

# SÍFILIS CONNATAL



Pos. Dra. Lucía Dalcín Pos. Dr. Jeremy Tairovich

Tutor: Prof. Adj. Dra. Mariana Guirado

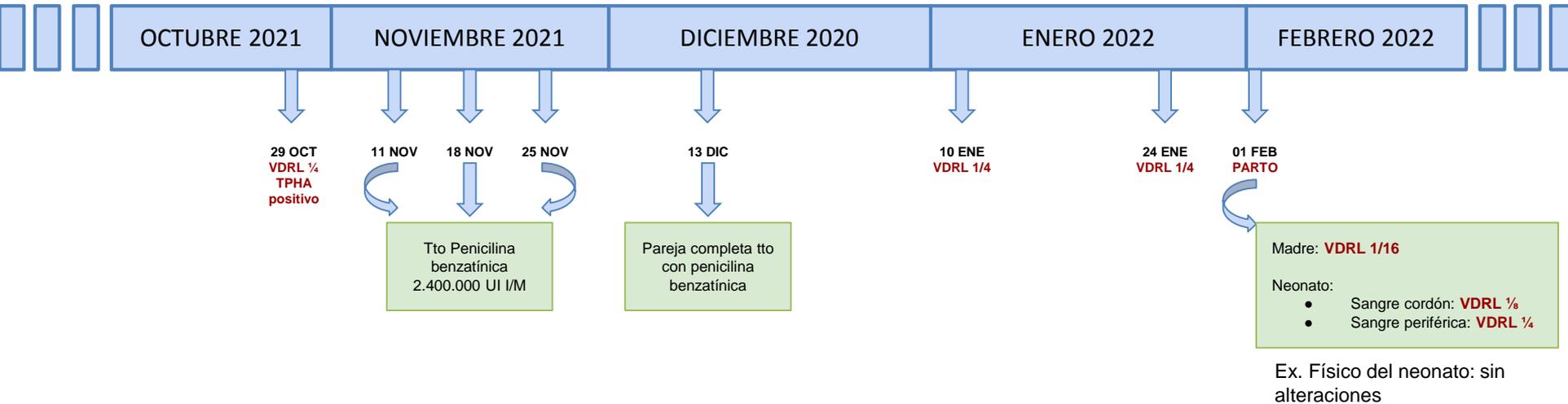
# ABORDAJE DEL TEMA

- Caso Clínico
- Introducción
- Epidemiología
- Historia Natural
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento



# CASO CLÍNICO

- Mujer 21 años. Cursando COVID-19 leve.
- Primigesta. Embarazo de captación tardía. Escasos controles. Diagnóstico de sífilis en tercer trimestre (VDRL 2018 no reactivo, VDRL 2<sup>do</sup> Trimestre no reactivo).



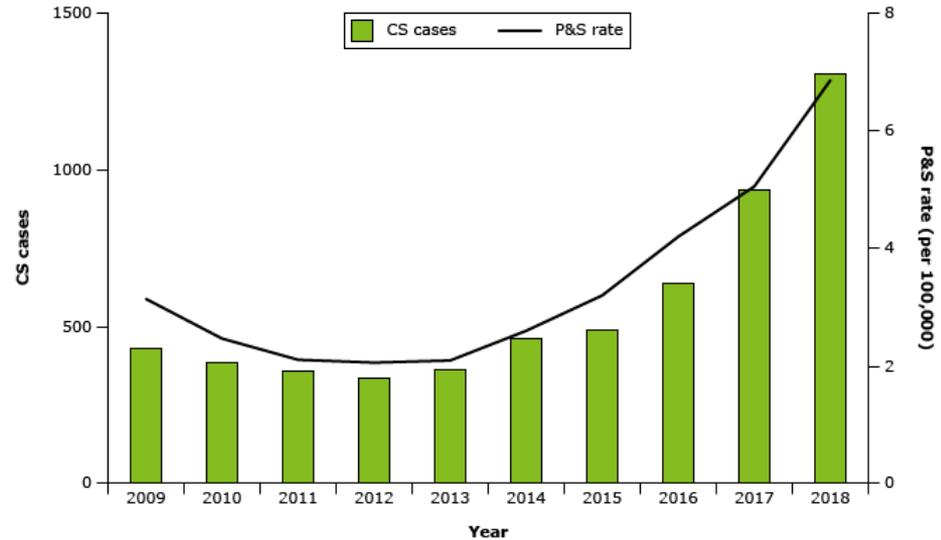
# PREGUNTAS

1. ¿Qué conducta tomaría al respecto?
2. ¿Fue correcto el tratamiento indicado a la embarazada?
3. ¿Cómo continuaría la valoración y/o el tto de la puérpera?
4. ¿Cómo continuaría la valoración y/o el tto del RN?

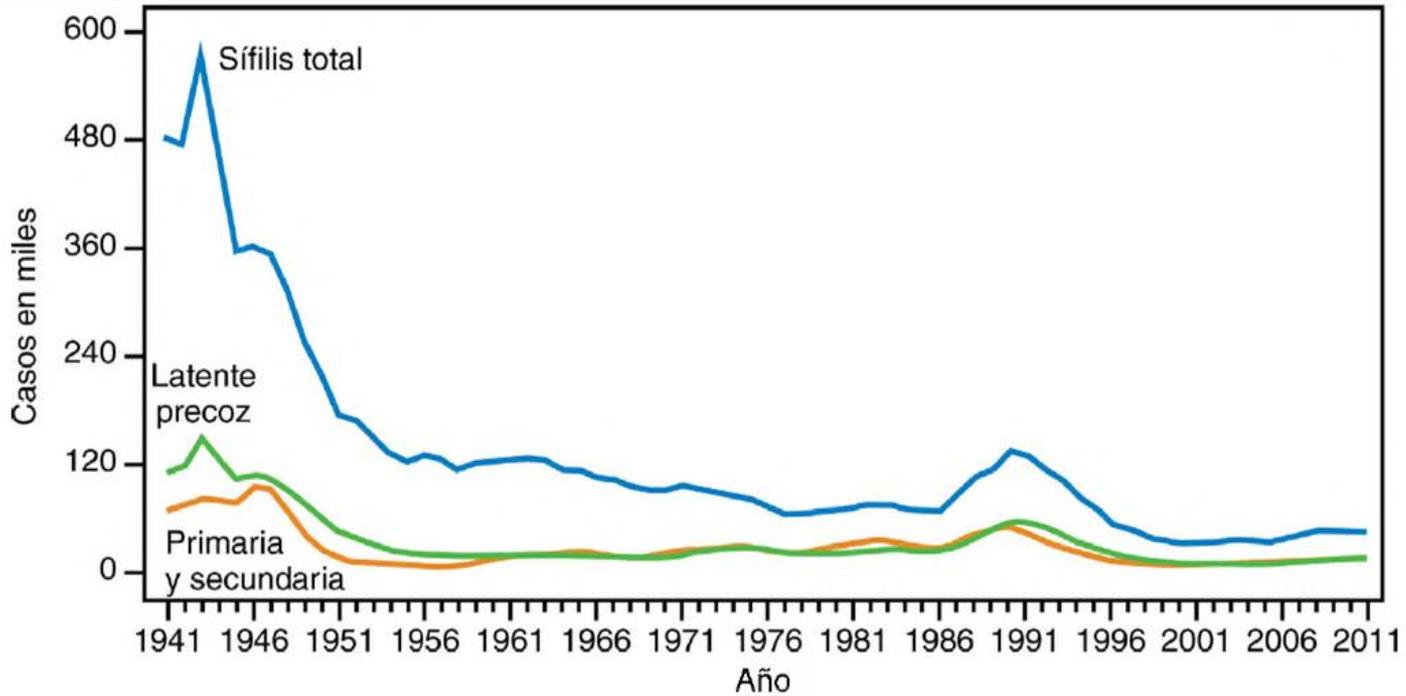


# INTRODUCCIÓN

- ITS causada por *Treponema pallidum*: familia *Spirochaetaceae*.
- Transmitidas desde la madre al feto o al recién nacido.
- Enfermedad re-emergente. La CDC reporta aumento del 81% de los casos entre 2014 y 2018 en EEUU.
- Todos los estadios de sífilis durante la gestación tienen riesgo de transmisión al feto pero el riesgo es mayor en etapas tempranas de la infección.
- “La gran imitadora”: historia natural tanto de la enfermedad tratada como no tratada puede ser impredecible.



# EPIDEMIOLOGÍA



# EPIDEMIOLOGÍA



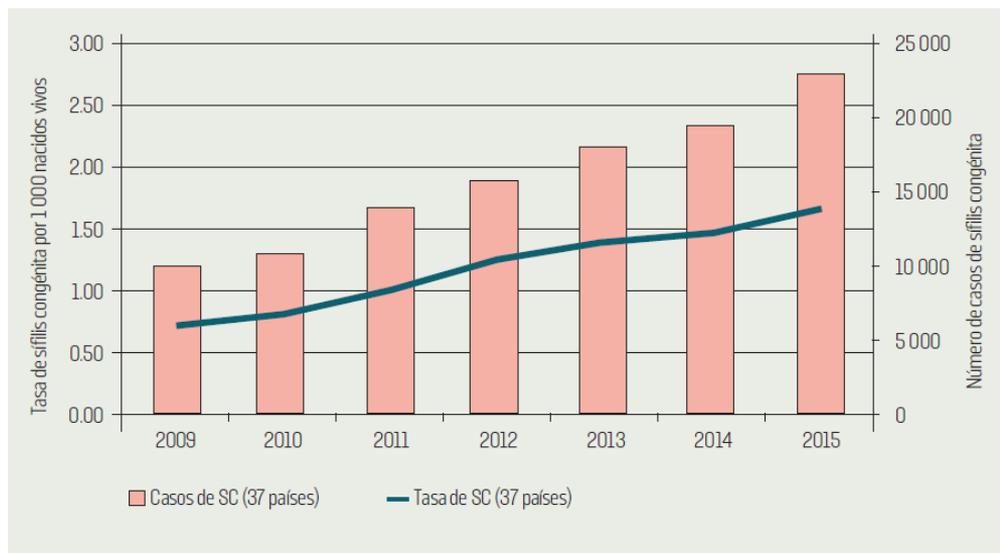
La OMS estima:

- **6 millones** de nuevos casos a nivel mundial cada año, incluyendo **1,5 millones de mujeres embarazadas**.
- En 2016:
  - **661.000 casos** de sífilis congénita a nivel global incluyendo:
    - 143.000 óbitos y abortos.
    - 61.000 muertes neonatales
    - 41.000 pretérminos o bajo peso al nacer.
    - 109.000 con diagnóstico clínico de sífilis congénita.
  - **2 millones de nuevos casos** en la región de las américas incluyendo:
    - 131.000 de mujeres embarazadas con sífilis.
    - 51.000 casos de sífilis congénita.



# EPIDEMIOLOGÍA

**Figura 13.** Número estimado de casos de sífilis congénita y tasa de incidencia por 1 000 nacidos vivos en la Región de las Américas, 2009-2015

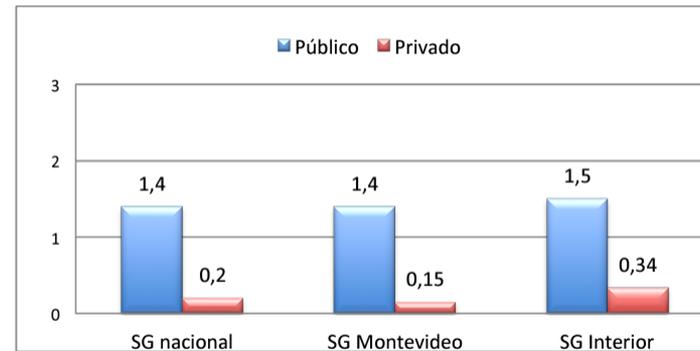
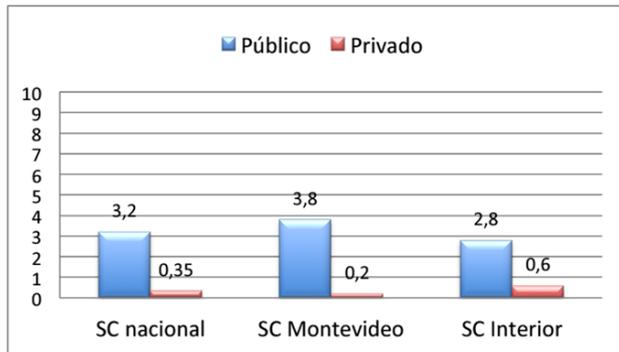
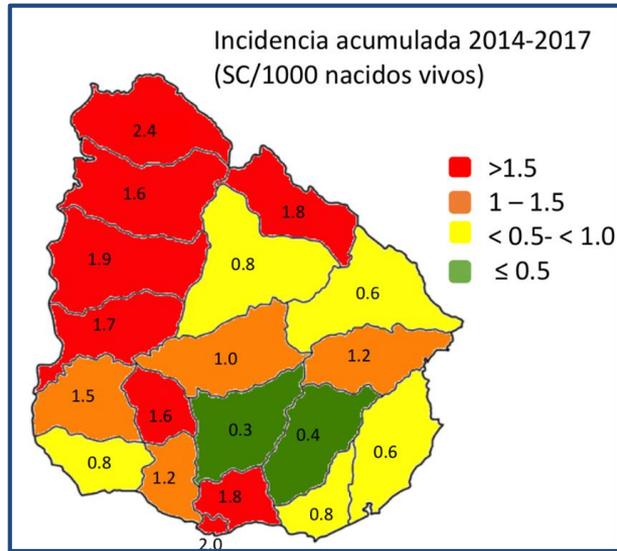


Fuente: ONUSIDA/DMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2014-2015 [6]; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual 2015 [11]; Brasil. Boletín epidemiológico-Sífilis [12]; e informes de país sobre la eliminación de la TMI correspondientes al 2015-2016. Nacimientos: OPS. Indicadores básicos 2009-2015 [9].



# EPIDEMIOLOGÍA

- En Uruguay la tasa de sífilis congénita se ubicó en 1,5 por cada 1000 nacidos vivos (objetivo menor al 0,5).
- En necropsias de óbitos fetales realizadas en 2010 en el CHPR el 14,5% correspondieron a sífilis congénita.

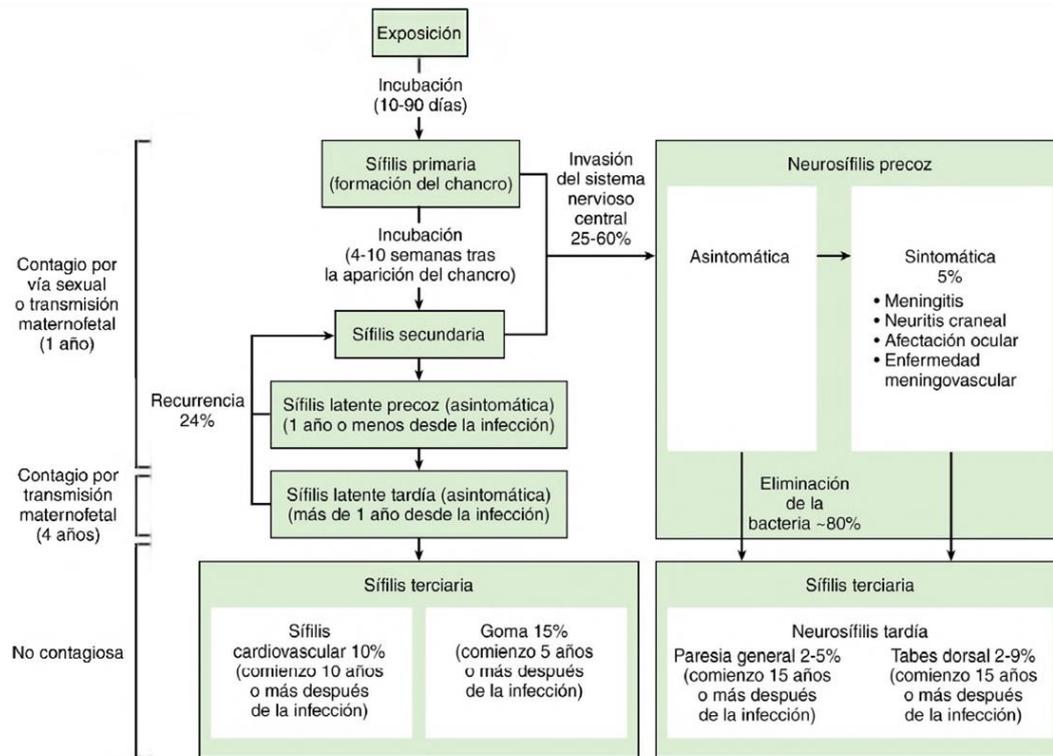


# HISTORIA NATURAL

Riesgo de transmisión vertical según estadio de la infección:

- 50% en sífilis primaria.
- 67% de sífilis secundaria
- 83% de latente temprana.

Luego del período latente temprano el riesgo baja al 10%.



## Transmisión:

- Vía transplacentaria.
- Durante el parto al tener contacto el feto en su pasaje por el canal de parto con lesiones.
- No existe transmisión a través de la lactancia

## Etiopatogenia:

- *Treponema pallidum* se libera directamente en la circulación del feto, lo que da lugar a una espiroquetemia con una amplia diseminación a casi todos los órganos.
- Las manifestaciones clínicas son el resultado de la respuesta inflamatoria.
- Los huesos, el hígado, el páncreas, el intestino, el riñón y el bazo son los más frecuentes y graves.
- La gravedad de las manifestaciones es variable y puede ir desde anomalías aisladas de laboratorio o radiografías hasta la muerte.
- La infección manifiesta puede presentarse en el feto, el recién nacido o más tarde en la infancia (si no recibe tratamiento).



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL RECIÉN NACIDO

60% a 78% de los niños con sífilis congénita temprana son asintomáticos al nacer y de ellos 2/3 presentarán síntomas entre las 3 y las 8 semanas de vida.

## Precoz < 2 años de edad:

- Lesiones cutáneo mucosas y periorificiales: máculo-papulosas, bullosas (pénfigo palmoplantar).
- Rinitis bilateral con dificultad respiratoria, secreción serosa o seropurulenta y a menudo sanguinolenta.
- Hepatoesplenomegalia.
- Poliadenopatías,
- Ictericia.
- Meningitis.
- Trombocitopenia
- Periostitis y osteocondritis de los huesos largos que origina la seudoparálisis de Parrot.
- Lesiones de coriorretinitis.

## Tardía > 2 años de edad:

- Lesiones óseas: Periostitis de huesos frontal y parietales, maxilares superiores cortos, paladar ojival, hidrartrosis sobre todo de rodilla, deformaciones de tibia en sable, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar.
- Lesiones cutáneo mucosas: sífilides máculo-papulosas, lesiones fisurarias de las comisuras bucal y del ano.
- Queratitis intersticial.
- Hepatoesplenomegalia.
- Sordera por compromiso del VIII par.
- Retraso mental.



# MANIFESTACIONES EN NIÑOS



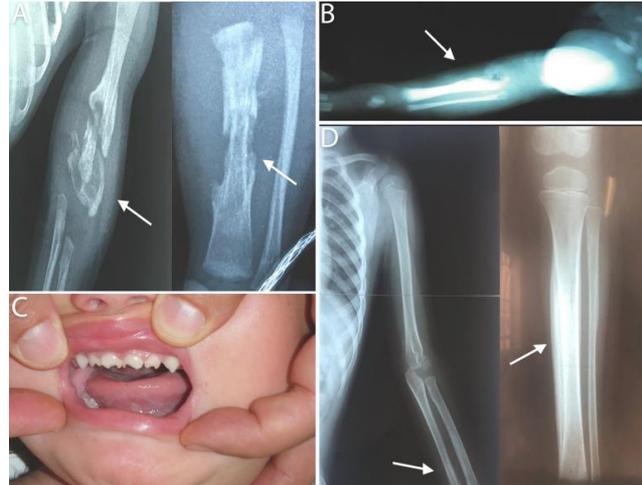
Tibia en sable



Sifilides



Dientes de Hutchinson



# SÍFILIS CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO

Definición de caso: se requiere uno de los dos siguientes criterios:

- El neonato tiene hallazgos clínicos, radiológicos y/o de laboratorio compatibles.
- El neonato nació de una madre con diagnóstico de sífilis tratada inadecuadamente, de forma subóptima o no tratada.

Algunos autores asumen como caso a neonatos cuya madre tuvo contacto con una persona con sífilis primaria o secundaria dentro de los noventa días previos al parto y no fueron tratadas o tratadas inadecuadamente.

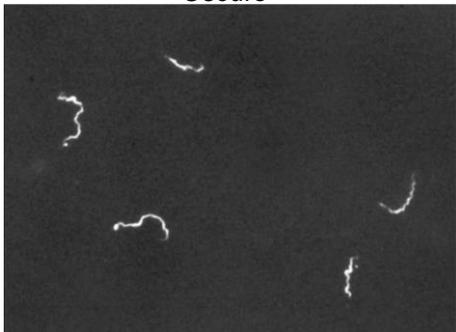


# DIAGNÓSTICO: PRUEBAS DE LABORATORIO

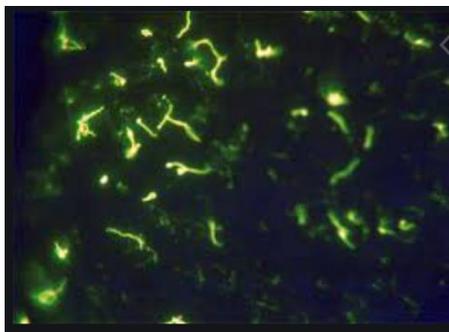
No se realiza cultivo para diagnóstico, existen pruebas directas e indirectas:

- Métodos directos:

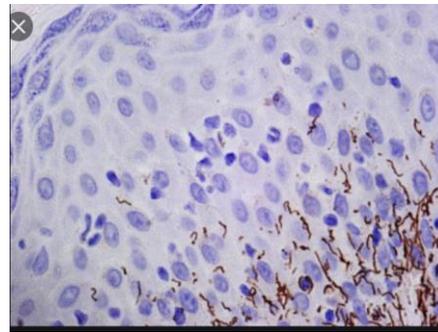
Microscopía de Campo Oscuro



Microscopía de inmunofluorescencia (DFA-TP)



Microscopía Inmunohistoquímica

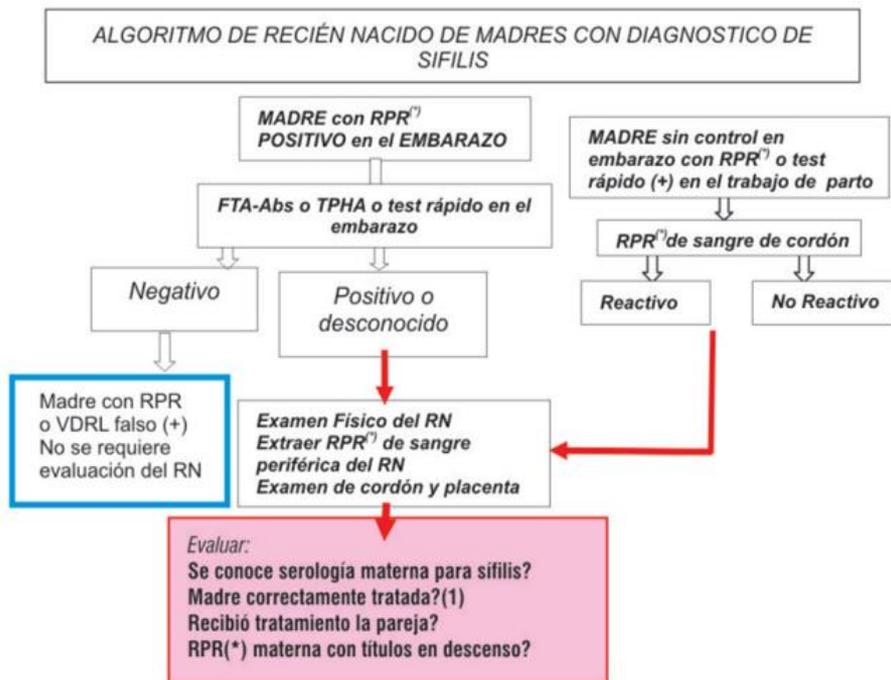


- Métodos indirectos

1. No treponémicas: VDRL, RPR
2. Treponémicos: TPHA, FTA-ABS, prueba rápida (inmunocromatográfica)



# VALORACIÓN DEL NEONATO



## Interpretación de resultados:

- A todos los recién nacidos hijos de una madre con serología positiva se les debe realizar RPR o VDRL en sangre periférica.
- Los estudios no treponémicos de sangre de cordón umbilical tienen baja sensibilidad y especificidad, por lo que no es adecuado realizar diagnóstico de sífilis congénita con sus resultados.

<p>1) Sífilis congénita(2)</p> <p>RN con ex físico compatible y/o RPR(*) de suero &gt; 4 veces materno y/o campo oscuro positivo</p> <p>EVALUACION</p> <p>VDRL en LCR, hemograma, Rx huesos largos. Segun clinica otros.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Penicilina cristalina 10 d. Neurosífilis: 14 días</p> <p>Seguimiento</p> <p>RPR a los 3, 6 y 12 meses. Si: títulos aumentan o no descienden 4 títulos al año, debe retratarse. VDRL en LCR. Si: títulos no descienden al menos 4 títulos a los 6 meses tratar.Control oftalmológico, auditivo y de neurodesarrollo</p>	<p>2) Probabilidad de sífilis congénita(3)</p> <p>RN ex físico normal y RPR(*) de suero &lt; 4 veces materno y/o Madre no tratada o tratamiento inadecuado.</p> <p>EVALUACION</p> <p>LCR, hemograma, Rx huesos largos.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Penicilina cristalina 10 d. Neurosífilis: 14 días</p> <p>Seguimiento</p> <p>Sí el LCR es (-): RPR en suero a los 3, 6 y 12 meses Sí LCR es (+): idem anterior + VDRL en LCR a los 6 meses</p>	<p>3) Bajo riesgo de sífilis congénita.</p> <p>RN ex físico normal y RPR(*) de suero &lt; 4 veces títulos materno y Tratamiento materno adecuado y Madre sin evidencia de reinfección o recaída.</p> <p>SIN EVALUACION.</p> <p>Tratamiento</p> <p>No esta indicado salvo que:</p> <p>No se asegura el seguimiento y adherencia: Penicilina benzatínica 50.000 UI I/M.</p> <p>Seguimiento RPR al mes</p>	<p>4) Muy bajo riesgo de sífilis congénita.</p> <p>RN ex físico normal y RPR(*) de suero &lt; 4 veces materno y Tratamiento materno adecuado durante el embarazo y títulos maternos bajos antes y durante embarazo y parto: (VDRL &lt;1/2 o RPR &lt; 1/4).</p> <p>SIN EVALUACION</p> <p>SIN TRATAMIENTO</p> <p>Seguimiento RPR a los 3 meses</p>
<p>Registro en el SIP y notificación a MSP DEVISA, tel: 24091200; Fax: 24082736; o al sistema web: <a href="http://www.msp.gub.uy">www.msp.gub.uy</a></p>			



# TRATAMIENTO

- Se debe indicar tratamiento inmediato con un test de tamizaje positivo (RPR, VDRL o test rápido).
- El tratamiento es con penicilina.
- En caso de alergia a penicilina debe realizarse la desensibilización.
- El tratamiento durante la segunda mitad del embarazo, tiene mayor riesgo de reacción de Jarisch-Herxheimer y desembocar en parto pre término.
- Se debe estudiar a los contactos sexuales y tratar a los positivos.
- Independientemente del estudio a la pareja se debe hacer tratamiento inmediato por la misma Institución donde se realiza el control la gestante.



# TRATAMIENTO INADECUADO/SUBÓPTIMO MATERNO

- Terapia inadecuada
  - No tratamiento con penicilinas.
  - Tratamiento en el mes previo al parto.
  - Tratamiento con dosis inapropiadas para el estadio de la infección.
- Inadecuada documentación del tratamiento materno.
- Respuesta inadecuada a la terapia.

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



# SEGUIMIENTO

Seguimiento cada 2-3 meses con la misma prueba serológica no treponémica utilizada en el diagnóstico inicial (RPR o VDRL), sabiendo que el descenso de los títulos en el embarazo puede ser más lento.

Se recomienda que:

- Ante un aumento de los títulos, se plantea reinfección y se indica un retratamiento, (tratamiento de los contactos sexuales)
- Sí a los 6 meses no hubo un descenso de al menos 4 veces, realizar retratamiento.



# APRENDIZAJES

- La sífilis, a pesar de ser una enfermedad prevenible, con tratamiento efectivo, barato y accesible, sigue siendo un problema de salud pública a nivel global fundamentalmente en países subdesarrollados.
- En Uruguay no se han logrado los objetivos propuestos por la OMS para el control de la sífilis congénita.
- La captación precoz con tratamiento óptimo son de suma importancia para evitar complicaciones en el feto o posteriormente en el neonato.
- Es importante la correcta interpretación de los hallazgos paraclínicos en vistas a tomar decisiones terapéuticas adecuadas.
- El testeo de la sífilis en cada trimestre del embarazo resulta fundamental.
- El tratamiento de la sífilis tanto de la madre como de la o las parejas sexuales durante el embarazo debe realizarse precozmente con penicilina.





**Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2022.**

