

Manejo del recién nacido, hijo de madre con serología positiva para sífilis

Santiago Gallego Vela, Gerardo Rodríguez Martínez, Purificación Ventura Faci, Pilar Samper Villagrasa, José M.^a Pérez González

Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2006;36: 17-19]

RESUMEN

La sífilis congénita es una enfermedad de transmisión sexual originada por la infección intraútero del *Treponema pallidum*. Es una patología en aumento debido al fenómeno inmigratorio. La clínica puede ser muy variada y con distintas formas de presentación. El diagnóstico se basa en detección de anticuerpos de forma precoz en la embarazada y, posteriormente, en el recién nacido. Una interpretación correcta de la serología materna puede evitar tratamientos innecesarios. El tratamiento se realiza con penicilina.

PALABRAS CLAVE

Sífilis congénita, *Treponema pallidum*, serología sífilis.

Management of the newborn from a pregnancy with positive maternal serology against syphilis

ABSTRACT

Congenital syphilis is a sexually transmitted disease caused by a bacterium, Treponema pallidum, in utero. It is a pathology on the increase due to the migratory phenomenon. Clinic may be varied and with several ways of appearance. Diagnosis is based on the detection of antibodies at an early stage in the pregnant woman and, later on, in the newborn baby. An accurate interpretation of the maternal serology can avoid unnecessary treatments. Treatment is carried out with penicillin.

KEY WORDS

Congenital syphilis; Treponema pallidum (Spirochaete bacterium); syphilis serology.

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una patología cuya incidencia, que parecía que estaba en regresión, ha aumentado considerablemente en nuestro medio debido fundamentalmente al fenómeno social migratorio. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, cuyo agente patógeno es el *Treponema pallidum* (familia de las *Espiroquetas* y género *Treponema*)⁽¹⁾. Si dicha infección se produce en una mujer embarazada, existe riesgo de afectación en el feto y, por lo tanto, riesgo potencial de padecer una sífilis congénita.

Hoy en día, un problema importante en neonatología es la falta de control en los embarazos de mujeres inmi-

grantes, lo que condiciona una mala profilaxis y un tratamiento inadecuado de esta enfermedad, en el supuesto caso de que exista. En el presente artículo se intenta dar un enfoque práctico al manejo de la sífilis en la mujer gestante, tanto si presenta la enfermedad (clínica y serología positiva), como si presenta serología positiva para sífilis (infección actual o pasada).

EPIDEMIOLOGÍA

Los cuadros clínicos de sífilis congénita completa se observan muy raramente, predominando las formas monosintomáticas o totalmente asintomáticas, denominadas también serológicas, cuyo diagnóstico es más difícil⁽²⁾.

Correspondencia: Santiago Gallego Vela.

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Avda. San Juan Bosco, n.º 15. 50009 Zaragoza. Teléfono 976 55 64 00.

E-mail: santigalle@hotmail.com.

Recibido en diciembre de 2005. Aceptado para su publicación en febrero de 2006.

La infección puede ocurrir durante todo el embarazo, pero es más probable en el tercer trimestre del embarazo. Las madres no tratadas que presentan sífilis primaria, secundaria, SIDA y espiroquetemia, tienen mayor posibilidad de transmisión al feto, que las madres con sífilis latente, es decir, que el riesgo fetal está relacionado con la cronología de la infección materna, siendo mayor cuando la enfermedad es reciente. El contacto del niño con un chancro materno en el momento del parto, raramente da lugar a infección posnatal⁽³⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La clínica siempre se manifiesta en mayor o menor medida en el primer mes de la vida y pueden existir formas localizadas o monosintomáticas, con lesiones cutáneas (pénfigo palmo-plantar), fisuras perianales y peribucales, lesiones nasales (rinitis serohemorrágica) y lesiones óseas (osteocondritis sífilítica)⁽⁴⁻⁷⁾. Clásicamente las manifestaciones clínicas se han dividido en dos formas: formas precoces y formas tardías.

En ocasiones, tiene lugar una replicación treponémica próxima al parto, y como consecuencia, además de las lesiones focales, existirá una generalización de la enfermedad y el niño presentará sensación de gravedad con petequias y equimosis, hepatosplenomegalia y grandes lesiones cutáneas. En estas formas graves es casi constante la participación del SNC (aumento de proteínas en LCR, sintomatología neurológica, convulsiones) y del pulmón (neumonía alba)⁽⁴⁻⁷⁾.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA

-Caso de sífilis congénita confirmada: (C.D.C. 1989)

Niño en el que se puede identificar *T. pallidum* por microscopía de campo oscuro, anticuerpos fluorescentes u otras tinciones específicas de las lesiones en placenta, en cordón umbilical o material de autopsia.

-Caso presuntivo de sífilis congénita: (C.D.C. 1989)

RN de madre infectada, que no ha sido tratada, o tratada de forma inadecuada en el momento del parto.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico va a ser fundamentalmente SEROLÓGICO, y para ello vamos a utilizar 2 tipos de anticuerpos:

1. Anticuerpos NO TREPONÉMICOS O TEST REAGÍNICOS

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- RPR (Rapid Plasma Reagin)

Son anticuerpos muy sensibles y de bajo coste. Se positivizan a partir de los 15-20 días desde el contagio. Pueden

dar falsos positivos: enfermedades autoinmunes, enfermedades víricas, etc. Nos sirven para controlar la respuesta al tratamiento y se pueden negativizar con los años.

2. Anticuerpos TREPONÉMICOS

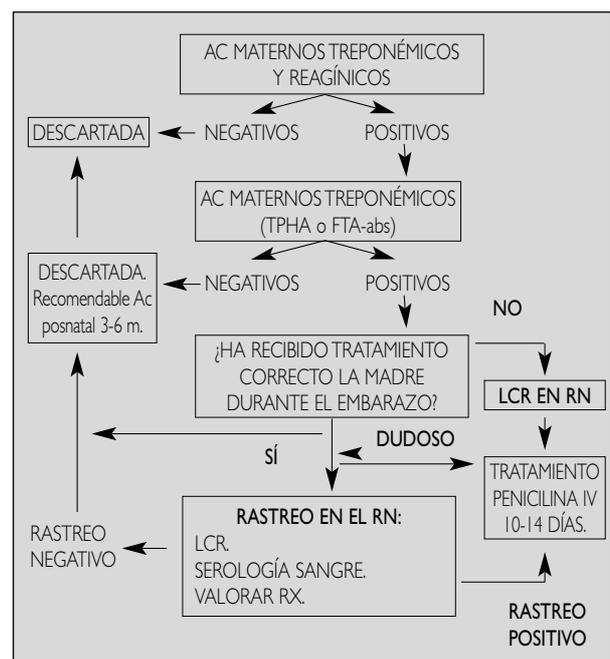
- TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay)
- FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test)

Son anticuerpos muy específicos, y más caros, y se positivizan a partir del 7.º día del contagio. Se mantienen positivos de por vida.

Estudio serológico en embarazadas.

| No treponémicas (VDRL o RPR) | P. treponémicas (TPHA o FTA-abs) | Interpretación |
|------------------------------|----------------------------------|--|
| Negativo | Negativo | Sano. ○ infección muy reciente (<15 días) |
| Negativo | Positivo | Sífilis muy reciente o muy antigua tratada |
| Positivo | Positivo | Sífilis sin tratar o recientemente tratada |
| Positivo | Negativo | Falso positivo |

Algoritmo diagnóstico.



TRATAMIENTO SÍFILIS CONGÉNITA

El tratamiento de la sífilis congénita confirmada, o probable, se ha de realizar con PENICILINA G Sódica intravenosa (50.000 UI/kg/12 horas, durante 10 días) o con penicilina G procaína intramuscular (50.000 UI/kg/día, durante 14 días). En caso de presentar neurosífilis, el tratamiento es penicilina G Sódica 50.000 UI/kg/12 horas, durante 14-21 días.

El tratamiento de la sífilis en la madre durante el embarazo es penicilina G Benzatina 2,4 millones unidades IM/semana, 3-4 semanas, antes del último mes de embarazo.

PRONÓSTICO

La infección no tratada se asocia con mortalidad y morbilidad perinatal elevadas. Así, la sífilis congénita da lugar a muerte intrauterina en el 25% de los embarazos y la muerte posnatal en el 25% de los niños infectados nacidos vivos. Aunque se administre tratamiento durante los estadios finales del embarazo, puede nacer un niño no

infectado con hallazgos clínicos residuales de infección intrauterina.

CONSIDERACIONES

A pesar de las mejoras en el seguimiento de las embarazadas en nuestro medio, se ven con más frecuencia embarazos no controlados y un mayor número de serologías positivas para sífilis. En estos casos, se debe asegurar el que hayan recibido tratamiento correcto antibiótico durante el embarazo (muchas refieren haber sido tratadas anteriormente) y, de no ser así, debemos tratar al recién nacido como posible caso de sífilis congénita. Si por el contrario, la madre ha recibido un tratamiento correcto para la sífilis, no se debe tratar al recién nacido.

En algunas ocasiones, además de presentar serología positiva frente a sífilis, aparecen otras infecciones que pueden asociarse y se deberán descartar: VHB, VHC, VIH... y por lo tanto, recibir tratamiento en el supuesto caso de que se pueda tratar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isaacs D, Moxon ER. Congenital infections. En: Neonatal Infections. Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford, 1991; 173-190.
2. Zenker PN, Berman S. Congenital syphilis: Trends and recommendations for evaluation and management. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 516-522.
3. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16: 245-257.
4. Jones H, Taylor D, Montgomery CA, et al. Prenatal and congenital syphilis in British Columbia. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27: 467-472.
5. Roca AM, Roldán A, López A, Figueras J, Jiménez R. Congenital syphilis and syphilitic mothers. Survey of the past 10 years. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 135-139.
6. Red Book. Comité de enfermedades infecciosas. Academia Americana de Pediatría. 1999. Peters Georges Ed. 24.ª edición.
7. Gómez D, Sequí JM, Peñalver O, Oltra M, Izquierdo I. Sífilis congénita neonatal: la gran simuladora lo pone difícil. *Acta Pediatr Esp* 2006; 64: 27-29.