



# SÍFILIS CONGÉNITA

Interna de Medicina  
Carla Mansilla Sandoval  
Rotación Neonatología

# DESCRIPCIÓN GENERAL

La sífilis es una infección bacteriana que suele transmitirse por contacto sexual. La enfermedad comienza como una llaga indolora, por lo general en los genitales, el recto o la boca. La sífilis se transmite de persona a persona a través del contacto de la piel o de las membranas mucosas con estas llagas.

Después de la infección inicial, la bacteria de la sífilis puede permanecer inactiva (latente) en el cuerpo durante décadas antes de volver a ser activa.

La sífilis temprana se puede curar, algunas veces con una sola inyección de penicilina. Sin tratamiento, la sífilis puede dañar gravemente el corazón, el cerebro u otros órganos, y puede ser potencialmente mortal.

La sífilis también puede transmitirse de la madre al feto.



# CONCEPTO

- La SC corresponde a la infección transplacentaria por *Treponema Pallidum* que afecta al producto de la gestación, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada.
- Ocorre por una diseminación hematológica de la infección comprometiendo prácticamente todos los tejidos y sistemas de organismo.
- Periodo de incubación: 90 días con un promedio de 21 días.
- La detección de VIH y Sífilis en las gestantes está considerada en el examen de medicina preventiva de la ley GES.
- El tamizaje de Sífilis en gestantes se realiza en 4 momentos durante la gestación.



# CUADRO CLÍNICO

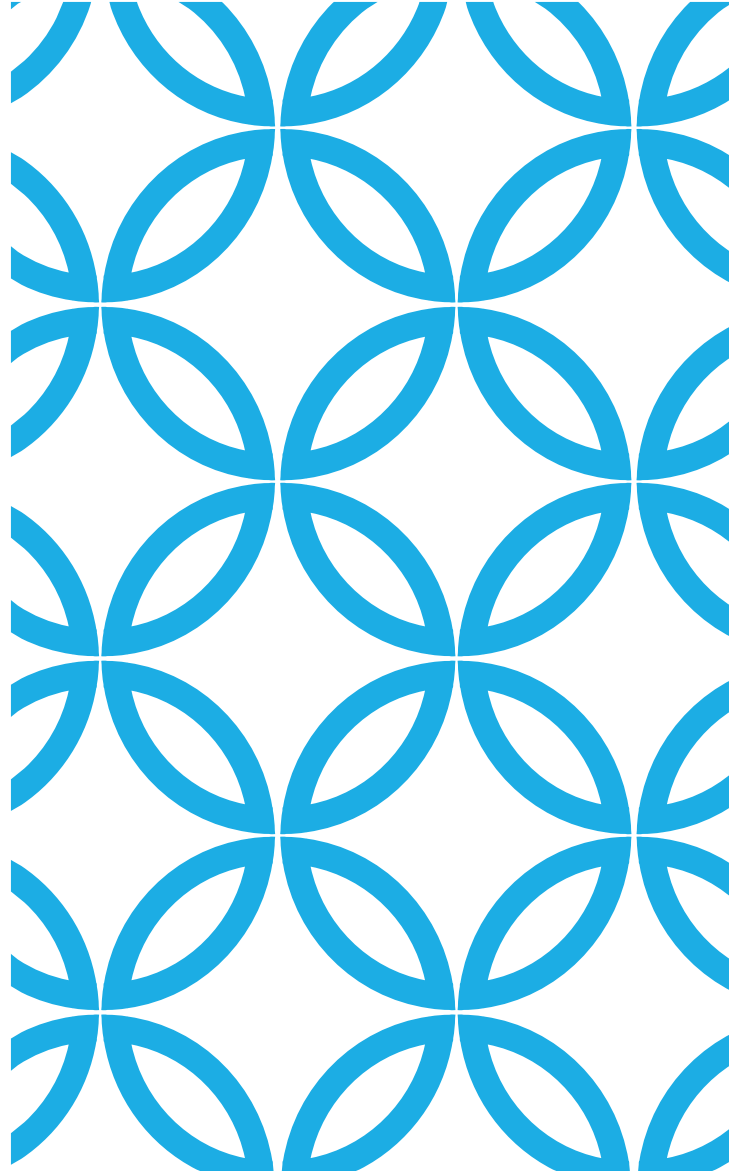
- El recién nacido infectado puede presentarse con una amplia gama de manifestaciones; desde asintomático (60%) hasta gravemente enfermo. Las manifestaciones de la infección in útero dependen de:
  1. La etapa evolutiva de la enfermedad de la madre
  2. La edad gestacional al momento de la infección
  3. Tratamiento efectivo de la gestante.

# LA ETAPA EVOLUTIVA DE LA ENFERMEDAD DE LA MADRE

- El riesgo de transmisión de la sífilis durante la gestación corresponde a:
  - Sífilis primaria, secundaria y latente precoz 75-95%.
  - Sífilis latente tardía y terciaria 10% a 35%.
  - Si la gestante con sífilis es tratada en forma oportuna y adecuada se evitará la enfermedad en el 100% de los recién nacidos.

# TRATAMIENTO EFECTIVO DE LA GESTANTE

- El diagnóstico y tratamiento de la gestante no se realiza de manera oportuna, los resultados esperados son:
  1. Aborto o mortinato en un 50%.
  2. 50% restante que corresponde a los recién nacidos vivos, tiene una alta probabilidad de estar infectado.
- De los recién nacidos vivos infectados el 60% se presentará asintomático, los que desarrollarán síntomas a las 3 a 8 semanas de vida si no reciben tratamiento.



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS HIJOS DE MADRE CON SÍFILIS NO TRATADA O INADECUADAMENTE TRATADA

---

# MANIFESTACIONES PRECOCES O SÍFILIS CONGÉNITA

## PRECOZ: SE MANIFIESTAN ANTES DE LOS 2 AÑOS DE VIDA.

### □ Cuadro clínico:

- Prematuridad/bajo peso de nacimiento.
- Hepatomegalia c/ o s/ esplenomegalia.
- Anemia e ictericia.
- Lesiones cutáneas y mucosas: lesiones ampollares palmo plantares, exantema máculopapular simétrico, coriza serohemática, parches mucosos, rágades y condilomas planos.
- Lesiones óseas: osteocondritis y epífisitis, linfadenopatía generalizada, compromiso del sistema nervioso central: alteración de LCR, meningitis.
- Problemas oculares: uveítis, glaucoma, coriorretinitis.
- Compromiso renal: glomerulonefritis o síndrome nefrótico.
- Otros: neumonía alba., miocarditis, pancreatitis, etc.





# MANIFESTACIONES TARDÍAS O SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA: SE MANIFIESTA DESPUÉS DE LOS 2 AÑOS DE VIDA.

El cuadro clínico es similar a la enfermedad adquirida en el adulto.

El diagnóstico de la sífilis congénita tardía se realiza por la anamnesis, los signos físicos característicos y las pruebas serológicas positivas.

La tríada de Hutchinson, queratitis intersticial, incisivos de Hutchinson y sordera por compromiso del VIII nervio craneal, es diagnóstica.

Hay que considerar el diagnóstico en casos de sordera sin causa reconocida, deterioro intelectual progresivo o queratitis.



# NEUROSÍFILIS

Se puede presentar tanto en etapa precoz como tardía con o sin manifestaciones neurológicas.

La neurosífilis se desarrolla en un 10 a 20 % de lactantes o niños infectados con sífilis congénita.

La neurosífilis asintomática puede diagnosticarse en los primeros meses o años de vida, efectuando sistemáticamente exámenes de líquido cefalorraquídeo de niños de madres con sífilis.

Pero, como ocurre con la neurosífilis adquirida, los síntomas y signos aparecen después de un período de latencia; en el caso de la parálisis juvenil puede ser hasta de 20 años.

# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el resultado del análisis de los antecedentes epidemiológicos maternos, serología neonatal, examen físico del niño/a y las alteraciones de exámenes radiológicos y de laboratorio.

1. Antecedentes epidemiológicos maternos
2. Serología neonatal
3. Examen físico del niño/a
4. Alteraciones de exámenes radiológicos y de laboratorio  
VDRL reactivo en líquido cefalorraquídeo.

# DEFINICIÓN CLÍNICA DE SC

**Probable o presunta:** Recién nacido hijo de madre con sífilis, con o sin signos sugerentes de infección o con imposibilidad de descartarla por ejemplo sífilis materna tratada con eritromicina, sífilis materna tratada menos de un mes antes del parto.

**Confirmada:** Recién nacido con signos clínicos o de laboratorio inequívocos de infección y/o detección de *Treponema Pallidum* en secreciones o tejidos del recién nacido y/o VDRL reactivo en 2 o más diluciones mayores a la dilución materna.

# MANEJO DE RN HIJO DE MADRE CON SÍFILIS

**Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos que:**

1. Evidencien enfermedad activa (examen físico, radiografías, laboratorio).
2. Sean hijos de madres inadecuadamente tratadas de acuerdo a la definición establecida.
3. Madres con serología reactiva sin control de embarazo.
4. Madres que no hayan presentado respuesta esperada al tratamiento o en las que se sospeche reinfección.
5. Madres con sífilis tratada, pero con seguimiento serológico insuficiente.
6. Madres cuyos contactos sexuales no han sido tratados.
7. Madres sin historia de sífilis previa, con serología reactiva al parto a cualquier dilución (en este caso se debe tomar prueba treponémica a la gestante para confirmar sífilis).

# LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y DE LABORATORIO

1. Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de sífilis congénita precoz.
2. VDRL en sangre y LCR.
3. Estudio citoquímico de LCR.
4. Hemograma y recuento de plaquetas.
5. Exámenes de función hepática (transaminasas, bilirrubina y protrombina) y función renal de acuerdo a la clínica (orina completa, nitrógeno ureico o urea).
6. Radiografía de huesos largos.
7. Fondo de ojo.
8. Radiografía de tórax, en caso de presentar sintomatología respiratoria.

Prueba no treponémica (p. ej., VDRL, RPR)		Prueba treponémica (p. ej., FTA-ABS, TP-PA)		Interpretación*
Madre	Lactante	Madre	Lactante	
-	-	-	-	Ausencia de sífilis o de sífilis en incubación en la madre o el lactante
+	+	-	-	Ausencia de sífilis en la madre o el lactante (prueba no treponémica falsa positiva con transferencia pasiva al lactante)
+	+ 0 -	+	+	Sífilis materna con posible infección al lactante; madre tratada para sífilis durante el embarazo; o madre con sífilis latente y posible infección del lactante <sup>†</sup>
+	+	+	+	Sífilis reciente o previa en la madre, posible infección en el lactante
-	-	+	+	Madre tratada satisfactoriamente para la sífilis antes o al principio del embarazo; o madre con enfermedad de Lyme (es decir, resultado falso positivo de la prueba); sífilis en el lactante improbable

\*La tabla muestra una guía y no es una interpretación definitiva de las pruebas serológicas para sífilis en madres y sus recién nacidos. Otros factores que deben tenerse en cuenta son el momento de la infección materna, la naturaleza y el momento del tratamiento materno, los títulos cuantitativos en la madre y el lactante, y la determinación seriada de los títulos de las pruebas no treponémicas tanto en la madre como en el lactante.

<sup>†</sup>Las madres con sífilis latente pueden tener pruebas no treponémicas arreactivas.

FTA-ABS, absorción fluorescente de anticuerpos treponémicos; RPR, reagina plasmática rápida; TP-PA, aglutinación de partículas de *Treponema pallidum*; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory.

# TRATAMIENTO

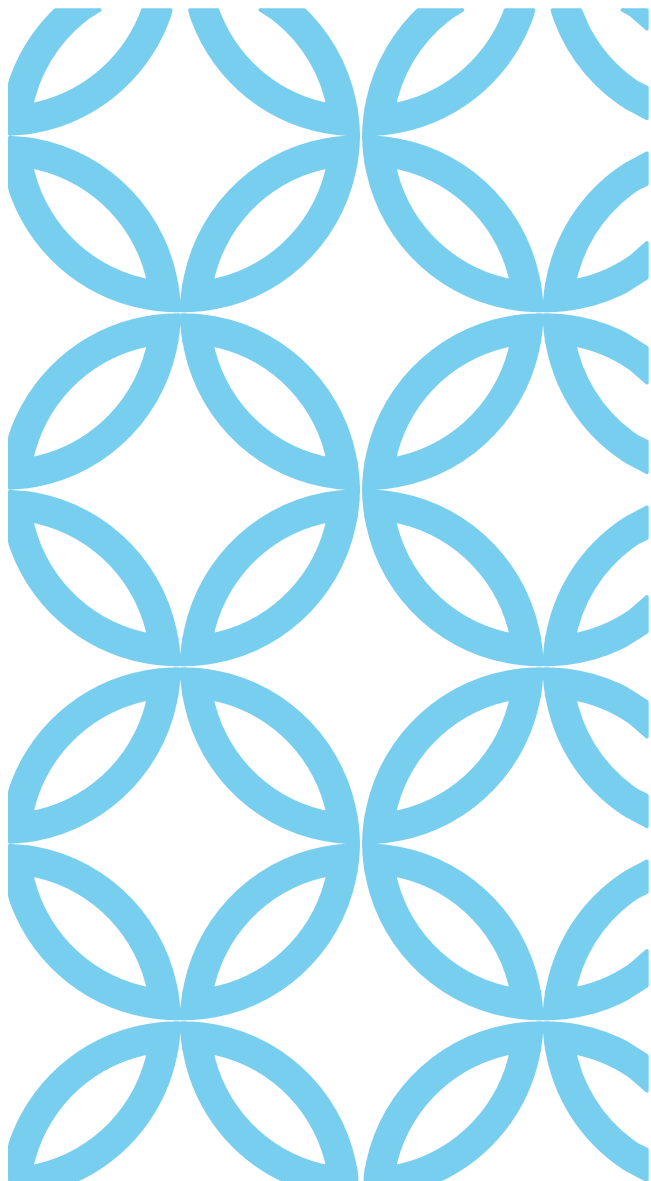
La penicilina sódica es el tratamiento de elección (50.000 UI por kilo de peso por dosis). La frecuencia de administración debe adecuarse según avanza la edad cronológica del recién nacido.

La penicilina benzatina no alcanza niveles de droga detectables en LCR por lo que no es adecuada en SC. En caso de alergia a la penicilina se debe realizar test de desensibilización.

El RN con neurosífilis se debe tratar por 10 días. En caso de punción lumbar frustra o hemorrágica, no insistir.

## *Dosis de penicilina sódica según edad del niño/a*

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0-7 días	Penicilina sódica	50.000 UI x kilo	Endovenosa	Cada 12 horas	Por 10 días consecutivos
8-28 días	Penicilina sódica	50.000 UI x kilo	Endovenosa	Cada 8 horas	Por 10 días consecutivos
Más de 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI x kilo	Endovenosa	Cada 4-6 horas	Por 10 días consecutivos



RNT 41 sem PEG severo (2,8 kg), embarazo en control desde el primer trimestre. Hija de madre G2P1A1 portadora de Condilomas desde Julio de 2020, son síntomas de Lúes Secundaria desde enero de 2020 sin diagnóstico ni tratamiento, que en mayo de 2020 presenta aborto retenido que requirió legrado, donde en su examen físico se pesquisa lesiones en piel, por lo que, se solicita un VDRL que arroja resultado: 1:32, recibiendo tratamiento completo con Penicilina Sódica, tanto ella como su pareja. En el embarazo actual inicia con VDRL 1:2, que asciende a 1:16 en el control realizado el 22.03.2021, por lo que, se asume recontagio (nueva pareja) recibiendo Penicilina Sódica el 23.03 y 30.03 (no alcanzando a recibir tratamiento efectivo 1 mes previo al parto). Se realizo cesárea de urgencia por trazado no tranquilizador, dando a luz a un RN femenino, en BCG, sin requerimientos de O2 adicional, ni reanimación neonatal.

---

## CASO CLÍNICO



# EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**INFECCIOSO:** Antecedente de madre con sífilis no tratada, VDRL RN reactivo, título 1:64. Actualmente completando tratamiento ATB con Penicilina Sódica por 10 días según protocolo. Se solicita TORCH + VIH, VHB y VHC, con resultados negativos. El 7mo ddv se solicita VDRL RN reactivo, título 1:2. Como parte del estudio se realiza radiografía de huesos largos donde se informa: “Signos sugerentes de leve periostitis humeral derecha”. Se solicita evaluación por oftalmología, donde se realiza un fondo de ojo con resultado normal. El 09.04 se pesquisa lesiones algodonosas en cavidad oral, compatible con Candidiasis Oral, por lo cual, se inicia Nistatina Oral.

# EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**NEUROLOGÍA:** Se realiza PL el 02.04, resultado VDRL de LCR no reactivo. Ecografía encefálica del 05.04 evidencia aumento de la sustancia blanca periventricular, sin otros hallazgos patológicos. Se sugiere seguimiento evolutivo. Clínicamente sin déficit neurológico ni crisis. Se solicita control de ecografía cerebral ambulatoria.

**METABÓLICO:** RN presento tinte icterico el 04.04 por lo que, se realiza examen de bilirrubina, el cual, entrega resultados bajo la curva de fototerapia. En controles evolutivos se evidencia una disminución progresiva de la bilirrubina en exámenes, la cual, además se manifiesta en la disminución del tinte icterico, hasta hoy que la paciente se evidencia totalmente rosada.

# EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**GASTROENTEROLOGÍA:** El 02.04 evoluciona con distensión abdominal, asociado a vómitos y residuos de aspecto porráceos, tránsito (+), deposiciones normales sin elementos patológicos, se inicia reposo digestivo y se realiza control de parámetros inflamatorios que no evidencian cuadro infeccioso. Control de radiografía de abdomen AP y lateral con rayo horizontal muestran adecuada distribución del aire, con algunas asas dilatadas, además, desplazadas hacia izquierda por ocupación de hígado, el cual, presenta una hepatomegalia moderada (aprox. 2 cm bajo el borde costal derecho). Se solicitó evaluación por cirugía infantil, descartando cuadro quirúrgico. Eco abdominal sin hallazgos patológicos.

# EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**CARDIOLOGÍA:** Para descartar compromiso miocárdico se solicita evaluación por especialidad, que se realiza el 05.04, informe de ecocardiograma señala: “Comunicación interauricular Osteum Secundum pequeña con flujo de izquierda a derecha, función biventricular normal”. Se indica control en policlínico de cardiología a los 2 meses de vida con ecocardiograma actualizado.

**HEMATOLOGÍA:** Todas las pruebas realizadas, tanto de pruebas de coagulación, como de perfil hematológico y serie blanca, sin alteraciones.

# SEGUIMIENTO

Madre adecuadamente tratada y RN con VDRL periférico reactivo no tratado.

RN con SC tratada (probable y/o confirmada).

RN con neurosífilis.

# CONCLUSIONES

---

La sífilis congénita es una patología que está en el plan de erradicación en los programas de vigilancia epidemiológica, pero a pesar de los avances en los controles prenatales, aún sigue siendo una condición amenazante para los recién nacidos. La neurosífilis en los recién nacidos es una complicación que si no se detecta tempranamente puede conducir a la muerte o dejar secuelas importantes en el paciente.

---

Por lo tanto, nuestra misión como futuros profesionales de salud, es educar a la población respecto a lo importante es que el autocuidado durante la vida sexual. Hacer que el paciente se sienta cómodo y en confianza para entregarnos todos los antecedentes que se les solicite y no hacerlos sentir frente a la santa inquisición, de esa forma podemos ayudar no solo a las madres que se ven enfrentadas a estas situaciones, sino también a un recién nacido inocente que tenemos el deber de proteger.

*Gracias Por su*



*atención!*