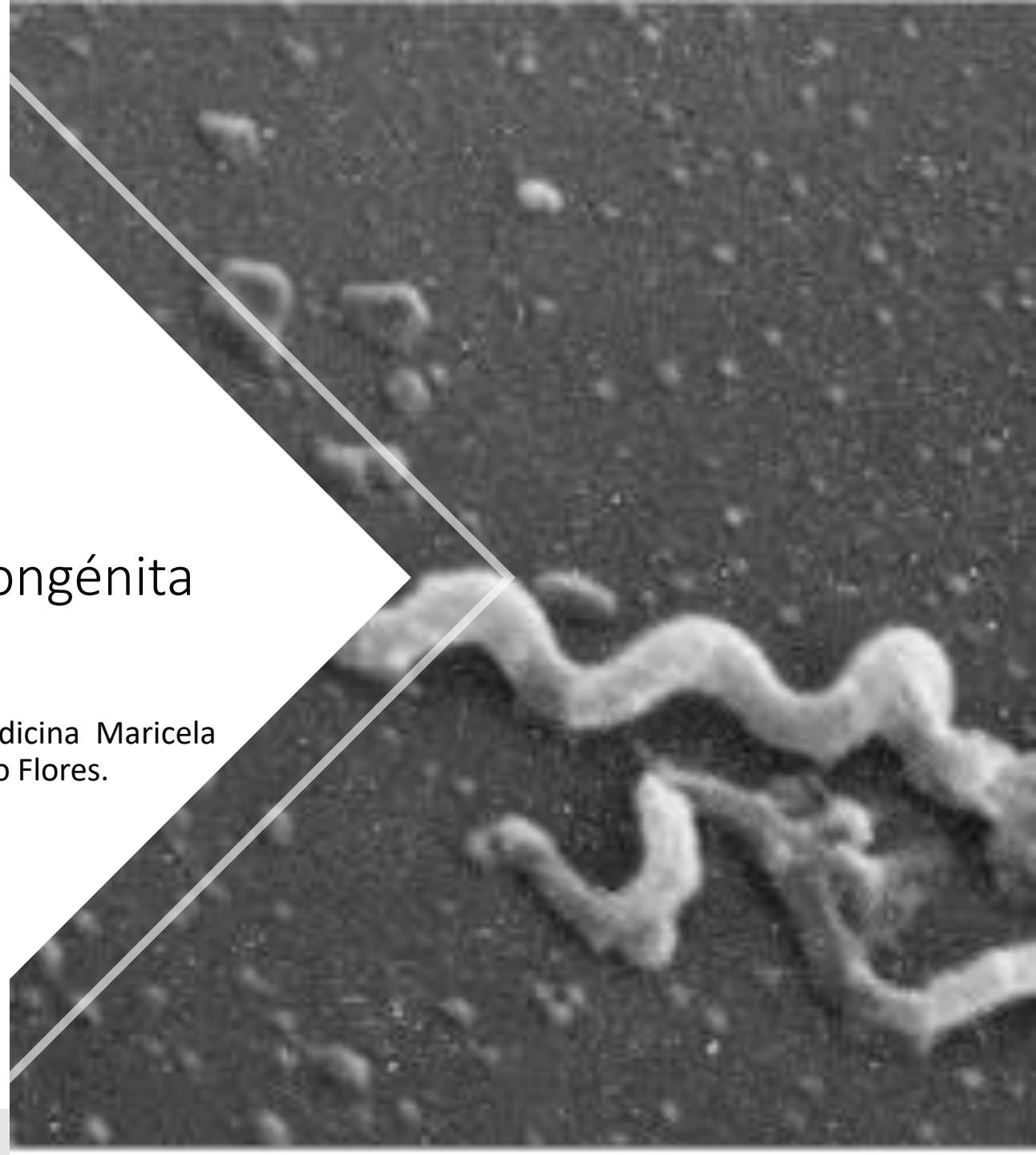


# Sífilis congénita

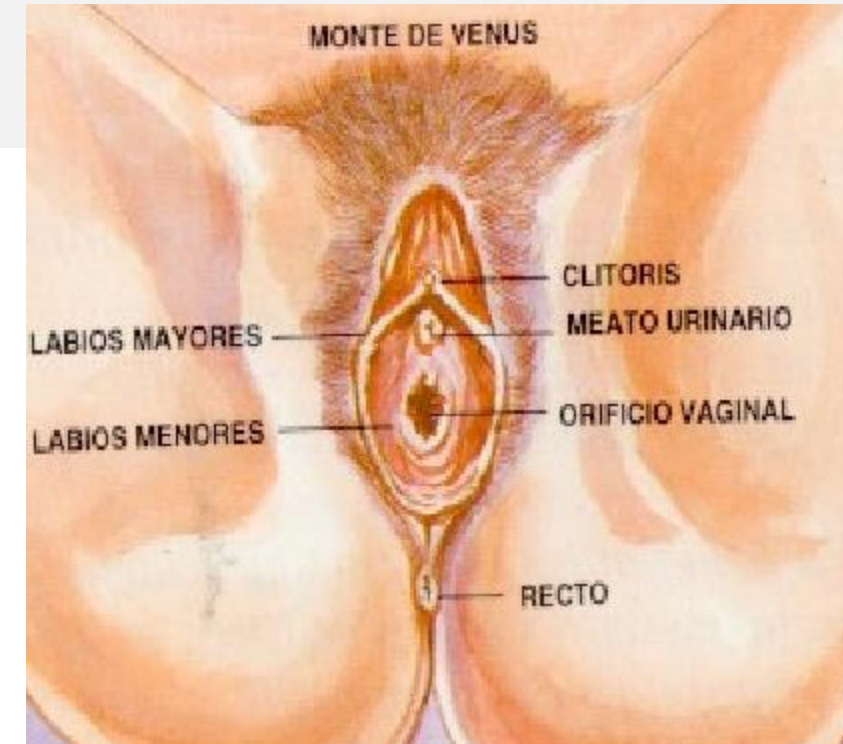
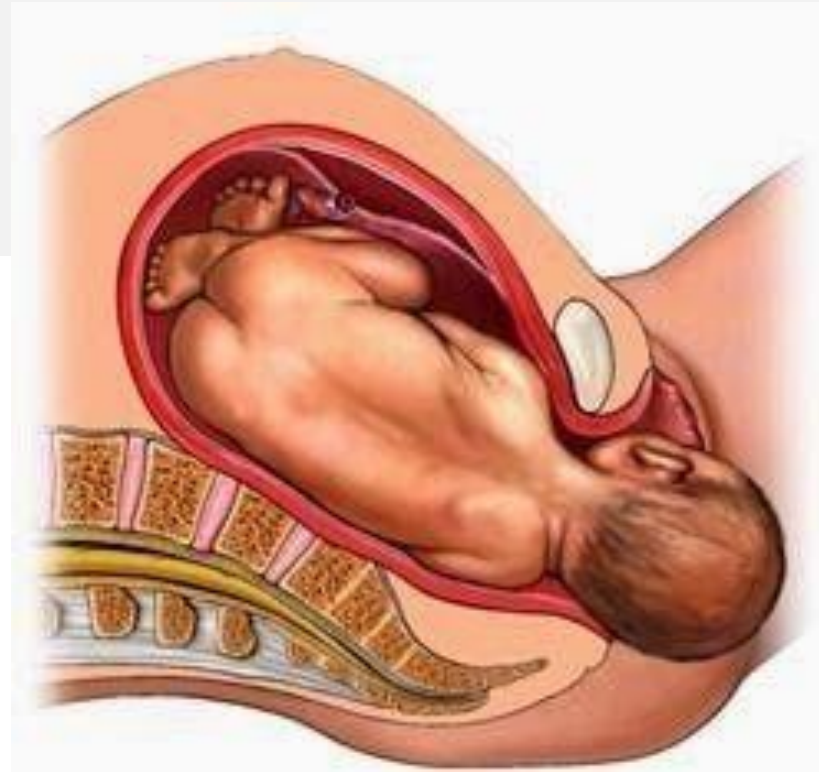
Interna de medicina Maricela  
Castillo Flores.

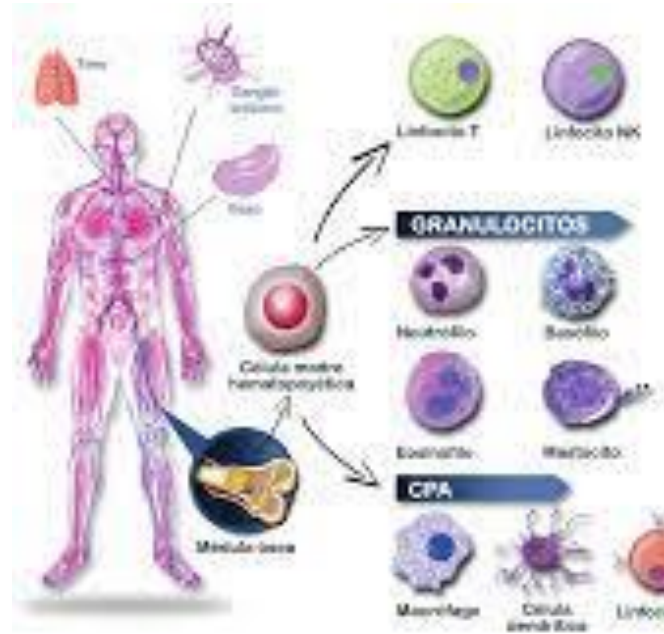
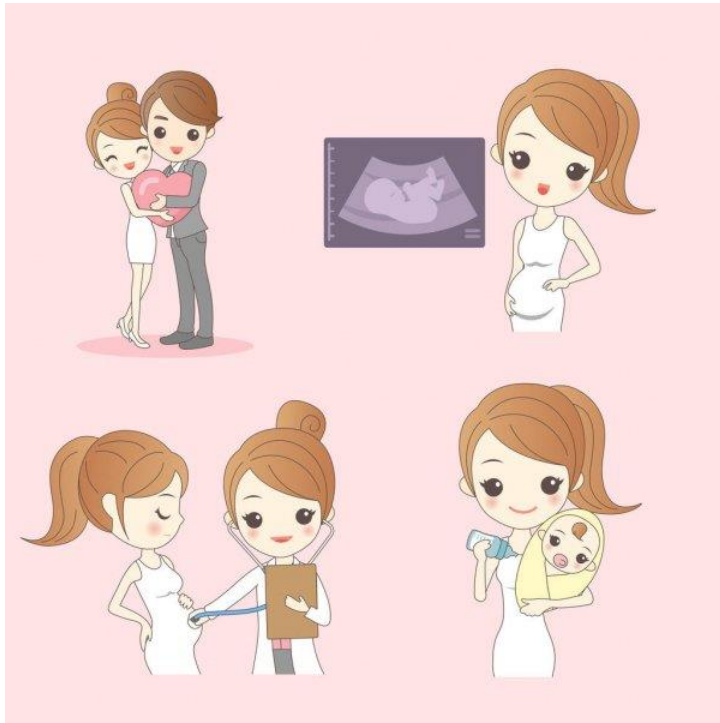




# Definición:

Infección transplacentaria multisistémica, producida por **treponema pallidum**, adquirida por el durante el embarazo en madre no tratada o inadecuadamente tratada.





¿Severidad de que depende?

---



Antes de concepción o muy precoz en el embarazo < 16 semana.

- 1) Respues humeral → disminución de la carga de T pallidum.
- 2) Disminución de daño fetal



> 4 mes del embarazo:

Feto expuesto a espiroquitemia mas alta → respuesta de la madre mas tardía.  
Muerte intrauterina < 20 SG o enfermedad grave.

### Sífilis congénita precoz

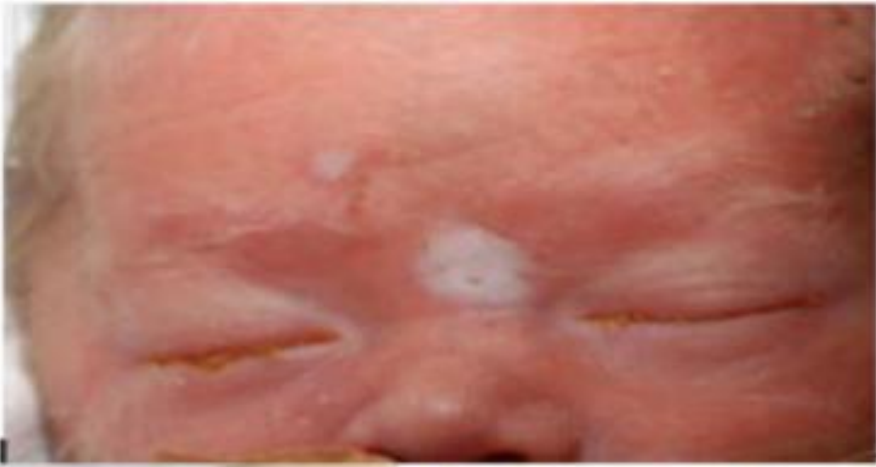
menor a 2 años.

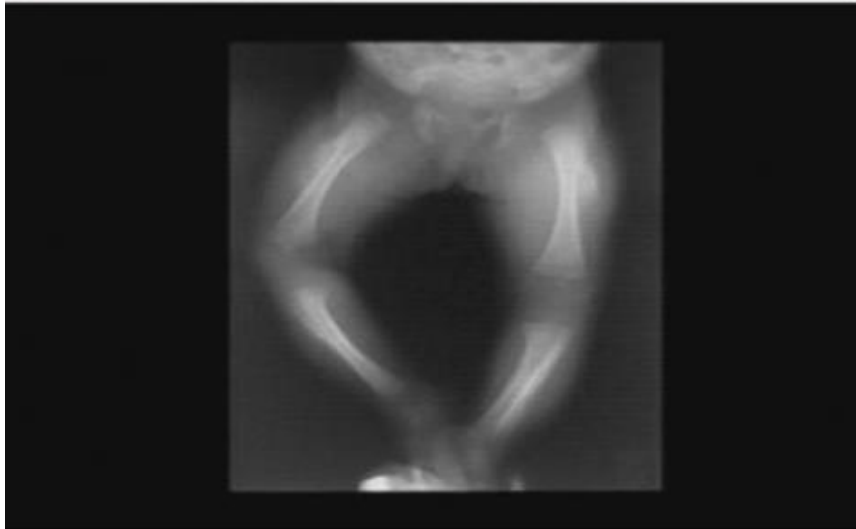
- Asintomático. (38 a64 % )
- Anemia hemolítica
- Lesiones cutaneas (sifilides).
- Placas mucosa
- Lesiones palmoplantares.
- Fisuras radiada periorificales
- Periotitis y osteocondritis
- Rinorrea persistente
- Lesiones del SNC
- Respiratorio
- Hepatoesplenomegalia
- Pseudoparalisis de parrot
- Pancreatitis
- Nefritis.
- RCIU

### Sífilis congénita tardía:

Después de 2 años ( periodo de latencia)

- lesiones gomosa o de esclerosis
- Limitada a un pequeño grupo de órganos
- Frente olímpica
- Mandíbula curva
- Arco palatino elevado
- Triada de Hutchinson ( dientes – queratitis intestinal – lesiones del VIII par craneal)
- Nariz de silla de montar
- Tibia en sable.











# Sífilis tardía





# Neurosifilis

- Se presenta en etapas precoz o tardía
- Síntomas:
  - 1) Disminución de la agudeza visual
  - 2) Trastornos motores que incapacita el movimiento
  - 3) Pérdida de coordinación de las extremidades.
- Ex:
- LCR: pleocitosis, proteínas elevadas y/o VDRL positivo



## Detección en periodo de gestación

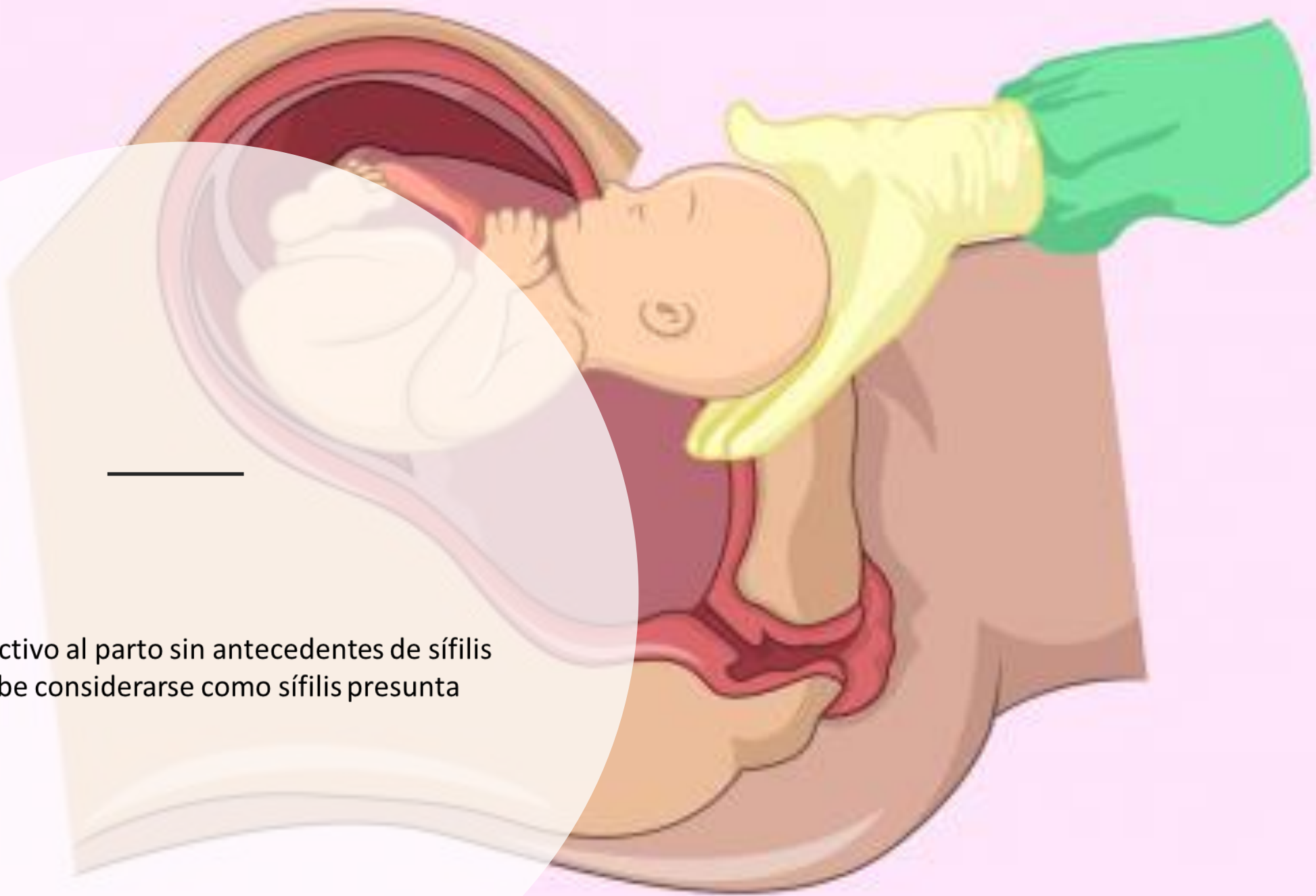


VDRL al ingreso a control prenatal, 24 semanas y entre las 32 – 34 semanas.

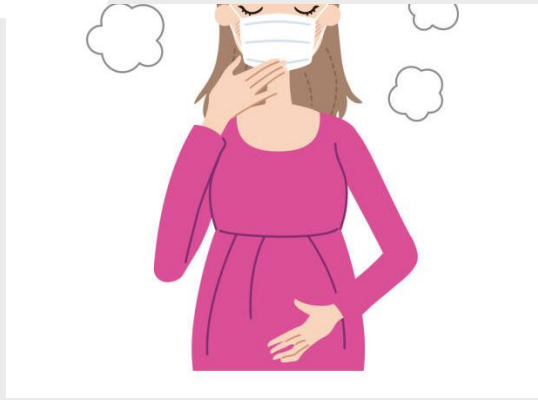
- Gestantes > 24 semanas con sospecha de sífilis secundaria debe ser derivada dentro de 24 horas para evaluación unidad feto-placentaria y prevención de parto prematuro



Toda gestante con serología (+) a cualquier dilución o con serología (-) pero con pareja que tiene serología (+) debe recibir tratamiento inicial (1 dosis de PNC benzatina) tratar siempre las parejas sexuales de la gestante y debe ser tratados.



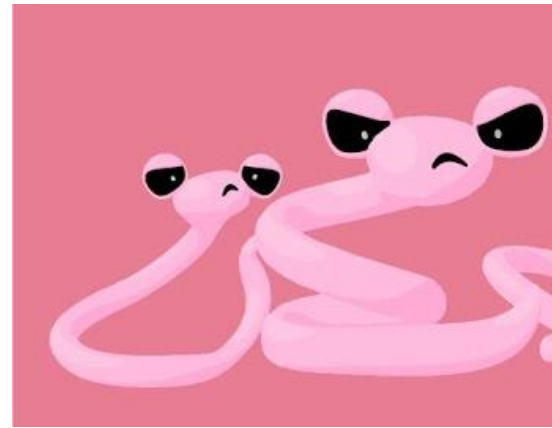
VDRL Reactivo al parto sin antecedentes de sífilis previo debe considerarse como sífilis presunta



Gestante alérgica a la penicilina debe recibir tratamiento con eritromicina en dosis de acuerdo a etatificación de la enfermedad.



# Pruebas



## **Treponemica:** ( cualitativas)

Detectan los Ac que genera el organismo contra el treponema:

- FTA – ABS (prueba de absocion de ac treponémicos fluorescentes)
- MHA – TP (pruebas de hemaglutinación)

## **Pruebas no treponémica:**

(Cuantitativas)

Se utiliza para saber el estadio de evoloucion de la enfermedad o saber si el el tratamiento es efectivo.

- VDRL
- RPR

## tratamiento

- 1) penicilina benzatina 2.400.000 UI  
ultima dosis al menos 1 mes antes del parto.
- 2) al parto, reducción de mas de 2 diluciones de VDRL
- \* el uso de otro ATB no seria un tta adecuado.

### Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz

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

### Sífilis Latente Tardía

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

### **Sifilis confirmada:**

- RN de hijo de madre con sifilis ( activa o no activa).
- VDRL en sangre mayor al menos 2 diluciones al materno.
- VDRL del LCR reactivo y/o citoquímico de LCR alterado.

### **Sifilis probable:**

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

### **Sífilis descartada:**

RN hijo de madre con VDRL (+) en el momento del parto. VDRL del RN es (-)

# Rn de madre con sífilis

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

- Evidencien enfermedad activa
- Hijos de madres inadecuadamente tratadas
- Madres con serología reactiva sin control de embarazo.
- Madres que no hayan presentado respuesta esperada al tratamiento o que se sospeche reinfección.
- Madres con Sífilis tratada pero con seguimiento serológico insuficiente.
- Madres cuyos contactos sexuales no han sido tratados.
- Madres sin historia de Sífilis previa, con serología reactiva al parto a cualquier dilución

**¡Ante la duda, siempre debemos tratar al paciente!**

Spirochete crossing over the placental barrier

Spirochete of syphilis

Placental barrier

Spirochete present



## Estudios del RN

- Examen físico completo
- VDRL en sangre y LCR
- Estudio citoquímico de LCR.
- Hemograma y Recuento de plaquetas.
- Exámenes de función hepática y función renal
- Radiografía de huesos largos.
- Fondo de ojo.
- Rx. de Tórax, en caso de presentar sintomatología respiratoria.

0  
DÍAS



## *¿Cuál es el tratamiento a elección?*

- 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 del recién nacido.
- El RN con Neurosífilis se debe tratar por 10 días.

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

*La penicilina benzatina no alcanza niveles de droga detectables en líquido cefalorraquídeo, por lo que no es adecuada en Sífilis congénita.*

## *Reacciones adversas del tratamiento...*

### **Reacción de Jarisch-Herxheimer**

#### *¿Qué es?*

- Es una reacción febril aguda que ocurre tras la administración de antimicrobianos en diversas enfermedades espiroquetales.

#### *¿Cuándo ocurre?*

- Primeras 24 h de iniciado el tratamiento con PNC.

#### *¿Síntomas?*

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

#### *¿Manejo?*

- Medidas de soporte

***¡No se repite en las siguientes administraciones del fármaco!***

# Seguimiento

<b>Madre adecuadamente tratada y RN con VDRL periférico reactivo no tratado</b>	<b>RN con sífilis congénita tratada (probable y/o confirmada)</b>	<b>RN con neurosífilis</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Control médico y VDRL al mes, a los 2 meses, a los 3 meses o hasta que el VDRL sea NO REACTIVO.</li><li>- Si las diluciones de VDRL se mantienen estables o aumentan se debe reevaluar al niño/a e indicar tratamiento.</li><li>- A los 6 meses de vida, debe negativizarse el VDRL, en caso contrario, reevaluar al niño/a.</li><li>- Alta luego de corroborar que el VDRL sea NO REACTIVO.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control médico y con VDRL al mes, a los 2, 3, 6 y 12 meses de vida.</li><li>- Si el VDRL permanece reactivo a los 6 meses de edad, se debe reevaluar al niño/a.</li><li>- A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control médico y VDRL al mes, a los 2, 3, 6 y 12 meses de vida.</li><li>- 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.</li><li>- A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas.</li><li>- Realizar seguimiento neurológico, por otorrino y oftalmólogo a los 3, 6 y 12 meses de edad.</li></ul>



Momento de preguntas para ustedes:

- 1) ¿Qué sucede con la leche materna?
- 2) ¿Será de notificación obligatoria?



# Referencia:

- 1. ministerio de salud. Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical, del VIH y la sífilis. (2012)
- 2. Guía clínicas de neonatología. Servicio de neonatología, hospital Santiago oriente – L tisne. Cuarta edición (2020).