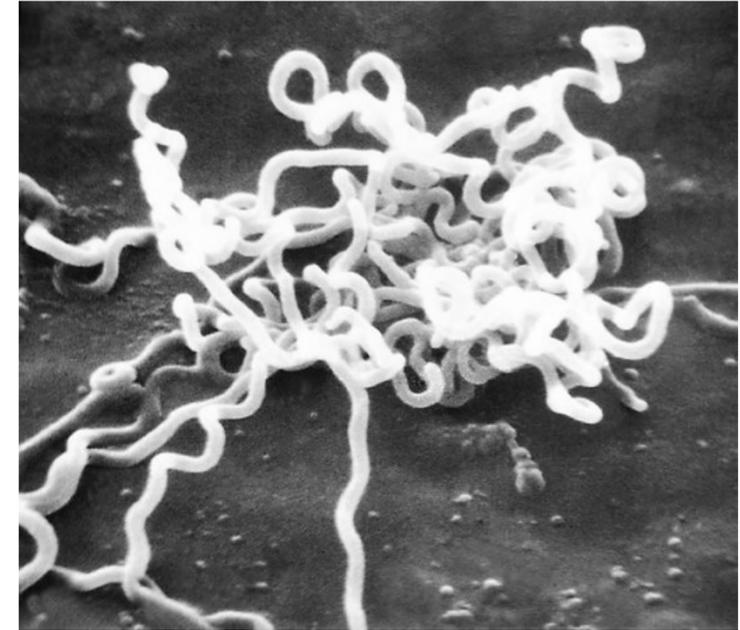


Sifilis congénita

Karina Torres Martínez
Interna USS Sede Patagonia

Sífilis congénita

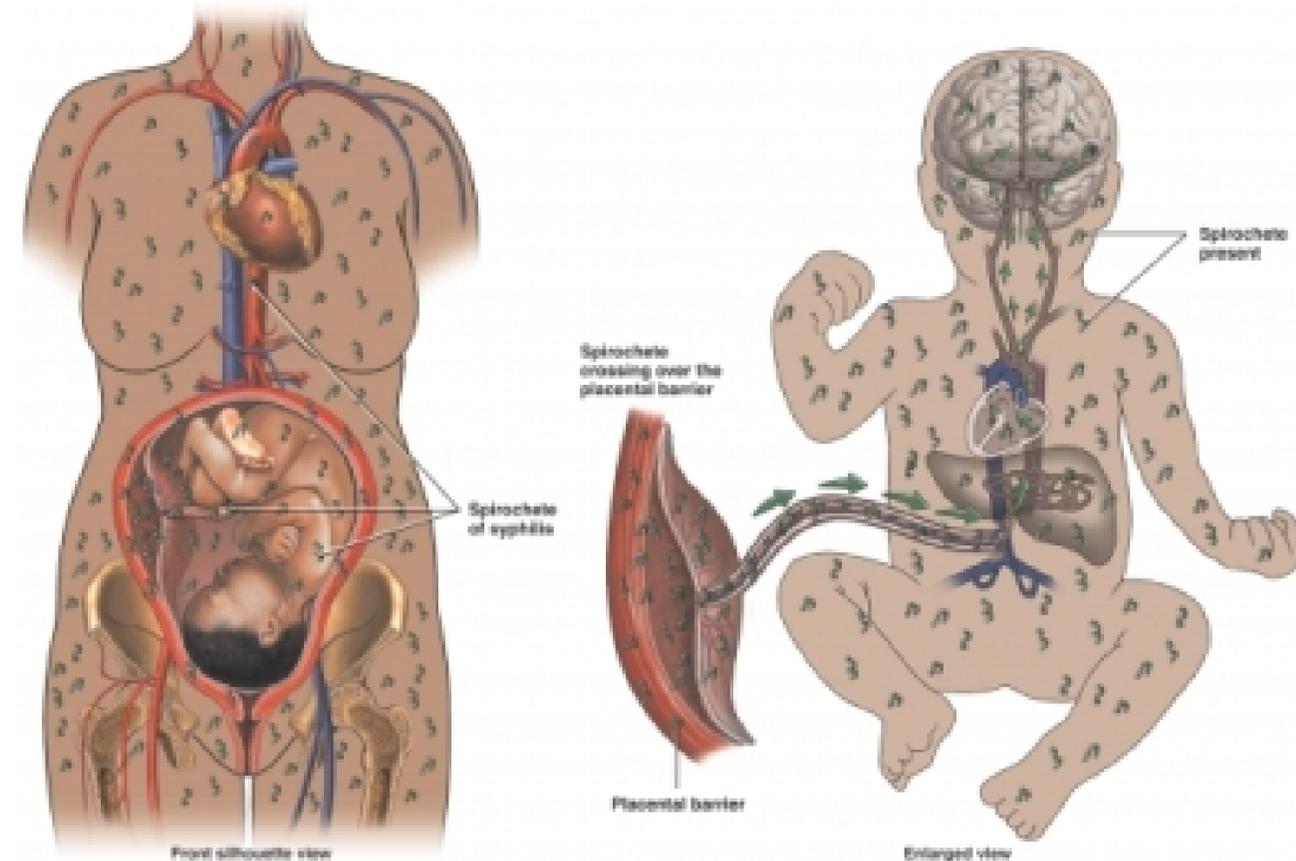
Enfermedad infecciosa sistémica producida por *Treponema pallidum*



Transmisión

Transplacentaria

Perinatal



Epidemiología

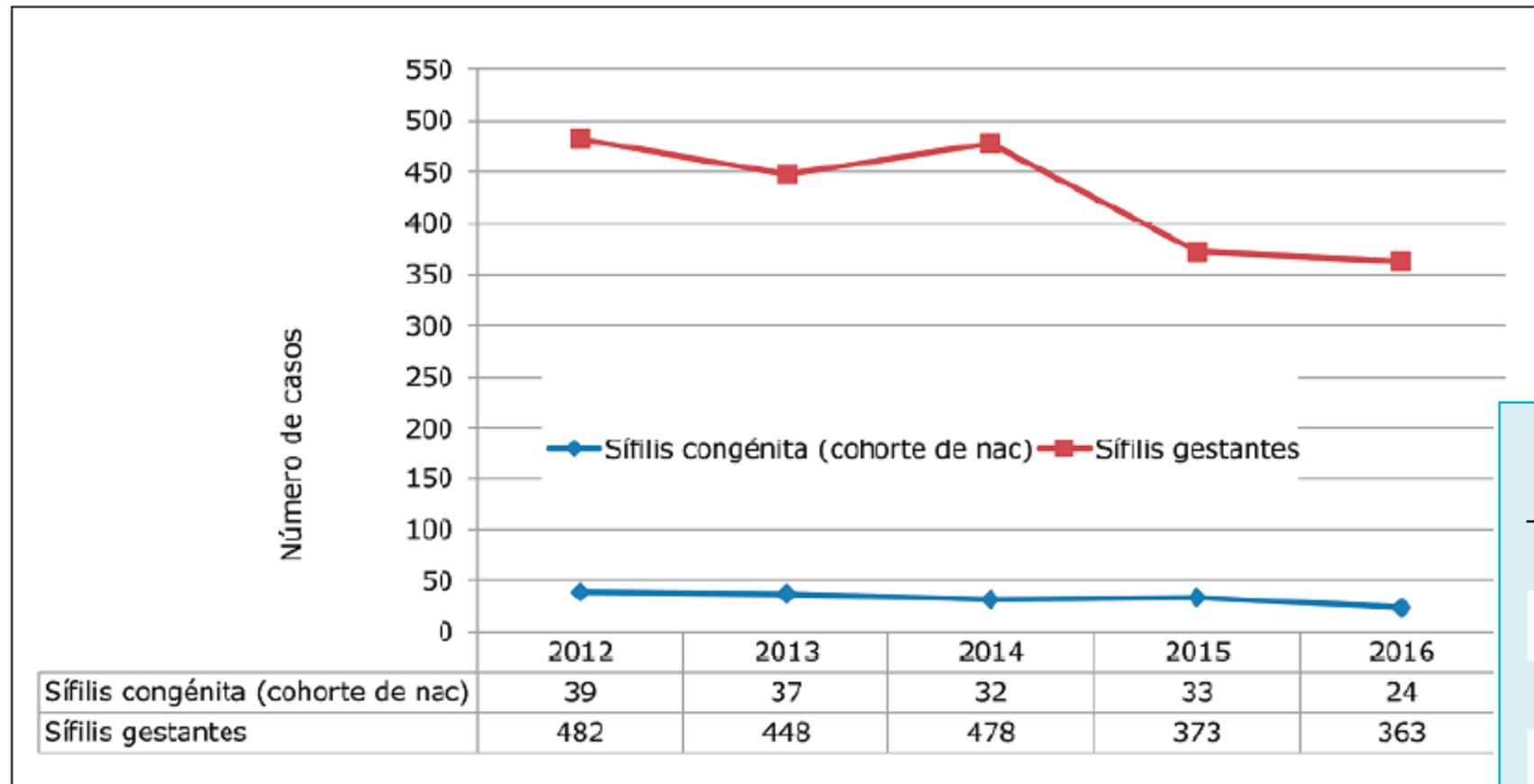


Figura 6. Casos de sífilis en gestantes y sífilis congénita. Chile 2012-2016*. *2015 y 2016. Datos provisorios. Fuente: Base de datos ENO. DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

En el año 2016, la mayor tasa de sífilis congénita se encuentra en la Región de Los Lagos (0,4 por mil NVC). Las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Bío Bío y Araucanía muestran tasas entre 0,1 y 0,2 casos por mil NVC.

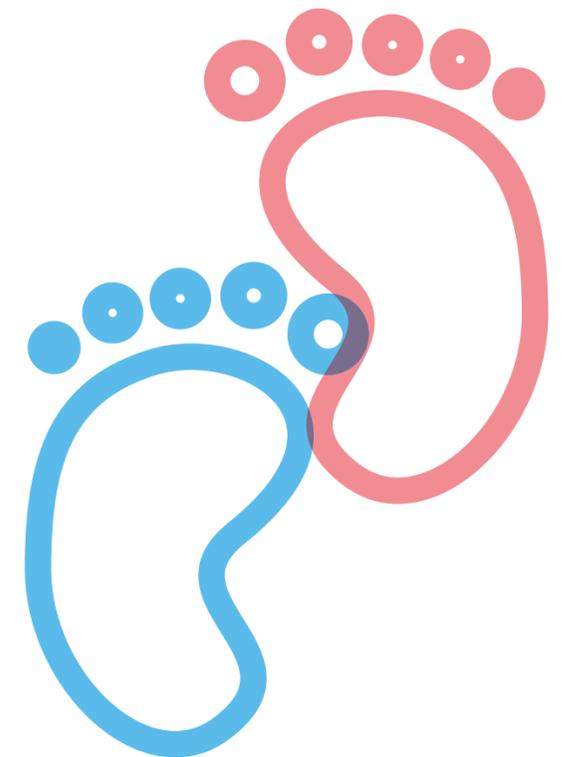
Tabla 5. Casos y tasas de sífilis congénita. Chile 2012-2016*

Año	Casos	Tasa**
2012	39	0,2
2013	37	0,2
2014	32	0,1
2015	33	0,1
2016	24	0,1

Fuente: Base de datos ENO. DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile. *Información en validación. **Tasa por mil RNVC.



- **Aborto en el 25 % de los casos**
- **Mortinato en el 25% de los casos**
- **El 50% restante que corresponde a los recién nacidos vivos, tiene una alta probabilidad de estar infectado**



Manifestaciones clínicas

Aborto o
mortinato

Multisistémica

Hasta los
primeros 2
años de vida

**Sífilis
congénita
precoz**

Oligosintomática

Asintomática

Después de
los 2 años

**Sífilis
congénita
tardía**

Sífilis congénita precoz

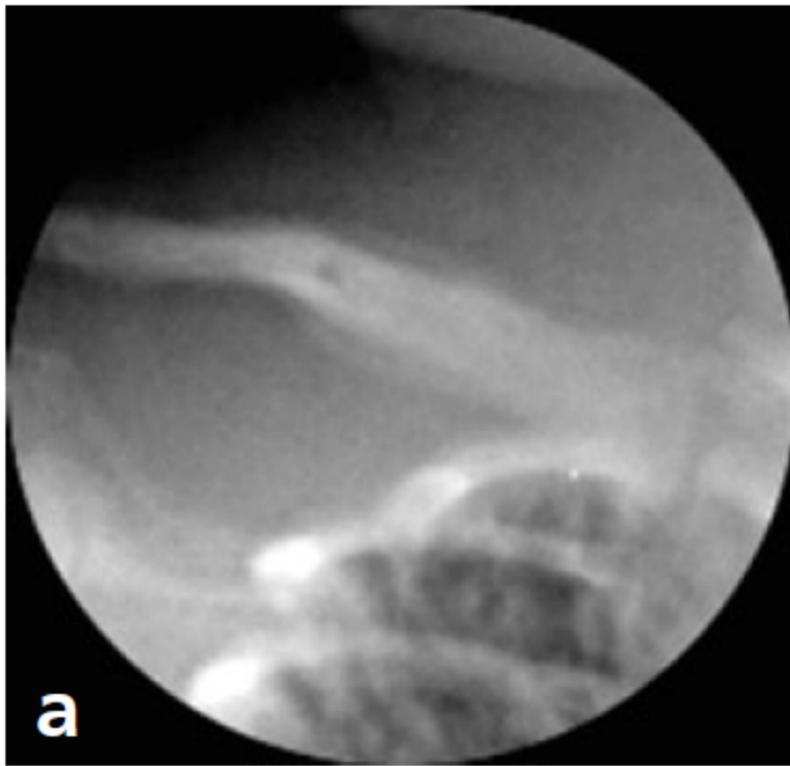
Asintomática en el 60% de los casos

Sintomáticos: RCIU, hepatoesplenomegalia, anemia con hemólisis, pénfigo, ictericia, púrpura, rash, rinitis, adenopatías, lesiones óseas, neumonía alba, hidrops, sepsis, etc

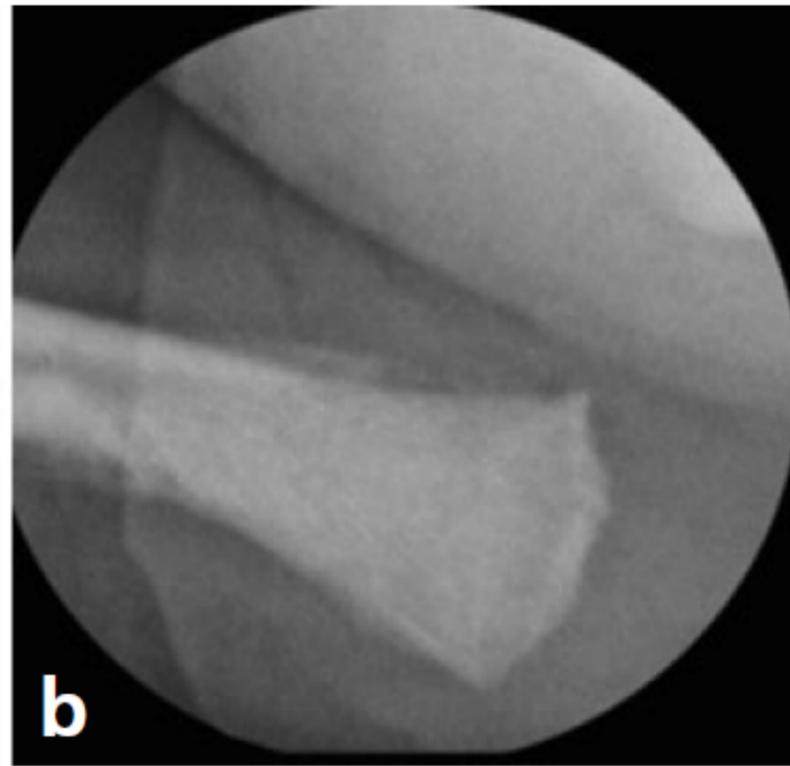


Fig. 2 – Newborn with peeling bullous lesions of congenital syphilis (Courtesy of Dr. Mario del Barco of the Hospital Materno Infantil, Salta, Argentina and Dr. Liliana Vázquez, Buenos Aires, Argentina).

Cooper, J. M., & Sánchez, P. J. (2018, April). Congenital syphilis. In *Seminars in perinatology* (Vol. 42, No. 3, pp. 176-184). WB Saunders.



a



b

Figura 2. Algunos segmentos óseos visibles en la Rx tóraco-abdominal permiten observar compromiso óseo con marcada periostitis de clavícula (a) y fémur proximal (b).



Figura 3. Rx de tórax demuestra extensas imágenes de relleno alveolar, con broncograma aéreo bilateral.

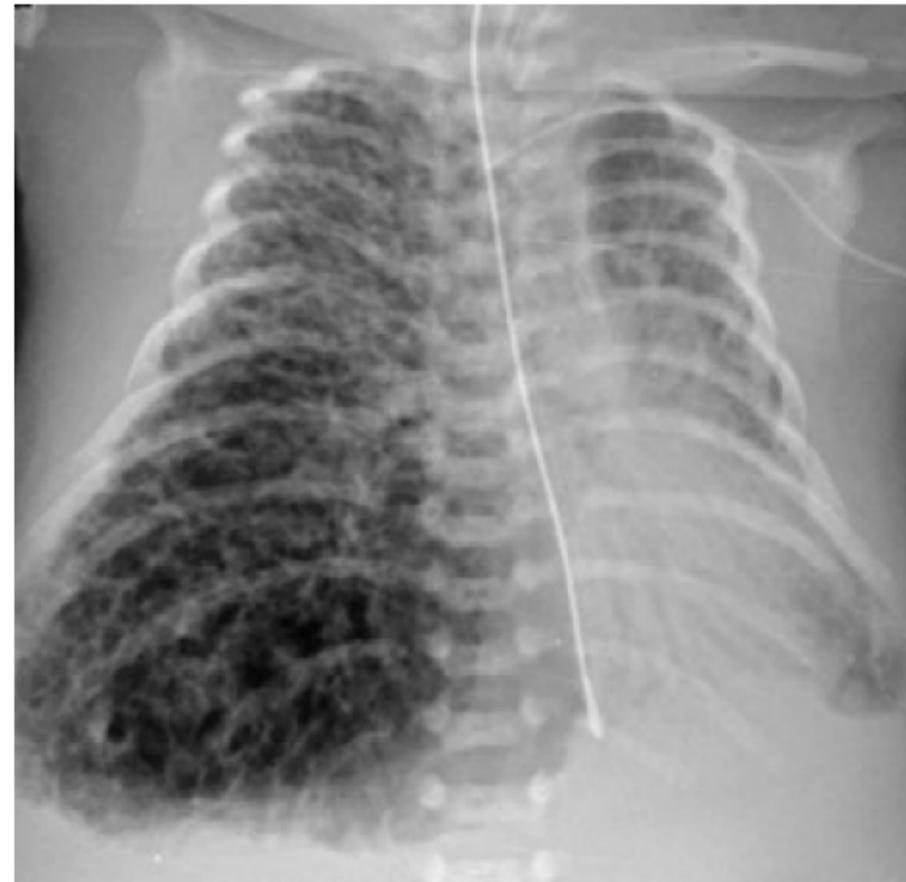


Figura 4. Rx de tórax evidencia marcada asimetría de volumen pulmonar, con extenso enfisema intersticial a derecha y atelectasia a izquierda.

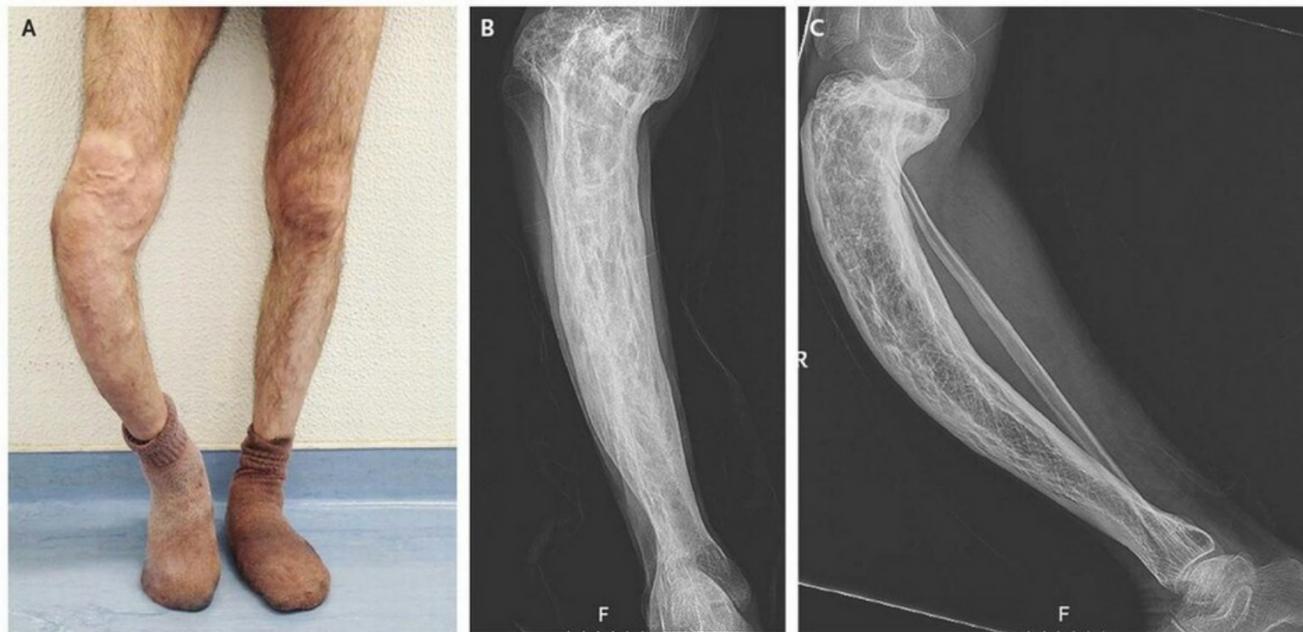


Figura 1. Rx tóracoabdominal evidencia alteraciones pulmonares sugerentes de membrana hialina. hepato-esplenomegalia e ileo.

Sífilis congénita tardía

Más frecuente en la pubertad

Alteraciones óseas, dentarias, oculares,
auditivas o tabes dorsal juvenil



Neurosifilis



Puede presentarse en etapa precoz o tardía

LCR: pleocitosis, proteínas elevadas y/o VDRL positivo

Detección en gestantes + manejo

Pruebas no treponémicas

VDRL
RPR

Pruebas treponémicas

FTA-ABS
MHA-TP

- El tamizaje de Sífilis en gestantes se realiza con exámenes no treponémicos en tres momentos de la gestación: al ingreso, a las 24 y entre las 32 y 34 semanas de embarazo.
- Todo tamizaje que presente un resultado reactivo, debe ser cuantificado. Los laboratorios deben informar siempre al clínico la técnica utilizada.

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz (Sífilis de menos de 1 año de evolución):

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

Sífilis Latente Tardía (Sífilis con más de 1 año de evolución):

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

- Toda gestante con serología reactiva para Sífilis debe recibir tratamiento con Penicilina benzatina en 2.400.000 UI por vía intramuscular, repitiendo semanalmente de acuerdo a etapificación de la enfermedad.
- La gestante alérgica a Penicilina debe recibir tratamiento con Eritromicina en dosis de acuerdo a etapificación de la enfermedad.
- Toda gestante mayor de 24 semanas con sospecha diagnóstica de Sífilis secundaria debe ser derivada dentro de las 24 horas, para evaluación de la unidad feto placentaria y prevención de parto prematuro.
- Los contactos sexuales de la gestante deben ser estudiados y tratados siempre.

Diagnóstico

1. Antecedentes epidemiológicos maternos
2. Serología neonatal
3. Examen físico
4. Alteraciones de exámenes radiológicos y de laboratorio

Ningún Recién Nacido debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico para Sífilis de la madre.

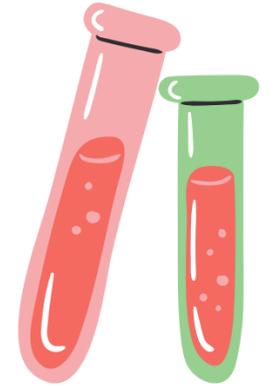
Sífilis confirmada

RN hijo de madre con sífilis,
puede o no presentar signos de
enfermedad activa, VDRL en
sangre mayor al menos en dos
diluciones al materno, VDRL de
LCR reactivo y/o citoquímico de
LCR alterado

Sífilis probable

RN hijo de madre con sífilis, con o
sin signos sugerentes de infección
y/o con imposibilidad de
descartarla + antecedentes

Manejo



- Examen físico completo, VDRL en sangre y LCR, citoquímico de LCR y hemograma con recuento de plaquetas.
- Evaluar según cuadro clínico realización de radiografía de huesos largos, exámenes de función hepática y renal, fondo de ojo y radiografía de tórax



Tratamiento

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0 - 7 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 12 horas	Por 10 días consecutivos
8 - 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 8 horas	Por 10 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

Seguimiento

MADRE ADECUADAMENTE TRATADA Y RN CON VDRL PERIFÉRICO REACTIVO NO TRATADO	RN CON SÍFILIS CONGÉNITA TRATADA (probable y/o confirmada)	RN CON NEUROSÍFILIS
<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">- 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.

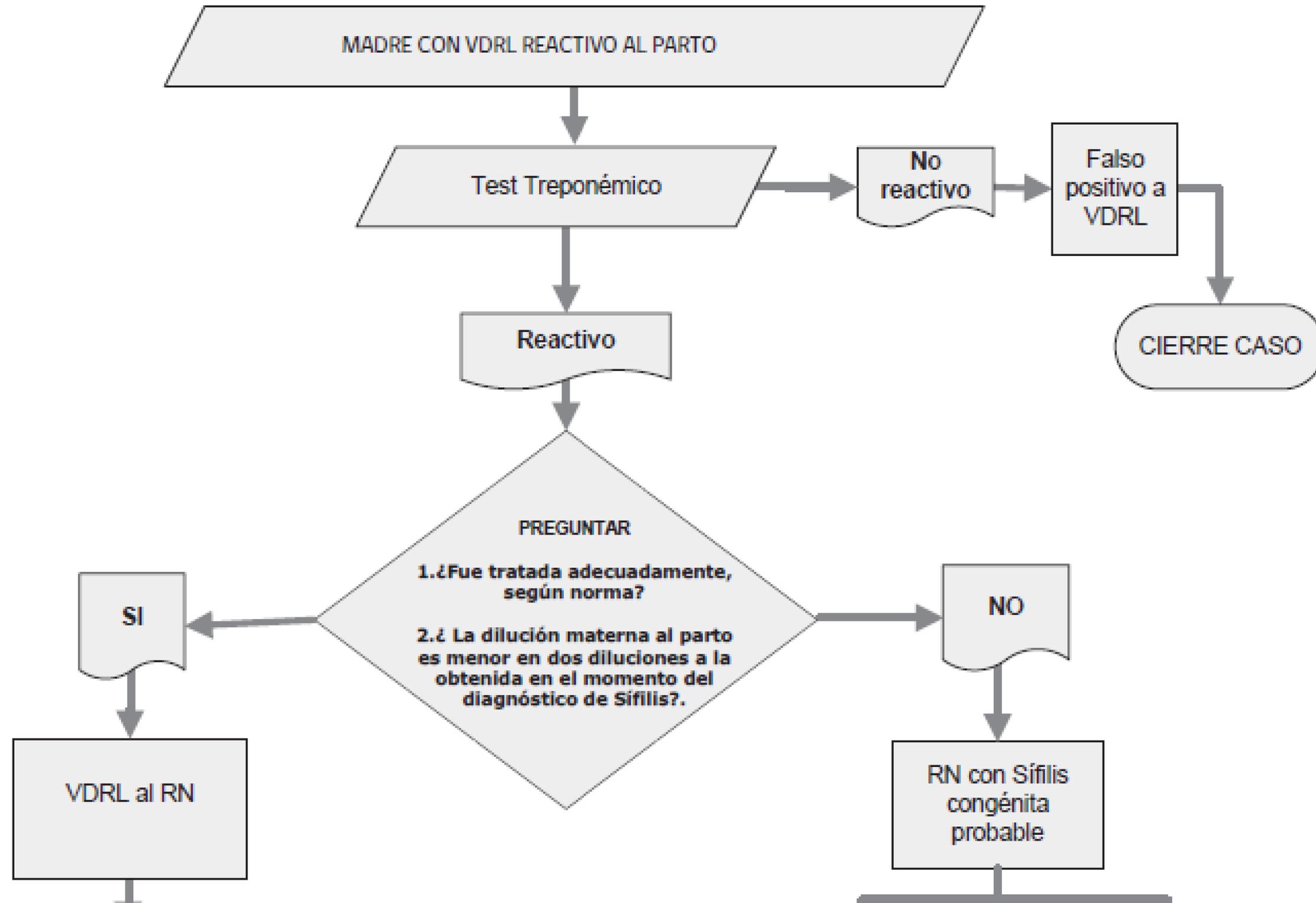
Notificación

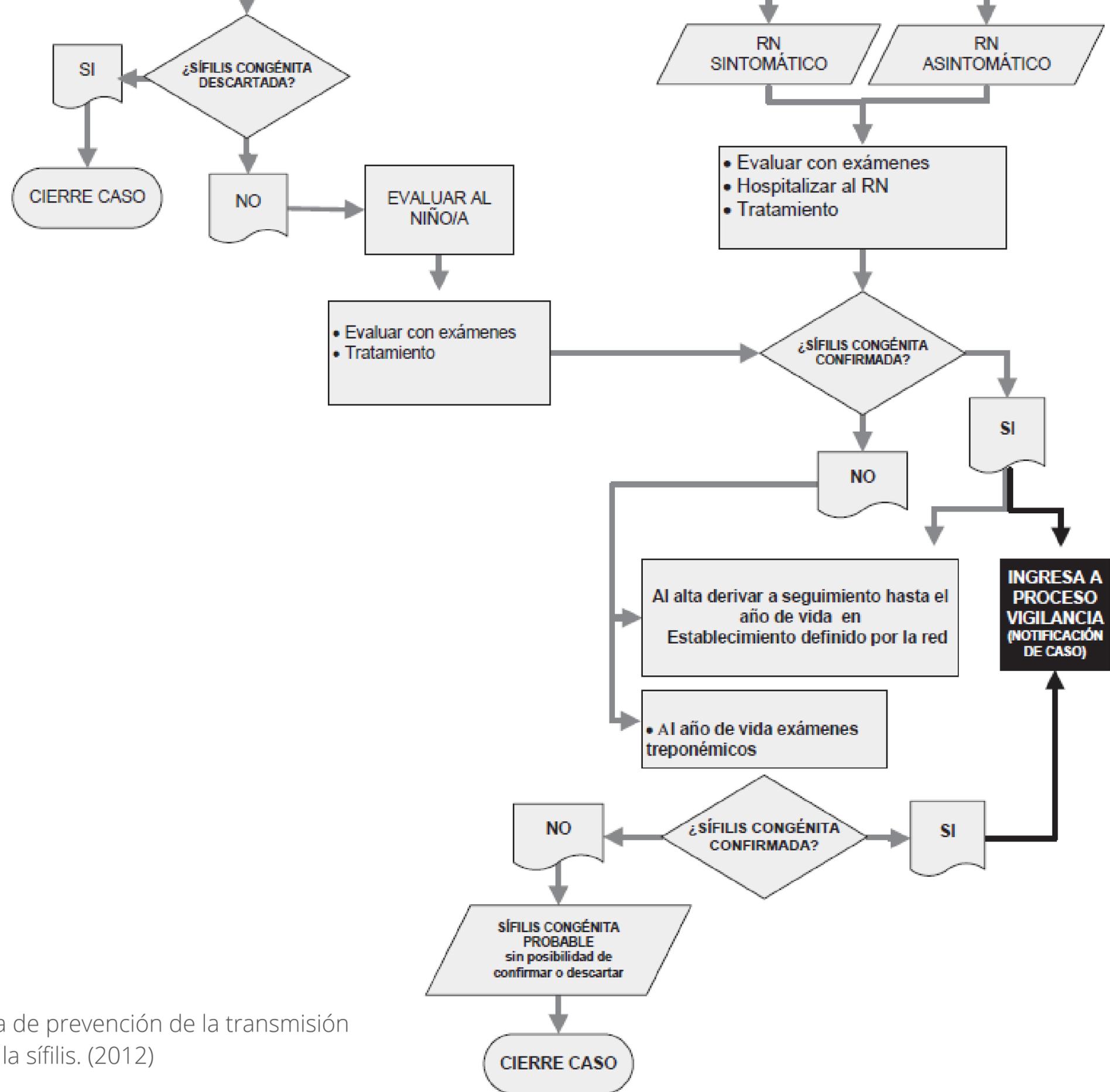


- La sífilis en todas sus formas es una enfermedad de **notificación obligatoria universal**



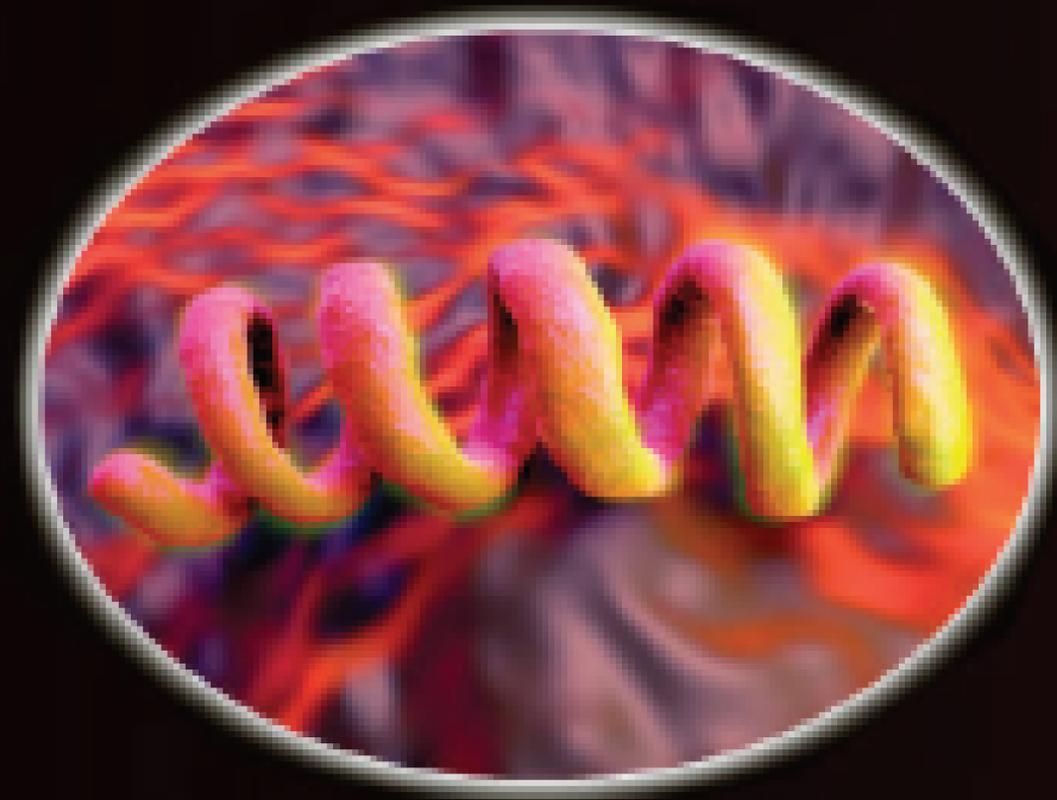
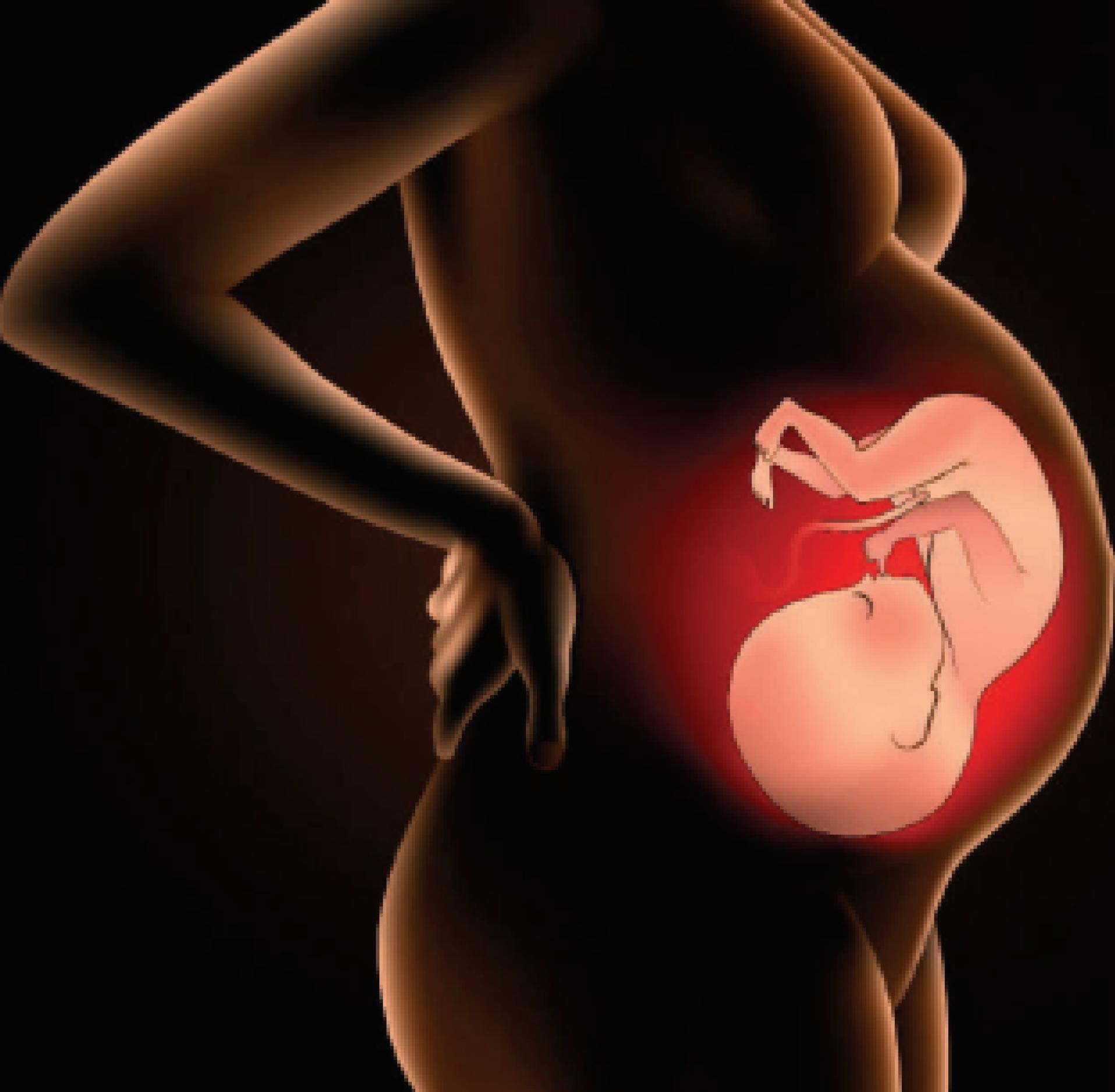
ANEXO N° 7: FLUJOGRAMA DECISIONES TERAPÉUTICAS SÍFILIS CONGÉNITA





Bibliografía

1. Cáceres, K. (2018). Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53. 9). Chile, 2016. Revista chilena de infectología, 35(3), 284-296.
2. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO NEONATAL. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. LA SERENA.(2020)
3. Ministerio de Salud. Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis. (2012).
4. Guías clínicas de Neonatología. Servicio de Neonatología, Hospital Santiago Oriente- L. Tisné. Cuarta edición (2020)



Sifilis congénita

Karina Torres Martínez
Interna USS Sede Patagonia