacido con penicilina G EV 100,000 a 150,000 UI/kg dosis según peso y edad durante 10 días. Seguimiento del niño con PNT a los 3, 6 y 12 meses. Examen auditivo y oftalmológico. Si el LCR está alterado, realizar control con punción lumbar (PL) a los 6 meses de vida. La penicilina por vía parenteral es el fármaco de elección para tratar la sífilis congénita. Los niños de 4 semanas de edad o menos, con un diagnóstico de confirmación o de presunción de sífilis, deben

ser tratados con penicilina G acuosa cristalina (50.000 U/kg i.v. cada 12 horas, durante los 7 primeros días de vida y después, cada 8 horas hasta completar 10 días de tratamiento) o con penicilina G procaína acuosa (50.000 U/kg i.m., una vez al día durante 10 días). Los niveles de penicilina que se alcanzan en LCR tras la inyección IM de penicilina procaína, son menores que los alcanzados con penicilina acuosa IV.

#### **TABLA 239-4 Signos clínicos de sífilis congénita**

##### **Sífilis congénita precoz**

Osteocondritis, periostitis

Resoplidos, rinitis hemorrágica

Ampollas, exantema palmar/plantar

Anemia hemolítica

Hepatoesplenomegalia

Ictericia

Afectación del sistema nervioso central: elevación de recuento de células  
o de proteínas en líquido cefalorraquídeo

Linfadenopatías generalizadas

Neumonitis

Síndrome nefrótico

Hidropesía fetal no inmunitaria

Crecimiento intrauterino retardado

##### **Sífilis congénita tardía**

Prominencia frontal

Hipoplasia maxilar

Nariz en silla de montar

Protrusión mandibular

Queratitis intersticial

Sordera por afectación del octavo par

Paladar ojival

Incisivos de Hutchinson

Molares en mora

Engrosamiento esternoclavicular (signo de Higoumenaki)

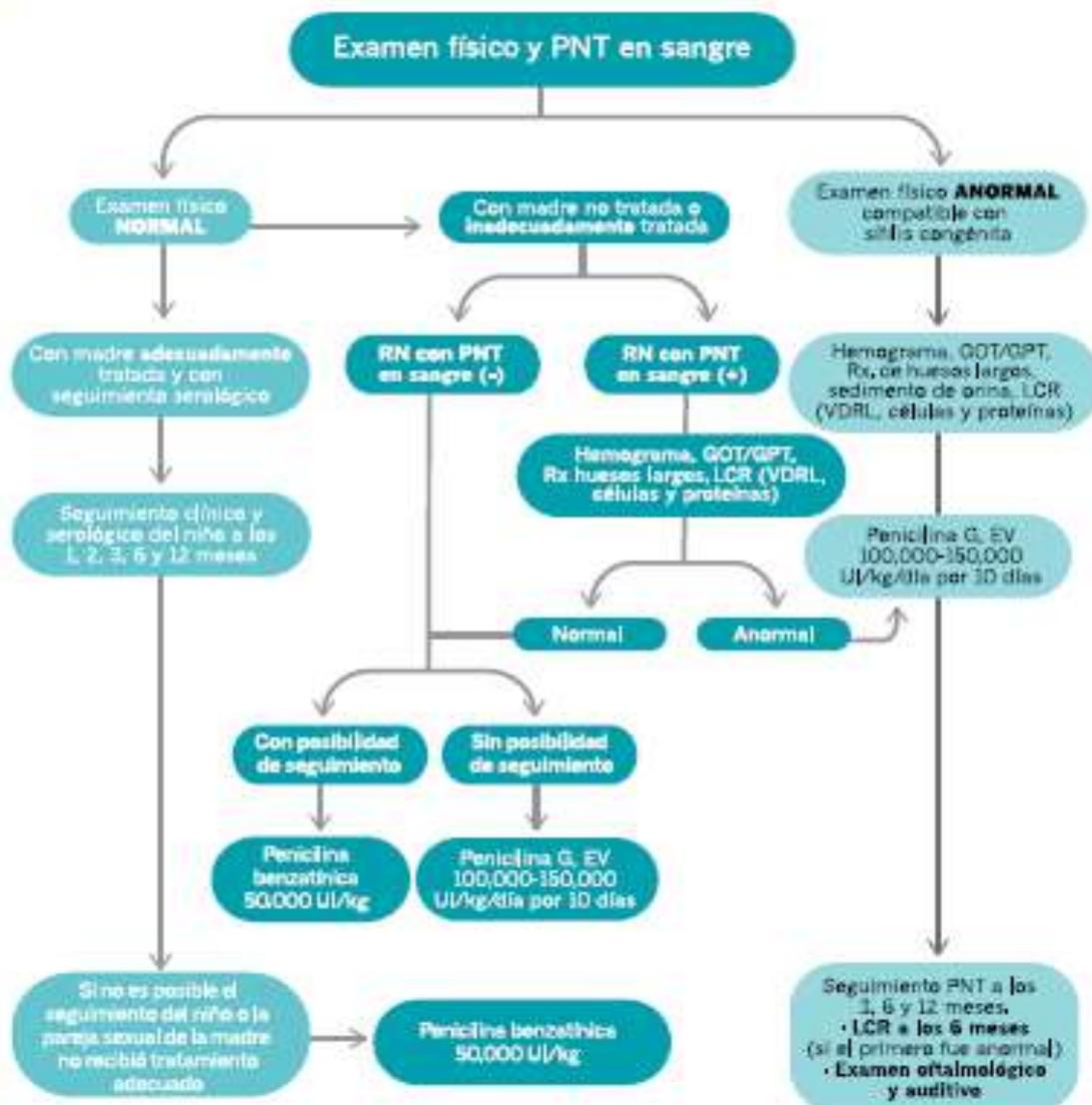
Articulaciones de Clutton (tumefacción bilateral y dolor de las rodillas)

Tibias en sable

Escápulas aladas

*Modificada de Kampmeier RH. Essentials of Syphilology. 3.ª ed. Filadelfia: JB Lippincott; 1943; y de Stokes JH, Beerman H, Ingraham NR. Modern Clinical*

**CUADRO 12. Algoritmo para el seguimiento de recién nacidos hijos de madres con PNT (+)**



Se considera a la madre adecuadamente tratada cuando:

- Se realizó el tratamiento con penicilina.
- Recibió 3 dosis separadas por una semana cada una.
- Se le administró la última dosis un mes antes del momento del parto.
- Tiene control de PNT cada 2 meses y luego, durante el seguimiento, posee títulos estables o en descenso (se considera normal los títulos de PNT que permanecen estables durante los primeros 3 meses de tratamiento y luego comienzan a descender).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis 2016. Ministerio de Salud de la Nación.
- 2) Mandell y Douglas. Enfermedades infecciosas. 2015.
- 3) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. CDC.

## **COLABORADORES**

En esta oportunidad agradecemos al Servicio de Infectología, Servicio de Obstetricia y a los profesionales de Serología del Laboratorio del Hospital Provincial Neuquén por realizar la actualización de las recomendaciones realizadas previamente con la colaboración de

- Personal de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Subsecretaría de Salud.
- Personal de la Dirección de Planificación e Información de la Subsecretaría de Salud.
- Director del Programa de VIH/ SIDA.
- Coordinador de Epidemiología de la Zona Sanitaria Metropolitana.
- Referentes de los servicios de obstetricia y ginecología de los hospitales Castro Rendón, Horacio Heller y Hospital Bouquet Roldan.
- Referentes de los servicios de Infectología , neonatología y pediatría de los hospitales Castro Rendón, Horacio Heller y Bouquet Roldan
- Referentes provinciales de la red de laboratorio en diagnóstico serológico y microbiológico de los hospitales Horacio Heller y Castro Rendón.