

# SÍFILIS CONGÉNITA

Interno Carlos Maldonado Klein  
Docente: Dr. Gerardo Flores  
Internado Pediatría 2022

# INTRODUCCIÓN

- Sífilis congénita corresponde a la infección fetal transplacentaria provocada por *Treponema pallidum*, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada.
- Ocurre una diseminación hematológica de la infección → comprometiendo prácticamente todos los sistemas y tejidos del organismo, siendo piel, mucosas, huesos, hígado, bazo y sistema nervioso central los más afectados.
- La combinación de penicilina G y los avances en salud, han disminuído drásticamente las complicaciones en todas las etapas de la sífilis.

# EPIDEMIOLOGÍA:

- Desde el 2014 la tasa de infección se ha mantenido estable bajo 0.3 por 1000 RN vivos. Ese año, se notificaron 27 casos de sífilis congénita en Chile.
- En cuanto a la sífilis congénita, hubo una tasa de notificación de 0,06 por 1.000 nacidos vivos corregidos hasta el 2018.
- Las muertes por sífilis en el período 2002-2017 fueron de un total de 76, siendo el 61,8% por sífilis tardía y un 23,7% por sífilis congénita

# PARA EMPEZAR...

Enfermedad sistémica

Treponema pallidum  
(espiroqueta, reservorio humano exclusivo)

Adquirida por vía transplacentaria o durante el nacimiento

Historia natural de la enfermedad:

- Aborto 25%
- Mortinato 25%
- Sífilis congénita precoz o tardía 50%

Enfermedad de notificación obligatoria universal

# TREPONEMA PALLIDUM

- Espiroqueta Gram negativa
- Compuesta por entre 8 a 20 espiras enrolladas
- Mide entre 5 – 20 micras de largo
- Morfológicamente es similar al flagelo bacteriano, le otorga movilidad (sacacorchos)
- Reservorio: Humano exclusivo
- 50 microorganismos para iniciar infección



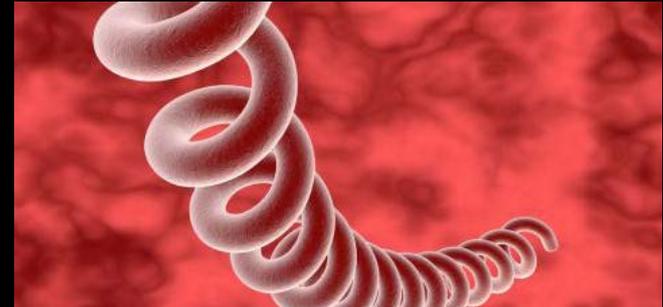
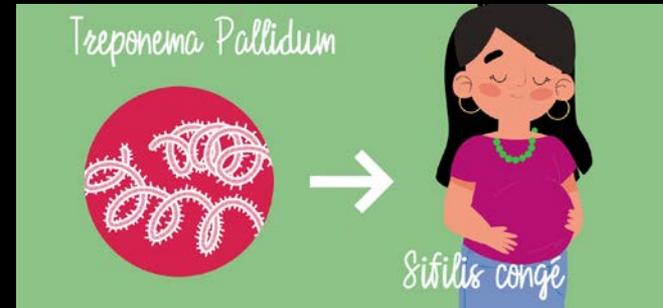
# INFECCIÓN MATERNA

- Embarazo: presentación clínica similar a la no embarazada.
- Transmisión: contacto sexual con una pareja infectada.
- Mecanismo: espiroqueta penetra en las mucosas, membranas o abrasiones cutáneas abiertas para diseminarse sistémicamente.
- Período de incubación: promedio 21 días  
→ chancro 1º: úlcera indolora con bordes elevados en el lugar de la inoculación puede pasar desapercibido.



# TRANSMISIÓN

- 2 vías:
  - Transplacentaria
  - En el parto por contacto directo con lesiones ulceradas en genitales.
- Frecuentemente parto prematuro
- Más espiroquetemia materna = Más probabilidad de transmisión al feto.



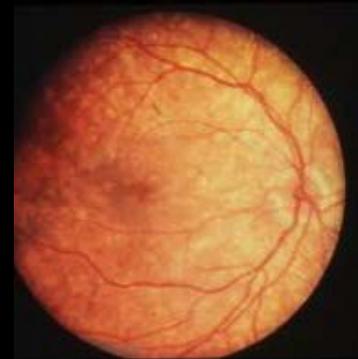
# CLÍNICA:

La clínica en el recién nacido corresponde a una ***sífilis secundaria*** en que hay una extensa diseminación del microorganismo. La clínica puede ir desde asintomático a compromiso séptico.

- Se divide en dos presentaciones:
  - **Sífilis congénita Precoz**: Menores de 2 años
  - **Sífilis congénita Tardia**: Mayores de 2 años

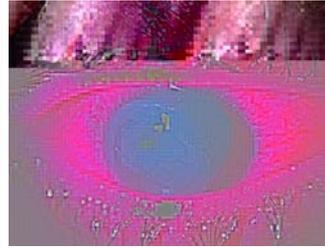
# SÍFILIS CONGÉNITA PRECOZ

- Asintomática (60%)
- Multisistémica:
  - RCIU
  - Anemia, trombocitopenia
  - Sepsis
  - Neumonía alba
  - Hepatitis
  - lesiones en la piel (pénfigo sifilítico)
  - Coriorretinitis en sal y pimienta
  - Compromiso SNC (meningitis, convulsiones, etc)
- Oligosintomática
  - Lesiones en la piel, mucosas y alteraciones óseas



# SIFILIS CONGENITA TARDIA

- Consecuencia de sífilis congénita no tratada:
  - Dientes de Hutchinson
  - Queratitis Intersticial
  - Gomas sífilíticas
  - Tibias en sable



# NEUROSÍFILIS

---

- Suele ser asintomática, pero puede presentar **paresias y tabes dorsal**
- Puede presentarse tanto en etapa precoz como tardía.
- El estudio de LCR muestra **Pleocitosis, Proteínas elevadas y/o VDRL positivo.**

# CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL RN

- En todo RN cuya madre tiene RPR (+) o VDRL (+) en el momento del parto, se debe tomar un VDRL al RN en sangre periférica.
- De este resultado pueden surgir 3 situaciones clínicas:
  - **Sífilis Confirmada:**
    - VDRL mayor al menos en 2 diluciones al materno
    - VDRL de LCR reactivo
    - Citoquímico de LCR alterado
  - **Sífilis Probable:**
    - Madre con Sífilis no tratada o inadecuadamente tratada
    - Madre con sífilis que no haya presentado respuesta esperada al tratamiento o que se sospeche reinfección
    - Madre con Sífilis tratada, pero con seguimiento serológico insuficiente
    - Madre con serología reactiva sin control de embarazo
    - Sífilis materna tratada en las últimas 4 semanas antes del parto
    - Madre tratada pero no hay historia clara de tratamiento
    - Madre sin historia de Sífilis previa, con serología reactiva al parto a cualquier dilución
  - **Sífilis Descartada:**
    - RN hijo de Madre con VDRL (+) en el momento del parto. VDRL del RN es (-).

# VDRL

- **Gold standard** para tamizaje, clasificación y control de tratamiento. Reacción antígeno-anticuerpo de tipo floculación.
  - **Mide anticuerpos IgM e IgG** en respuesta al material lipoidal liberado de las células dañadas.
  - La técnica VDRL permite el **análisis cualitativo y cuantitativo** de las muestras de suero y líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Las diluciones que se informan son:
    - Sin diluir y reactivo débil (1:1)
    - Las diluciones continúan: 1:2, 1:4, 1:8, **1:16**, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256 o más.
    - En una persona sana sin antecedentes el resultado debiera ser "no reactivo".

## RPR

- Técnica **cualitativa** que se emplea como técnica de tamizaje.
- Se utiliza para tamizaje, clasificación de etapa clínica de la sífilis y control de tratamiento.
- Esta técnica corresponde a una reacción antígeno-anticuerpo unido a partículas de carbón.

- **Mide anticuerpos IgG e IgM** producidos en respuesta al material lipoidal liberado desde las células dañadas del huésped o liberado desde las treponemas.
- La técnica de RPR permite el análisis de las muestras de plasma y suero.
- No está validada para análisis del LCR.

# PRUEBAS TREPONÉMICAS

- **FTA-Abs:** Es una técnica de anticuerpos fluorescentes indirecta empleada como examen confirmatorio de la presencia de anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*, que emplea este agente como antígeno. Operador dependiente.

- **MHA-Tp:** Técnica de elección para la confirmación de sífilis en la red asistencial, por su costo efectividad. Es una técnica de hemoaglutinación pasiva basada en la aglutinación de eritrocitos sensibilizados con el antígeno de *Treponema pallidum*

# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el resultado del análisis de:

- Antecedentes epidemiológicos maternos,
- Serología neonatal,
- Examen físico del niño/a y
- Alteraciones de exámenes radiológicos y de laboratorio

## Antecedentes epidemiológicos maternos:

1. ITS de la madre y sus parejas/contactos sexuales, durante el embarazo actual o en embarazos anteriores.
2. Ausencia de control de embarazo, o control irregular.
3. Abuso de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos, etc.)
4. Situación de riesgo social.
5. Inadecuada evolución de la curva serológica materna.
6. Tratamiento inadecuado o incompleto de la madre y sus parejas/contactos sexuales.

# SEROLOGÍA NEONATAL

El hallazgo de test serológicos treponémicos y no treponémicos reactivos al nacimiento no deben ser considerados diagnóstico.

- **Si no existe infección**, los anticuerpos adquiridos por el RN en forma pasiva a través de la placenta, deben disminuir a los 3 meses de edad y desaparecer a los 6 meses. Por lo general, el VDRL se hace **NO REACTIVO a los 3 meses de edad**.
- La IgM específica reactiva para *Treponema pallidum* en el RN, es signo sugerente de infección.
  - Tiene valor diagnóstico, sólo si la madre no recibió tratamiento o ha sido inadecuadamente tratada.
- Los **exámenes treponémicos no son útiles para el diagnóstico de Sífilis congénita**. En la misma situación un test treponémico negativo no descarta este diagnóstico, porque el recién nacido tratado precozmente podría no haber alcanzado a montar respuesta inmune.
- En un recién nacido un VDRL reactivo en 2 o más diluciones mayores a la dilución materna es diagnóstico de Sífilis Congénita. (Por ejemplo: madre VDRL 1:2 y Recién Nacido VDRL 1:8).



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

# EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES

- VDRL reactivo en líquido cefalorraquídeo.
- Hallazgos anormales en el LCR de acuerdo a la edad gestacional y/o cronológica. La interpretación de estos parámetros en el recién nacido es difícil por su amplia variabilidad, pero valores de leucocitos mayores a 5 por mm<sup>3</sup> y/o proteínas mayor a 40 mg/dl, se consideran como límite normal
- Alteración de función hepática y renal compatibles con manifestaciones clínicas descritas.
- Rx. de huesos largos compatible con hallazgos descritos.
- Alteración del fondo de ojo compatible con la enfermedad

# DIAGNÓSTICO

## Sífilis congénita precoz:

- Test no treponémico reactivo a cualquier dilución, con alteraciones de laboratorio y/o clínicas compatibles con hepatoesplenomegalia, rash maculopapular con compromiso de palmas y plantas, pénfigo sifilítico, coriza serohemorrágica, fisuras peri orales y/o perianales (rágades), condilomas planos, pseudoparálisis de Parrot, compromiso del SNC.
- Test no treponémico reactivo mayor o igual a 2 diluciones comparado con el test no treponémico de la madre, con lactante sin sintomatología.

# DIAGNÓSTICO

## **Sífilis congénita tardía:**

- Test no treponémico reactivo después de los 2 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.
- Presencia de test no treponémico reactivo en líquido cefalorraquídeo, con o sin sintomatología neurológica.

# HIJO DE MADRE CON SÍFILIS

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)

Función renal

Radiografía de huesos  
largos.

Fondo de ojo.

Rx. de Tórax, en caso de  
presentar sintomatología  
respiratoria.

# TRATAMIENTO SÍFILIS CONGÉNITA

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

# MANEJO DE LA EMBARAZADA

- Realizar 3 pruebas no treponémicas:
  - La primera en su primer control
  - La segunda a las 24 semanas de gestación
  - La tercera entre las 32-34 SDG
  - Cuarto test en el parto

Se considera tratamiento materno adecuado a:

1.- 2.400.000 UI Intramuscular (IM), una dosis semanal por 2 semanas, al menos cuatro semanas antes del parto

Tratamiento con Eritromicina no previene la Sífilis Congénita. El uso de Ceftriaxona no tiene evidencia científica para la prevención de Sífilis Congénita.

Al parto, reducción de más de 2 diluciones del VDRL

- La gestante que recibió Eritromicina u otro antibiótico se considera como inadecuadamente tratada

# REACCIÓN DE JARISCH- HERXHEIMER

Primeras 24 h de iniciado el tratamiento con penicilina

Respuesta inflamatoria aguda debida a la rápida destrucción de espiroquetas.

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

Manejo: medidas de soporte

# SEGUIMIENTO SÍFILIS CONGÉNITA

Para el seguimiento del recién nacido se diferencian 3 situaciones específicas:

## 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.

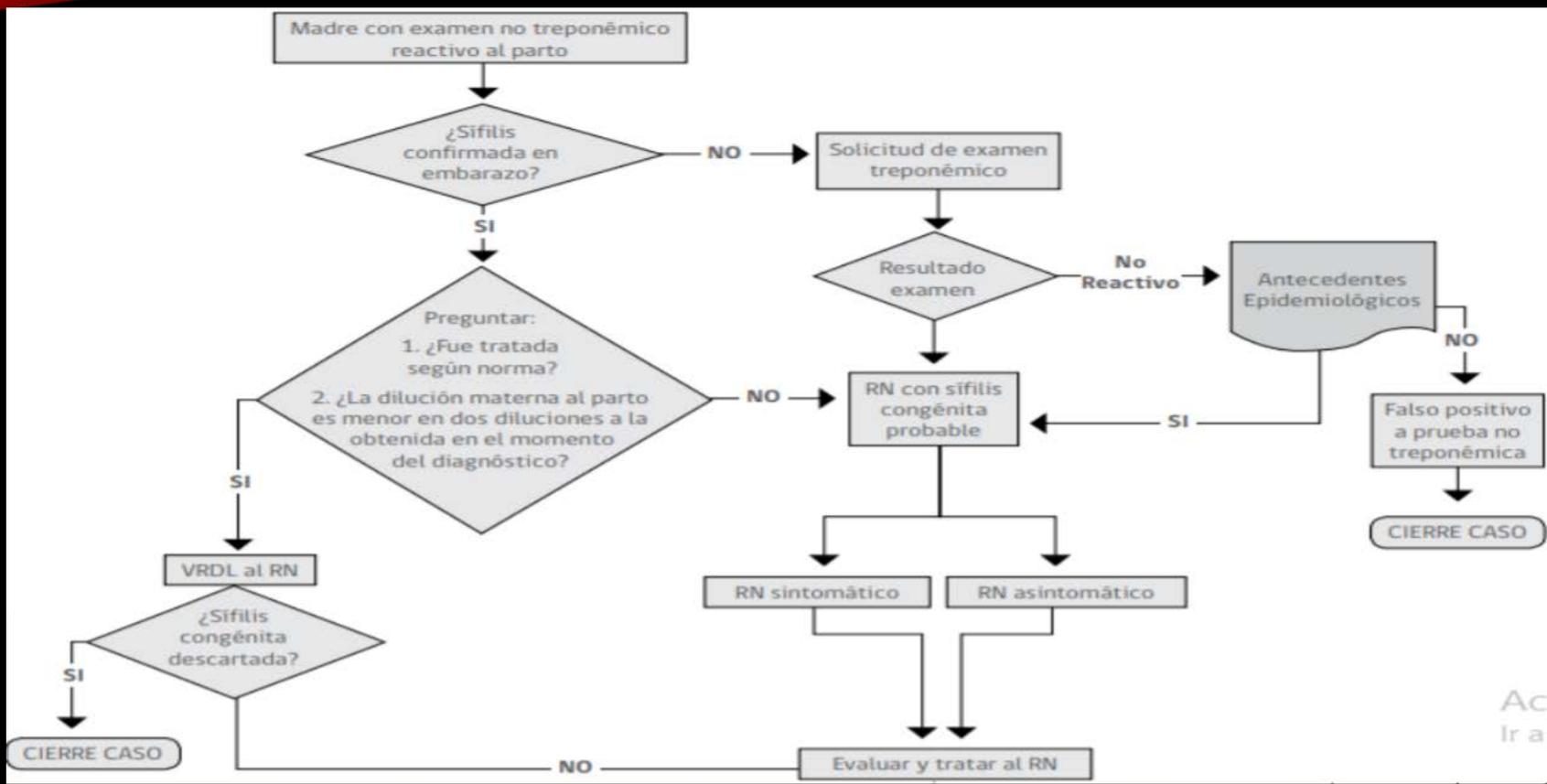
## RN CON SÍFILIS CONGÉNITA TRATADA (probable y/o confirmada)

- 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

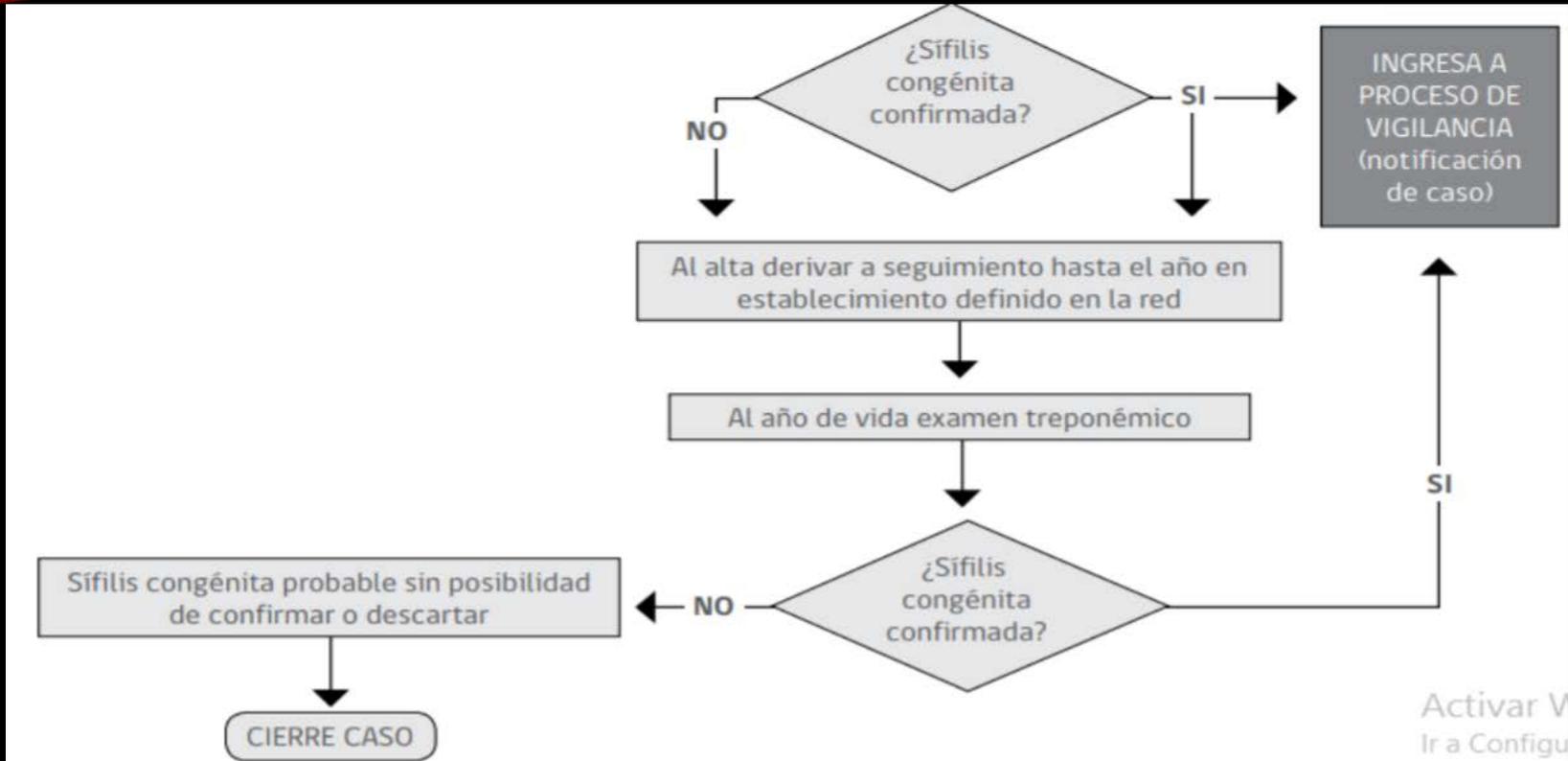
- Control médico y VDRL al mes, a los 2, 3, 6 y 12 meses de vida.
- Control de VDRL en LCR a los 6 meses de edad, para corroborar que sea NO REACTIVO. En caso contrario, reevaluar y volver a tratar al niño/a.
- A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas.
- Realizar seguimiento neurológico,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

# FLUJOGRAMA: SEROLOGÍA TREPONÉMICA REACTIVA



AC  
Ir a

# FLUJOGRAMA: SÍFILIS CONGÉNITA CONFIRMADA



# BIBLIOGRAFÍA:

Minsal.cl. Recuperado el 12 de abril de 2022, de [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/11/NORMA-GRAL.-TECNICA-N°-187-DE-PROFILAXIS-DIAGNOSTICO-Y-TRATAMIENTO-DE-LAS-ITS.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/11/NORMA-GRAL.-TECNICA-N°-187-DE-PROFILAXIS-DIAGNOSTICO-Y-TRATAMIENTO-DE-LAS-ITS.pdf)

Guía Clínica de Neonatología. Hospital Santiago Oriente. Cuarta Edición 2020

Fica, A., Montiel, P., Saavedra, S., Meissner, M., & Velásquez, J. C. (2021). The resurgence of syphilis among pregnant women in southern Chile. *Revista Medica de Chile*, 149(3), 348–356. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000300348>

Rev Chilena Infectol 2016; 33 (2): 191-216