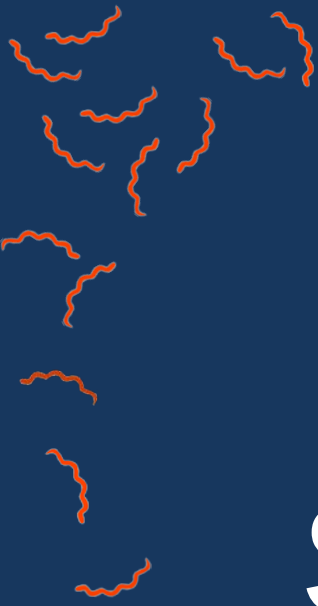




SÍFILIS CONGÉNITA

Krasna Mihovilovich R
Becada Pediatría USS
Agosto 2018



Sífilis Congénita



Infección fetal por ***Treponema Pallidum***

- Espiroqueta de **reservorio humano exclusivo**
- Movimiento en “sacacorcho”
- 50 microorganismos para iniciar infección
- Replicación cada 30 horas, sólo unidas a células
- Incapaz de desarrollarse en cultivo acelular



Epidemiología



1,5% del total de casos de sífilis
0,24 / 1.000 nacidos vivos
39% mortalidad por sífilis es por S.

Congénita

Casos y Tasas de Sífilis congénita

Chile 2000-2011*

Año	Casos	Pobl NVC	Tasa*
2000	68	261.993	0,26
2001	41	259.069	0,16
2002	65	251.559	0,26
2003	59	246.827	0,24
2004	61	424.476	0,25
2005	48	230.831	0,21
2006	59	243.561	0,24
2007	57	242.054	0,24
2008	76	248.366	0,31
2009	64	253.584	0,25
2010(&)	59	253.584	0,23
2011(&)	61	253.584	0,24

Fuente: Boletines ENO-DEIS

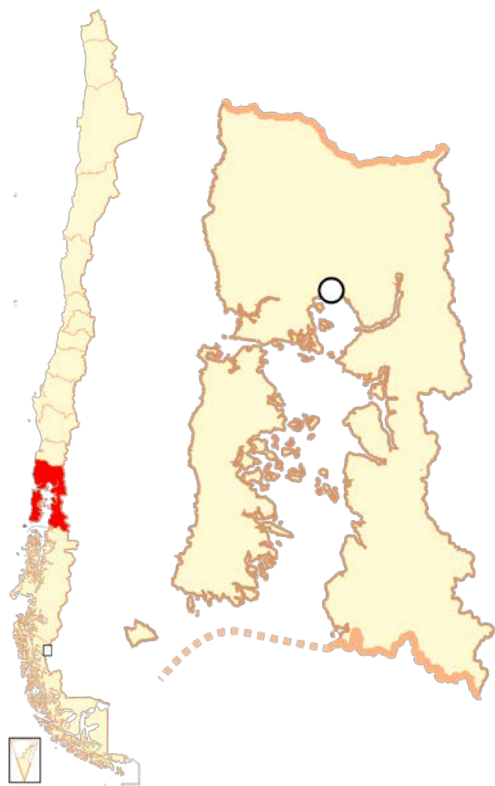
Dg sífilis en
embarazadas normado
desde 1976
Notificación obligatoria
diaria



0,15 / 1000 nacidos vivos
82% mortinatos → 59% 31
semanas

Madres sífilis no tratada/mal
tratada

Epidemiología



2013 – 2016

49 embarazadas con diagnóstico de sífilis
atendidas en UNACESS

27 neonatos con sospecha de sífilis congénita, de
los cuales se trató el 100%

Sífilis



Etapa precoz – tardía, límite 1 año → Transmisión enfermedad

Clasificación general de los estados de la Sífilis

Riesgo transmisión vertical:

a. Sífilis Precoz

- Sífilis Primaria
- Sífilis Secundaria
- Sífilis Latente Precoz

75 – 95%

b. Sífilis Tardía

- Sífilis Latente Tardía
- Sífilis Terciaria

10 - 35%

c. Sífilis Congénita

- Sífilis congénita precoz
- Sífilis congénita tardía

d. Neurosífilis

El diagnóstico de Sífilis en gestantes constituye una

urgencia médica



Alto riesgo de transmisión

Tratamiento oportuno y adecuado de la gestante **evita enfermedad en el 100%** de los RN



25% Aborto

25% Mortinato

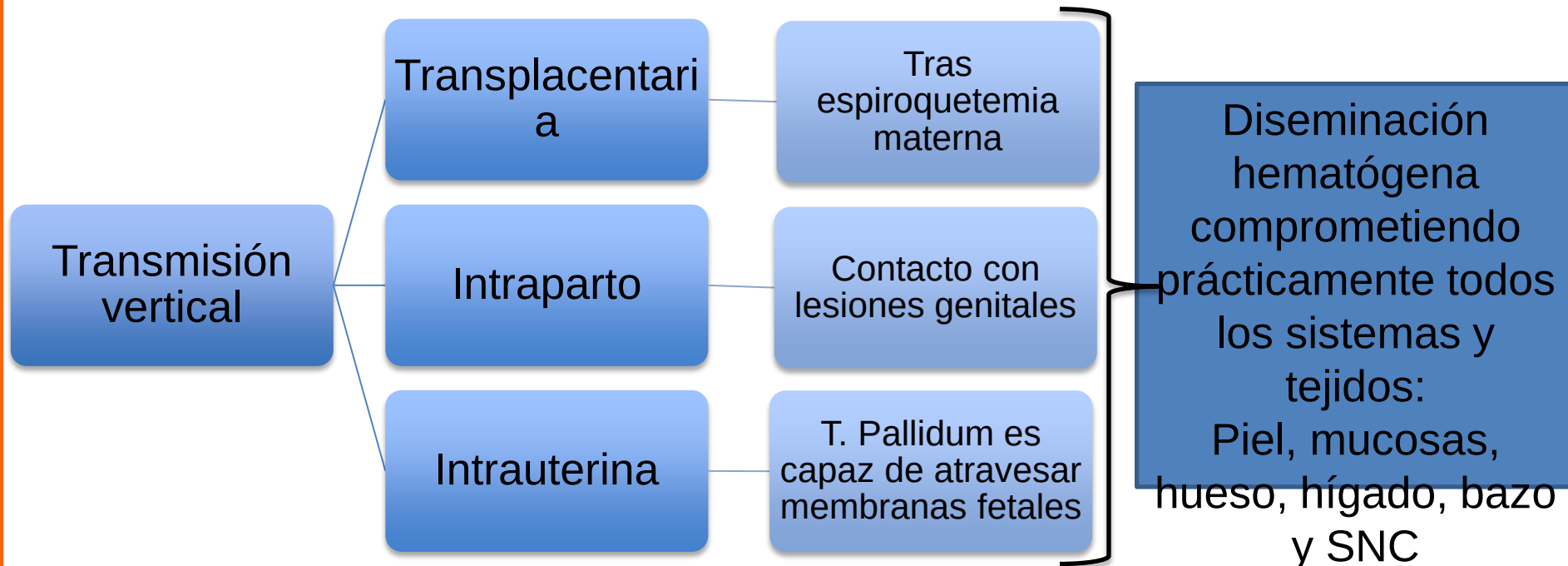
50% RN vivos → Alto riesgo sífilis

congénita

Transmisión



Transmisión vertical aumenta a medida que avanza la gestación y dependerá de la etapa de la sífilis materna



Clínica → Etapa evolutiva de la enfermedad en la gestante
→ Edad gestacional al momento de la infección
→ Tratamiento efectivo en la gestante (puede tratarse eficazmente

in útero)

Manifestaciones Clínicas



- 
- Parto prematuro, aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal, RCIU.
 - Alteraciones placentarias y del cordón: placenta > tamaño, engrosada, funisitis necrotizante.

** Estudio histopatológico de cordón y placenta en todo caso sospechoso*

- Mayoría RN nacidos de madres con sífilis no tratada no tienen evidencia clínica ni de laboratorio sugerente de infección
- Manifestaciones pueden aparecer meses a años después si no reciben tratamiento



- Sífilis congénita precoz: < 2 años

- Sífilis congénita tardía: > 2

Sífilis congénita precoz



- Cuadro **multisistémico fulminante** similar a otros cuadros sépticos
- **Lesiones de piel y mucosas** que aparecen 2 – 10 semanas de vida:
 - 40 – 60% de los pacientes, **altamente infecciosas**
 - **Mucosas:** rinitis mucosa, mucopurulenta o sanguinolenta (7-14 días), grietas comisura labial, parches mucosos.
 - **Cutáneas:** exantema maculopapular simétrico, lesiones ampollares



Sífilis congénita precoz



- **Lesiones óseas:** periostitis, epifisitis y osteocondritis.
 - Pseudoparálisis de Parrot: separación epífisis osteocondríticas que genera dolor incapacitante e incluso luxación de la epífisis y fracturas
 - Dactilitis secundaria a periostitis (falanges proximales)



Generalmente curan
espontáneamente luego de varios
meses, aún sin tratamiento
antibiótico

Sífilis congénita precoz



- Linfadenopatías generalizadas (epitrocleares)
- Bajo peso al nacer
- Hepato-esplenomegalia → secundaria a hematopoyesis extramedular

y/o hepatitis (puede

empeorar con PNC)

- Trombocitopenia: petequias o púrpura (puede ser la única manifestación)
- Anemia
- Ictericia
- Alteraciones oculares: uveítis, glaucoma, coriorretinitis
- LCR: pleocitosis, elevación proteínas (con o sin clínica neurológica → convulsiones, parálisis nervios craneales)
- Compromiso renal: Sd nefrótico, glomerulonefritis

Neumonía alba: infiltrado intersticial difuso

Sífilis congénita tardía

Secuelas de inflamación crónica o “cicatrices” de la sífilis precoz.

Aparecen

> 2 años de edad. Pacientes no infectivos.

- Queratitis intersticial: proliferación vasos sanguíneos en la córnea
- Granulomas necrotizantes (gomas)
- Sífilis cardiovascular (aortitis, estenosis ostium co
- Estigmas:

- Dientes de Hutchinson
 - Molares en mora
- Perforación paladar duro
 - Nariz en silla de montar
 - Tibias en sable
 - Sordera por compromiso
 - SNC: retraso mental, con



Estudio



Pruebas no treponémicas

VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)

RPR (*Rapid Plasma Reagin*)

Reacción antígeno – anticuerpo
Detectan Ac antilipoidales
producidos contra material lipóideo
liberado de células hospederas
dañadas y desde el treponema

Cuantitativo

Útil como screening y seguimiento,
títulos pueden disminuir hasta ser
negativos

Pruebas treponémicas

FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*)

Inmunofluorescencia indirecta, usa
como antígeno blanco al *T pallidum*.
Operador dependiente.

MHA-Tp (*Microhemagglutination Assay for Antibody to Treponema pallidum*)

Hemagglutinación de GR
sensibilizados con el antígeno del *T pallidum* con los Ac presentes en el
suero del paciente

Cualitativos. Útil confirmación
diagnóstica. Permanecen (+) de por

Detección en gestantes



- VDRL al ingreso a control prenatal, 24 semanas y entre las 32 – 34 semanas.
- Toda gestante con serología (+) a cualquier dilución o con serología (-) pero con pareja que tiene serología (+) debe recibir tratamiento inicial (1 dosis de PNC benzatina)
- Derivación UNACESS
- Gestantes > 24 semanas con sospecha de sífilis secundaria debe ser derivada dentro de 24 horas para evaluación unidad feto-placentaria y prevención de parto prematuro
- VDRL Reactivo al parto sin antecedentes de sífilis previo debe considerarse como sífilis presunta

Manejo y tratamiento en gestantes

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas

Sífilis Latente Tardía

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas

Seguimiento con VDRL mensual hasta el parto

Disminución en 2 o más diluciones de serología al mes post tratamiento.

¿Cuándo se considera tratamiento adecuado?



1. Penicilina benzatina 2.400.000 UI última dosis al menos 1 mes antes del parto
2. Al parto, reducción de más de 2 diluciones del VDRL

La mujer gestante que recibió eritromicina u otro antibiótico se considera como inadecuadamente tratada

Detección sífilis en el RN



Diagnóstico complejo → paso de Ac IgG maternos (no treponémicos y treponémicos) a través de la placenta al feto.

Test serológico reactivo en el RN **NO** debe ser considerado diagnóstico

No existe prueba diagnóstica que permita asegurar infección en un RN

¿Diagnóstico?

Antecedentes maternos + **análisis serología neonatal** + examen físico + radiología + laboratorio

Detección sífilis en el RN



Análisis de Serología neonatal

- Ac IgG adquiridos de forma pasiva: ↓ a los 3 meses y desaparecen a los 6
- VDRL generalmente NR a los 3 meses de edad
- VDRL reactivo en 2 o más diluciones mayores al materno tiene valor Dg
Ej: Madre 1:2 y RN 1:8.

Reactivo en > 4 diluciones sería confirmatorio de sífilis congénita

(Cooper et al. Congenital syphilis. Seminars in

perinatology 42 (2018))

- Ac IgM (+) en el RN es *sugerente* de infección (ausentes hasta en 35% asintomáticos)
- Test treponémicos pueden **confirmar dg de forma retrospectiva** al estar (+) a los 18 meses de edad sin antimaternos (+) a los 2 años al Dg si

Interpretación de la serología debe ser cuidadosa y siempre en conocimiento del estado serológico de la madre
¡Nunca dar de alta al RN si se desconoce serología materna!

Diagnóstico Sífilis Congénita



Sífilis congénita precoz

Serología no treponémica reactiva en los dos primeros años de vida con antecedente de madre con sífilis confirmada no tratada o inadecuadamente tratada durante la gestación, según normativa vigente y alguna de las siguientes condiciones:

- Test no treponémico reactivo a cualquier dilución, con alteraciones de laboratorio y/o clínicas compatibles: hepatoesplenomegalia, rash máculopapular con compromiso de palmas y plantas, pénfigo sifilítico, coriza serohemorrágica, fisuras periorales y/o perianales (rágades), condilomas planos, pseudoparálisis de Parrot, compromiso del SNC
- Test no treponémico reactivo mayor o igual a dos diluciones comparado con el test no treponémico de la madre, con lactante sin sintomatología

Sífilis congénita tardía

Detección de serología no treponémica reactiva después de los dos primeros años de vida, con antecedente de madre con sífilis confirmada durante la gestación no tratada o inadecuadamente tratada y sin tratamiento al nacer, en ausencia de contacto sexual y alguna de las siguientes condiciones:

- Ausencia de signos y síntomas.
- Presencia de estigmas sifilíticos como queratitis intersticial, necrosante (gomas), compromiso cardiovascular, dientes de Hutchinson, molares en mora, perforación del paladar duro, nariz en silla de montar, tibias en "sable", opacidades corneales, atrofia óptica, sordera por compromiso del VIII par craneal, articulación de Clutton (sinovitis e hidroartrosis de rodillas).
- Presencia de test no treponémico reactivo en líquido cefalorraquídeo, con o sin sintomatología neurológica

Manejo del RN hijo de madre con Sífilis



Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos que:

- Evidencien enfermedad activa (examen físico, radiografías, laboratorio).
- Hijos de madres inadecuadamente tratadas
- Madres con serología reactiva sin control de embarazo.
- Madres que no hayan presentado respuesta esperada al tratamiento o que
- se sospeche reinfección.
- Madres con Sífilis tratada pero con seguimiento serológico insuficiente.
- Madres cuyos contactos sexuales no han sido tratados.
- Madres sin historia de Sífilis previa, con serología reactiva al parto a cualquier dilución (tomar prueba treponémica a la gestante para confirmar Sífilis).

Manejo del RN hijo de madre con Sífilis



Estudio del RN:

- Examen físico completo: determinar la existencia de manifestaciones clínicas de Sífilis Congénita Precoz.
- VDRL en sangre y LCR
- Estudio citoquímico de LCR.
- Hemograma y Recuento de plaquetas.
- Exámenes de función hepática (transaminasas, bilirrubina y protrombina)
- y función renal
- Radiografía de huesos largos.
- Fondo de ojo.
- Rx. de Tórax, en caso de presentar sintomatología respiratoria.

Tratamiento



- Penicilina sódica es de elección
- Penicilina benzatina no alcanza niveles detectables en LCR, por lo que **no es adecuada en Sífilis congénita**

Tabla 8. Tratamiento y seguimiento de la sífilis congénita

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración	
0 – 7 días	Ante la duda: ¡TRATAR!					días consecutivos
8 - 28 días						días consecutivos
Más de 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 4 ó 6 horas	Por 10 días consecutivos	

***Reacción de Jarisch – Herxheimer:**

Primeras 24 h de iniciado el tratamiento con PNC.

Respuesta inflamatoria aguda debida a la rápida destrucción de espiroquetas.

Fiebre, taquipnea, taquicardia, hipotensión, aumento de lesiones cutáneas e incluso la muerte por compromiso cardiovascular.

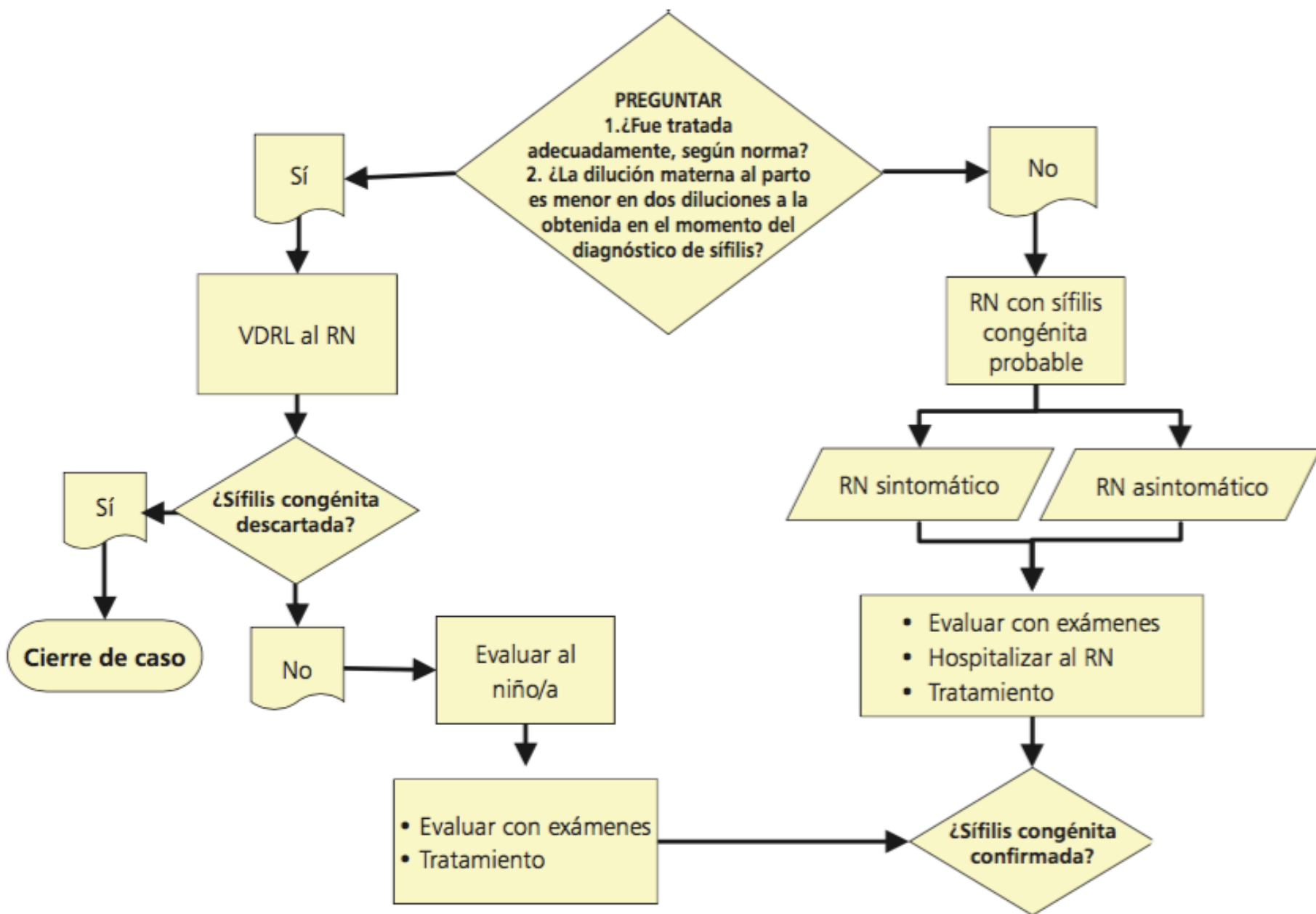
Manejo: medidas de soporte.

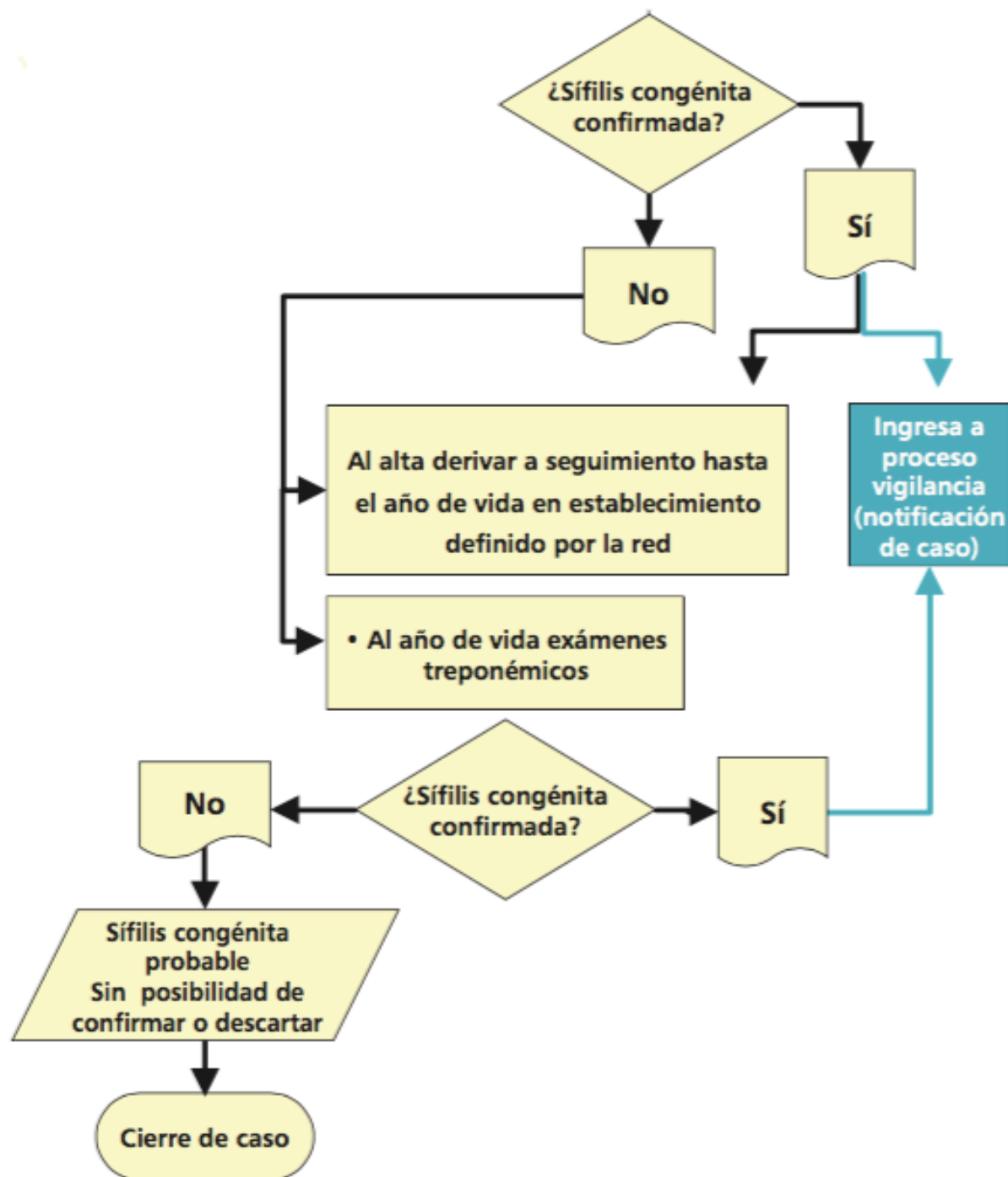
¿Lactancia Materna?



- **No está contraindicada**
- Leche materna no se considera agente infectante efectivo (no alcanza cargas bacterianas significativas para producir enfermedad)
- Si madre no recibió tratamiento adecuado debe tratarse







Seguimiento



Madre adecuadamente tratada y RN con VDRL periférico reactivo no tratado

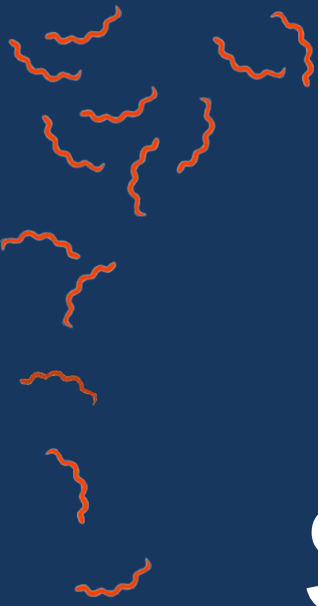
- Control médico y VDRL al mes, a los 2 meses, a los 3 meses o hasta que el VDRL sea NO REACTIVO.
- Si las diluciones de VDRL se mantienen estables o aumentan se debe reevaluar al niño/a e indicar tratamiento.
- A los 6 meses de vida, debe negativizarse el VDRL, en caso contrario, reevaluar al niño/a.
- Alta luego de corroborar que el VDRL sea NO REACTIVO.

RN con sífilis congénita tratada (probable y/o confirmada)

- Control médico y con VDRL al mes, a los 2, 3, 6 y 12 meses de vida.
- Si el VDRL permanece reactivo a los 6 meses de edad, se debe reevaluar al niño/a.
- A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas.

RN con neurosífilis

- Control médico y VDRL al mes, a los 2, 3, 6 y 12 meses de vida.
- Control de VDRL en LCR a los 6 meses de edad, para corroborar que sea NO REACTIVO. En caso contrario, reevaluar y volver a tratar al niño/a.
- A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas.
- Realizar seguimiento neurológico, por otorrino y oftalmólogo a los 3, 6 y 12 meses de edad.



SÍFILIS CONGÉNITA

Krasna Mihovilovich R
Becada Pediatría USS
Agosto 2018

