

SIFILIS CONGENITA

CIE-10: A50 CIAP: X70 (sífilis en la mujer)

DEFINICIÓN

La sífilis es una enfermedad contagiosa aguda o crónica causada por *el Treponema pallidum*, que puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto entre las semanas 16 y 28 del embarazo. La transmisión puede ser durante todo el embarazo. Causa hidramnios, aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer, e infección congénita. Se caracteriza por queratitis intersticial, bajo peso al nacer, exantema vesículo-ampolloso en palmas de las manos y plantas de los pies, hígato-esplenomegalia, linfadenopatía generalizada, rinitis persistente, periostitis diafisaria y osteocondritis.

DIAGNÓSTICO: SINTOMAS Y SIGNOS.

Anamnesis

Determinar factores de riesgo en la mujer embarazada: antecedentes de relaciones sexuales inseguras (múltiples parejas, ausencia de protección) y de enfermedades de transmisión sexual en los padres, inicio de vida sexual, abuso sexual, presencia de lesiones en región genital- Puede no identificarse circunstancias de riesgo

Examen físico

En la Madre: Puede aparecer las fases abajo descritas, pero lo usual es examen físico negativo

Sífilis primaria

- Pápula indolora + erosión o ulceración posterior (chancro), sin exudado. Duran 3-6 sem.
- Linfadenopatía local indolora no supurativa

Sífilis secundaria

- Lesiones mucocutaneas
- Lesiones maculares, de color rosa y rojo de 3-10mm de diámetro en palmas, plantas y otros lugares.
- No hay ulceración de las lesiones
- Linfadenopatías no dolorosas
- Placas grisáceas condilomatosas en zonas calientes o húmedas.
- Iridociclitis aguda:
- Alopecia en parches (ocasionalmente)

Sífilis terciaria

- Lesiones gomosas en piel y huesos (son benignos)
- Sífilis Cardiovascular: Aortitis, aneurisma aórtico, regurgitación
- Meningoencefalitis sifilítica

En el Neonato:

Inicio temprano

- Erupciones cutáneas
- Placas mucosas, fisuras periorales
- Rinitis / Estornudos + fluido nasal
- Lesiones condilomatosas y vesiculares
- Erupción maculo-papular difusa descamativa (palmas, plantas, boca y ano)
- Hepatoesplenomegalia + linfadenopatía generalizada
- Osteocondritis
- Hidropesía no inmune, afectación neurológica

Inicio tardío

- Neurosífilis
- Queratitis intersticial
- Articulación de Clutton (hidrartrosis simétrica no dolorosa, especialmente de las rodillas)
- Incisivos de hutchinson
- Molares en mora, arco palatino alto, fisuras, sordera, prominencia frontal, maxilar corto, mandíbula saliente, engrosamiento esterno-clavicular

MANEJO CLINICO DE LA SIFILIS CONGENITA

QUIEN DEBE ESTUDIARSE: Estamos proponiendo que la embarazada sea varias veces investigada de Sífilis en el embarazo, con por lo menos dos veces: al inicio del embarazo antes de las 20 semanas y al omento del parto o aborto.

Debe realizarse estudio completo a todos los recién nacidos cuyas madres seropositivas presentan las siguientes características:

- + Madres con sífilis no tratada: El hallazgo de un VDRL reactivo en el Recién Nacido obliga a efectuar VDRL a la madre. Esta puede ser la instancia para efectuar el diagnóstico de Sífilis a la madre.
- + Madres que hayan sido tratadas menos de un mes antes del parto
- + Madres que hayan sido tratadas con otro antibiótico que no sea penicilina
- + Madres con tratamiento incompleto antes del parto
- + Madres que no hayan presentado el descenso esperado en los títulos de anticuerpos después de haber sido tratadas señalar de que valores y como hacer el seguimiento
- + Madres tratadas pero cuyo seguimiento serológico durante el embarazo haya sido insuficiente para comprobar la actividad de la enfermedad. Esto se puede hacer en le momento si se conoce el valor inicial

Ninguna madre que ha presentado parto o aborto debe ser dada de alta sin conocer su resultado reciente de VDRL
Ningún Recién Nacido con VDRL positivo debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico de la madre.

EVALUACION DEL RECIEN NACIDO

La evaluación clínica y de laboratorio de los recién nacidos de las madres antes descritas incluye:

- + Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de Sífilis congénita precoz.
- + VDRL en sangre y LCR
- + Análisis de LCR (estudio citoquímico)
- + Radiografía de huesos largos
- + Hemograma y Recuento de plaquetas
- + Exámenes de función hepática y renal de acuerdo a la clínica.

DECISIONES TERAPEUTICAS

Debe tratarse a todos los recién nacidos que presenten: Se deben incluir las definiciones de caso de la Guía de ITS.

+ Cualquier evidencia de enfermedad activa (examen físico, radiografías, etc.)

+ VDRL reactivo en LCR

+ Hallazgos anormales en el LCR (recuento de leucocitos mayor de 5 por mm³ o más de 50 mg de proteínas por di, independiente del resultado de la serología del LCR)

+Títulos de anticuerpos (VDRL) en sangre mayor en dos diluciones o más de los maternos.

A pesar de que la evaluación sea normal, debe ser tratado todo Recién Nacido cuya madre:

1.- Tiene una Sífilis que no fue tratada durante el embarazo

2.- Tiene evidencia de recaída o reinfección

3.- Sífilis tratada con Eritromicina u otro antibiótico que no sea Penicilina

4.- Sífilis tratada menos de un mes antes del parto.

5.- No tiene historia bien documentada de tratamiento

6.- Fue tratada por sífilis durante el embarazo pero los títulos de anticuerpos no han bajado lo esperado (al menos 2 diluciones).

7.- Fue tratada apropiadamente durante el embarazo pero tiene seguimiento serológico insuficiente para asegurar adecuada respuesta.

Para los casos mencionados en los puntos 5, 6 y 7 realizar control serológico de la madre y el niño al mes, antes de decidir el tratamiento. Si esto no es posible: TRATAR AL NIÑO

En el período inmediatamente después del nacimiento, es difícil la interpretación del estudio del LCR, los valores normales varían según la edad de gestación y son más elevados en los niños prematuros. Por esta razón todos los niños deben tener seguimiento por un año

Frente a un Recién Nacido seropositivo con sospecha de una Sífilis Congénita, debe ser tratado si los resultados de las pruebas no pueden descartar la infección.

APOYOS COMPLEMENTARIOS.

- Recomendación: todas las mujeres embarazadas deben ser examinadas en la primera consulta prenatal.
- El tamizaje serológico se recomienda en: (I, II, III nivel de atención)
 - Primer control prenatal
 - 28 semanas de gestación
 - 32-34 semanas de gestación
 - Día del parto
- Si el VDRL resultara positivo (títulos < 16) se debe realizar una prueba confirmatoria, con FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test) o la prueba treponémica de inmunoensayo (EIA) para determinar la presencia de IgM, si éste es positivo = enfermedad activa que requiere tratamiento. La realización de este examen no debe impedir la iniciación del tratamiento madre y niño, ya que son pruebas que están solo en los INH y son causa de pérdida de pacientes.
- Si el VDRL es negativo, pero hay la presencia de una úlcera genital única no dolorosa, se deberá repetir la prueba en 2 semanas, ya que ésta puede tener falsos negativos. Este es un caso de úlcera genital que debe ser tratar sin demora, según guías de ITS con medicamentos para las más frecuentes que son Sífilis y chancro blando, el tratamiento es con P benzatínica 2.400.000 + 2 tab de azitromicina de 500mg. stat
- Si existen factores de riesgo asociados a la gestante: repetir la determinación en el tercer trimestre de gestación o en su defecto en el momento del parto. Siempre repetir las pruebas no solo con factores de riesgo
- Si no ha existido control serológico durante el embarazo: VDRL en el parto.

- Títulos de VDRL de 8UI o mayores se interpretan como correspondientes a infección activa. Aunque VDRL y RPR tienen similar validez, el resultado cuantitativo de ambas pruebas no puede ser comparado. Para poder comparar es preferible hacer los estudios secuenciales en el mismo laboratorio. Títulos de 4UI o menores pueden observarse en personas tratadas por sífilis o ser falsos positivos. Puede ser huella inmunológica
- Hemograma, función hepática, electrolitos
- Evaluación del LCR: células, proteínas, RPR / VDRL, TPHA / TPPA; No se deben hacer VDRL O RPR por ser pruebas similares, indicar VDRL o RPR
- Radiografía de huesos largos
- Evaluación oftalmológica

INFECCIÓN CONGÉNITA:

- Alteraciones radiológicas de los largos huesos sugieren sífilis congénita
- RPR positivo / VDRL en el líquido cefalorraquídeo;
- Aumento de cuatro veces o más de la TPPA (TPHA: son los valores de VDRL o RPR los que aumentan en dos diluciones, los valores de FTA Solo nos muestra que se trata de una infección es por una de las bacteria del género de los treponema (Aglutinación de hemáties sensibilizados) en el título del suero de hijo frente al suero de la madre (ambos obtenidos de forma simultánea en el nacimiento);
- Títulos de pruebas no treponémicas cuatro veces más altas del recién nacido en comparación con las de la madre (ambos obtenidos de forma simultánea en el nacimiento);
- Aumento de los títulos de una prueba no treponémica cuatro veces tres meses después del nacimiento;
- Pruebas treponémicas positivas para IgM anti-treponémicos en EIA (Pruebas treponémicas de inmunoensayo), pruebas 19S-IgM-FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test) y / o IgM-inmunoblot para *T. pallidum* en el suero del niño;
- Madre, en quien se confirmó sífilis durante el embarazo, pero que no recibió un tratamiento adecuado, ya sea antes o durante el embarazo.
- En un niño > 12 meses de edad con pruebas serológicas treponémicas positivas para la sífilis.
- Las pruebas serológicas pueden ser negativas en los recién nacidos infectados a finales del embarazo.
- Si la madre se trata durante el último trimestre del embarazo, el tratamiento puede ser inadecuado para el niño quien aún puede desarrollar sífilis congénita.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Se lo debe realizar con las siguientes patologías:

Neumonía
 Varicela
 Sarampión
 Meningitis
 Corioretinitis
 Causas de ictericia
 Eritema tóxico
 Tuberculosis
 Rubeola
 TORCH

TRATAMIENTO (aplicable en el II y III nivel de atención) Se basa en 4 parámetros fundamentales:

1. Identificación de la sífilis en la madre
2. Adecuado tratamiento de la madre
3. Presencia de sífilis en el niño mediante pruebas de laboratorio clínico, o evidencia radiográfica

4. Comparación de títulos serológicos no treponémicos de la madre (en el parto) y del recién nacido mediante el uso de la misma prueba y preferentemente en el mismo laboratorio.

Se realizará **VDRL cuantitativo** en los **meses 3, 6, 12 y 24 después** de terminado el tratamiento. Si la terapéutica fue eficaz los síntomas desaparecen y los títulos declinan. El descenso de los títulos de anticuerpos es más rápido en los pacientes con sífilis precoz.

Para considerar que el descenso es significativo el nivel de anticuerpos **debe descender en por lo menos 4 veces (2 diluciones)**. En los pacientes con sífilis primaria y secundaria el VDRL cuantitativo debe descender 2 tubos (4 veces) en 6 meses y 3 tubos (8 veces) en 12 meses. Para sífilis tardía el título suele descender 4 veces en 12 a 24 meses. Si eso no sucede o aparecen síntomas atribuibles a sífilis se considera fracaso terapéutico, siempre que se descarte la reinfección. Esta última se sospecha si los títulos ascienden, los compañeros sexuales no fueron tratados, o existe promiscuidad sexual.

En el caso de neurosífilis, además de los controles serológicos, el estudio del LCR debe repetirse cada 6 meses hasta que el resultado del análisis del LCR sea normal. Si a los 6 meses el VDRL es reactivo, es indicativo de un retratamiento.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS CONGENITA

La Penicilina es el tratamiento de elección, la Penicilina Benzatina no produce niveles de droga detectables en líquido cefalorraquídeo por lo que no es adecuada en Sífilis congénita por el compromiso del SNC. El tratamiento de elección debe ser siempre Penicilina sódica en las siguientes dosis: (de acuerdo a la edad del recién nacido al momento del diagnóstico)

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0 – 7 días	Penicilina sodica	100.000 u/kg	Endovenosa	Cada 12 horas	10 a 14 días
8 – 28 días	Penicilina sodica	150.000 u/kg	Endovenosa	Cada 8 horas	10 a 14 días

Nota:

- En el caso de la atención de una mujer gestante con sífilis, se debe garantizar el tratamiento de todos sus contactos sexuales. Se debe considerar prueba de tamizaje para otras ETS incluyendo VIH.

Se realizará **VDRL cuantitativo** en los **meses 3, 6, 12 y 24 después** de terminado el tratamiento. Si la terapéutica fue eficaz los síntomas desaparecen y los títulos declinan. El descenso de los títulos de anticuerpos es más rápido en los pacientes con sífilis precoz.

Los criterios de curación son:

- Prueba que se torna no reactiva, no siempre puede quedar huella inmunológica
- Título de la misma que disminuya por lo menos en dos diluciones a los tres meses.
- Título menor de 1:8 a los 12 meses

- Si se hizo diagnóstico de neurosífilis, de debe hacer VDRL en LCR a los seis meses. Si persiste alteración en el número de células y/o VDRL positivo se debe tratar nuevamente.

La respuesta serológica es más lenta cuando el neonato es tratado después del período neonatal.

Si no se cumplen los criterios de curación debe evaluarse individualmente si se trata de un tratamiento ineficaz o de un aclaramiento de anticuerpos maternos lento, para decidir si se inicia nuevo tratamiento. Si los títulos aumentan durante el seguimiento, debe realizarse un nuevo tratamiento. ¹

NIÑOS CON SIFILIS ADQUIRIDA Y EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL

Medicamento	Dosis	vía	Frecuencia	Duración
Penicilina	50.000 unidades	Intramuscular	1 vez por semana	2 semanas consecutivas

NIÑOS CON SIFILIS (CONGENITA O ADQUIRIDA) Y NEUROSIFILIS (SOSPECHOSA O CONFIRMADA)

Penicilina sódica	200.000 a 300.000 unidades por kilo de peso al día	Endovenosa	Cada 4 o 6 horas	10 a 14 días
-------------------	--	------------	------------------	--------------

* El peso corporal lo permite, tratar con las dosis indicadas para el adulto

Sífilis en pacientes vih-sida

Todo paciente con diagnóstico de Sífilis cuyo mecanismo de transmisión sea la vía sexual debe proponerse la realización de pruebas para detección de infección por VIH.

Las manifestaciones neurológicas en pacientes infectados con el VIH pueden deberse a una Neurosífilis no diagnosticada.

Todo paciente con VIH-SIDA y Sífilis en cualquier etapa debe realizarse estudio de Líquido Cefalorraquídeo (LCR) para descartar neurosífilis.

Ttratamiento de la sífilis en pacientes vih

¹ Normas 2009

Esquemas terapéuticos son iguales a pacientes no VIH-SIDA en las diferentes etapas de la Sífilis.

SEGUIMIENTO

Efectuar seguimiento clínico a todos los pacientes con Sífilis, portadores de VIH. Realizar pruebas serológicas cuantitativas (VDRL) 3, 6, 9 y 24 meses post tratamiento, para determinar respuesta terapéutica.

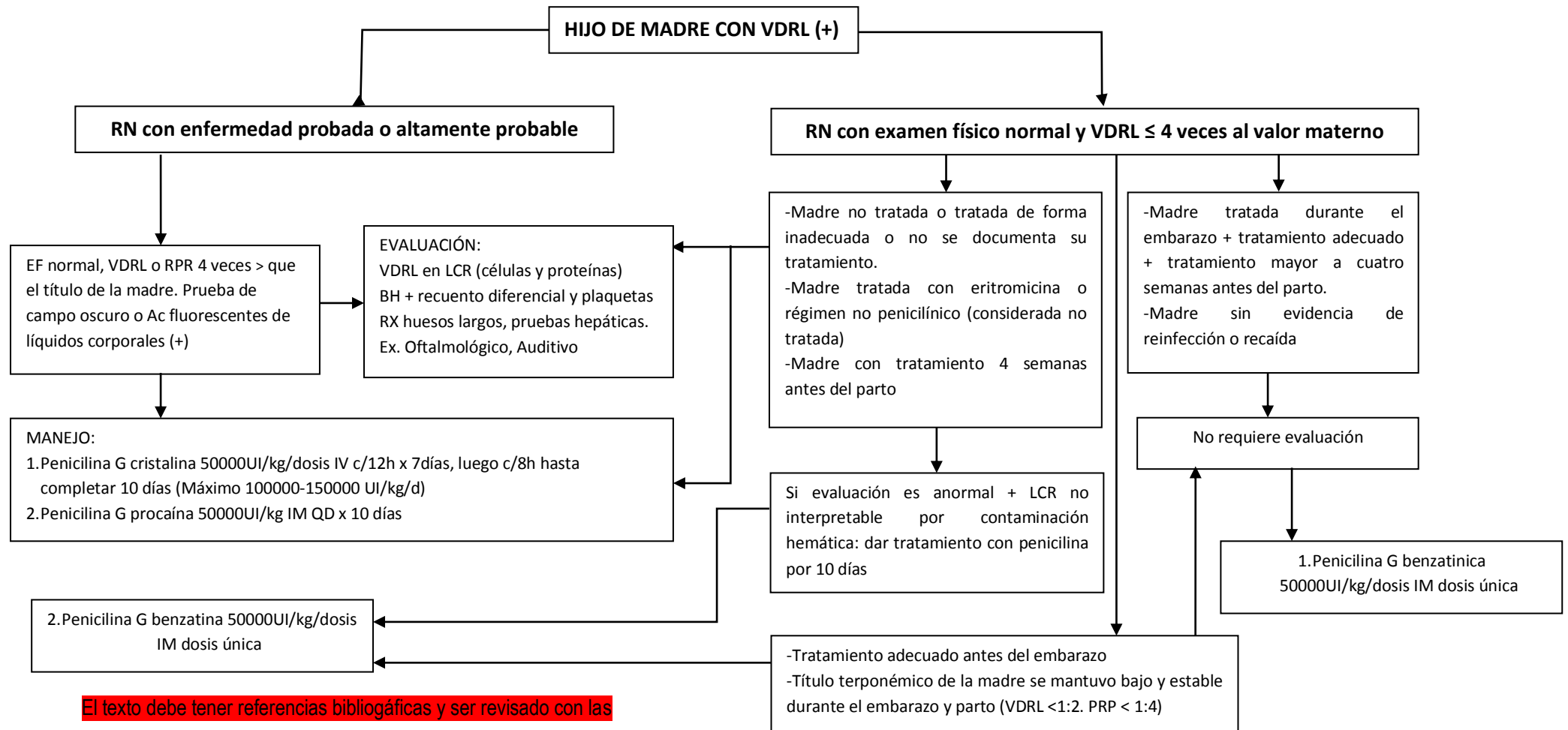
RECOMENDACIONES:

- Se recomiendan precauciones estándar para todos los pacientes con sífilis primaria y secundaria ya que estas lesiones son húmedas y potencialmente infecciosas.
- Las heridas deben mantenerse cubiertas, limpias, y secas.
- Promover el descanso y una nutrición adecuada.
- Realización de curaciones
- Alertar sobre la presencia de complicaciones
- Hacer hincapié en la importancia de completar el curso de la terapia prescrita, incluso después de desaparecer los síntomas. Evaluar la necesidad de atención domiciliar de enfermería.
- Instar al paciente a informar a las parejas sexuales de la infección y para animarlos a buscar pruebas y tratamiento.
- Aconseje a la paciente y las parejas sexuales sobre la infección por el VIH, y recomendar la prueba del VIH.
- Informar al paciente de que el uso de condones pueden proporcionar protección contra las ETS. ITS
- Recuerde al paciente para programar las pruebas de seguimiento.

- Aconsejar la abstinencia, evitar relaciones sexuales de riesgo. Recomendar tener una sola pareja (para aquellos que tienen múltiples compañeras (os) sexuales) o en su defecto promover el uso del preservativo.

TRANSFERENCIA

- El traslado a otro centro de mayor complejidad es adecuada si los especialistas requeridos o los tratamientos no están disponibles localmente.



El texto debe tener referencias bibliográficas y ser revisado con las

guías de segundo nivel de atención de VIH