

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN NEONATOS. SERVICIO DESCONCENTRADO HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA

*Carhylim Henríquez **Florángel García **Maylí Carnevalle

RESUMEN

Se realizó una estudio descriptivo transversal de recolección retrospectiva de datos de 102 historias clínicas con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita en neonatos registrados en el Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el período enero 2014 a junio 2017. Los resultados evidencian que el 52% de los neonatos eran del sexo masculino, el peso y longitud del neonato osciló entre 2501 a 4000 gramos y 46 a 55 cms, respectivamente; los neonatos pretérmino y a término tenían un tamaño adecuado; el APGAR fue normal al minuto, cinco y diez minutos. Las manifestaciones clínicas y paraclínicas más frecuentes fueron ictericia (41,2%), leucocitosis (16,7%) y periostitis (12,8%). El 78,4% de los casos presentaron VDRL no reactivo en LCR mientras que 72,5% mostraron VDRL reactivo en sangre. En conclusión, es importante aumentar el control prenatal e indicar de forma rutinaria el VDRL en sangre con la finalidad de detectar tempranamente los casos de sífilis materna y de esta manera prevenir la sífilis congénita.

Palabras clave: sífilis congénita, clínica, características sociodemográficas

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CONGENITAL SYPHILIS IN NEONATES. SERVICIO DESCONCENTRADO HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study, of retrospective review of data from 102 medical charts was carried out in order to describe clinical and epidemiological characteristics of congenital syphilis in neonates registered at the Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga during the period January 2014 to June 2017. Male sex was predominant 52%, weight and height of newborns were between 2.501 to 4.000 grams and 46 to 55 cms, respectively; preterm and term neonates were of adequate size; APGAR score was normal at one, five and ten minutes. Most common clinical and paraclinical manifestations of congenital syphilis of the neonate at birth were jaundice (41,2%), leucocytosis (16,7%) and periostitis (12,8%). 78,4% had non-reactive VDRL in cerebrospinal fluid while 72,5% had reactive VDRL in blood. In conclusion, it is important to increase prenatal control and screen for maternal syphilis in order to detect early cases and prevent congenital syphilis.

Keywords: congenital syphilis, clinical, sociodemographic characteristics

* Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela.
correo electrónico: carhylim@hotmail.com.

**Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga Barquisimeto, Venezuela.

Recibido: 10/09/2019
Aceptado: 30/11/2019



[Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

INTRODUCCIÓN

Las infecciones congénitas son aquellas transmitidas por la madre a su hijo antes o durante el nacimiento siendo la sífilis congénita una de ellas la cual puede ser transmitida al feto por diseminación transplacentaria o vía vertical; es causada por el *Treponema pallidum* y se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infecciones crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades si no es detectada y tratada adecuadamente⁽¹⁾. En el área pediátrica, la población de riesgo son los recién nacidos de madres infectadas en vista que la tasa de transmisión es de un 70-90% durante la fase secundaria de la enfermedad, con un 40% de abortos o mortinatos; esta disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna, siendo el mayor riesgo de transmisión en el tercer trimestre de embarazo⁽²⁾. La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al feto, que puede ocurrir en útero, por paso transplacentario o durante el paso a través del canal del parto, por una madre que no ha sido tratada adecuadamente o por una falla en el control prenatal⁽³⁾.

Ahora bien, la infección puede transmitirse en cualquier momento del embarazo pero es más frecuente después del cuarto mes, porque los treponemas no pueden atravesar la placenta por las células de Langhans ya que estas se atrofian, produciéndose la treponemia con afectación sistémica por lo que los fetos infectados precozmente pueden morir en el útero⁽³⁾. Esta enfermedad se puede pesquisar y tratar durante el embarazo o en el período de recién nacido inmediato, con muy buena respuesta, dando a la sociedad un individuo sano. El compromiso fetal dado por la infección va a depender del estadio de la enfermedad materna, así como de su tratamiento y de la droga usada en el mismo. Así, las estimaciones globales de mujeres embarazadas con sífilis indican que aproximadamente 2 millones de mujeres fueron infectadas en 2003 y 1.4 millones de casos en 2008. Los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basaron en la presentación voluntaria de informes por países, que es incompleta y variable. Sin embargo, a

partir de datos reportados, puede concluirse que la sífilis materna es un problema importante en los países africanos, así como de los países de las Américas⁽⁴⁾.

Por su parte en Estados Unidos, según los datos epidemiológicos, la tasa de sífilis congénita fue de 8,8 casos por cada 100.000 nacidos vivos y el número de casos reportados fue de 451, de los cuales el 73,8% ocurrieron porque la madre no recibió tratamiento o éste fue inadecuado antes o durante la gestación⁽⁵⁾. En América Latina y el Caribe se reportaron 3 millones de casos nuevos al año, siendo ésta la región que presenta la tasa más alta a nivel mundial. Se estima que en el año 2007 nacieron más de 164.000 niños con sífilis congénita en esta región y que aproximadamente 330.000 mujeres embarazadas cursan con sífilis y no reciben tratamiento durante el control prenatal. Se estima que de estas gestaciones nacen 110.000 niños con sífilis congénita y un número similar resulta en aborto espontáneo.

Asimismo, en Venezuela se ha observado en las dos últimas décadas una recrudescencia de la sífilis adquirida por contacto sexual y esto ha conducido a que también haya aumentado la incidencia de sífilis congénita⁽⁵⁾. Según los registros epidemiológicos venezolanos para el 2011, se presentaron 144 casos de sífilis congénita⁽⁶⁾. El estado Lara no escapa a esta situación, específicamente según el Programa de Infecciones de transmisión sexual VIH – SIDA de este estado se registraron para el año 2016, 40 embarazadas con sífilis, siendo el principal centro de referencia el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. A su vez, se reportaron 33 casos de sífilis congénita para el mismo año⁽⁷⁾. Por otro lado, entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual⁽⁸⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal de recolección retrospectiva de datos que incluyó 102 registros de historias clínicas de casos con diagnóstico de sífilis congénita en neonatos que fueron ingresados en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga, durante el periodo enero 2014 a junio 2017. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 18.0 para windows y son presentados como promedios \pm DE.

RESULTADOS

Al describir la sífilis congénita según el peso del neonato al nacer, se observa que 68,6% de los neonatos presentaron un peso entre 2,501 a 4,000 gramos, seguido del 26,5% cuyo peso osciló entre 1,501 a 2,500 gramos; llama la atención un bajo porcentaje (3,9%) de neonatos que pesaron menos de un kilogramo (cuadro 1).

| Peso (gramos) | Nº | % |
|---------------|------------|------------|
| < 1500 | 4 | 3,9 |
| 1501 - 2500 | 27 | 26,5 |
| 2501 - 4000 | 70 | 68,6 |
| > 4001 | 1 | 1 |
| Total | 102 | 100 |

Cuadro 1. Sífilis congénita en neonatos según el peso al nacer. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

Al describir la sífilis congénita de acuerdo a la longitud del neonato al nacer (cuadro 2), se encontró que el mayor porcentaje (79,4%) de ellos presentó una longitud entre 46 cms y 55 cms, seguido de los neonatos que midieron entre 35 y 45 cms (17,4%); solo 3% de los neonatos tuvieron una longitud mayor a 55 cms. Con respecto al sexo del neonato, se determinó que más de la mitad de los neonatos son del sexo masculino (52%).

| Longitud (cm.) | Nº | % |
|----------------|------------|------------|
| 35 - 45 | 18 | 17,6 |
| 46 - 55 | 81 | 79,4 |
| > 55 | 3 | 3 |
| Total | 102 | 100 |

Cuadro 2. Sífilis congénita en neonatos según la longitud al nacer. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

Con respecto a los neonatos pretérmino con sífilis congénita, la mayoría eran de tamaño adecuado (84,9%), seguido de pequeño (12,1%) y en menor porcentaje grande (3%). Por su parte, los neonatos nacidos a término, 87% fueron de tamaño adecuado, 11,6% pequeño y sólo 1,4% grande.

En cuanto al Apgar al nacer de los niños con sífilis congénita, se observó que la mayoría de los neonatos tenían un APGAR normal (7 a 10 puntos) al minuto (86,3%), a los 5 minutos (99%) y a los 10 minutos (99%) del nacimiento. Sólo 1% de los neonatos presentó depresión severa (0 a 3 puntos) en los tres tiempos y 12,7% exhibió depresión moderada (4 a 6 puntos) al minuto del nacimiento.

En relación a las manifestaciones clínicas y paraclínicas de la sífilis congénita del neonato, la más evidente fue la ictericia (41,2%), seguido de leucocitosis (16,7%) y periostitis (12,8%). Se destaca que igual porcentaje de neonatos presentaron neumonitis, hepatomegalia e inflamación tractogastrointestinal (6,9%) y 5,9% presentaron pénfigo palmoplantar; 3,9% de los casos presentaron erupción maculopapular y anemia; 3% presentaron RCIU, fiebre, rinorrea mucopurulenta con sangre y neurosífilis. Por su parte, los hallazgos menos frecuentes fueron hidrops fetal (2%) y coriorretinitis (2%) y miocarditis, esplenomegalia, convulsiones y pseudoparálisis de Parrot (1%). El 17,6% de las pacientes presentaron patologías infecciosas asociadas.

La mayoría de las madres de los neonatos con sífilis congénita al nacimiento utilizó como método diagnóstico el VDRL (88,2%) mientras que el resto combinó los métodos VDRL y

TPHA. El 100% de las madres de los neonatos con sífilis congénita presentaron resultados positivos del VDRL al momento del nacimiento.

Con respecto a los estudios en LCR, más de la mitad de los casos de sífilis congénita en neonatos no tienen reporte de los valores del líquido cefalorraquídeo, 25,5% presentaron valores normales en los exámenes y 15,7% presentaron resultados de LCR patológicos.

En la figura 1 se evidencia que más de las tres cuartas partes de neonatos con sífilis congénita presentaron resultados no reactivos en las pruebas de VDRL en líquido cefalorraquídeo (78,4%) a diferencia del 3,9% que resultó reactivo y 17,6% no reportaron resultados de este examen. Por el contrario de las pruebas de VDRL en sangre, la mayoría resultaron reactivos (72,5%), 14,7% de los casos resultaron no reactivos y 12,7% no reportaron resultados.

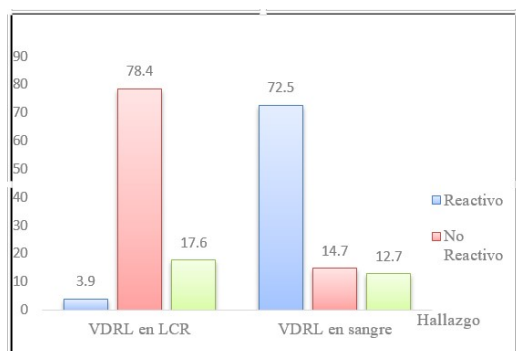


Figura 1. Pruebas de VDRL en líquido cefalorraquídeo y en sangre del neonato al nacer. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

DISCUSIÓN

Cada año en América Latina y el Caribe 330.000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante en la transmisión vertical de la misma, se estima que de estas embarazadas nacen 110.000 niños con sífilis congénita y un número similar resulta en aborto espontáneo⁽⁹⁾. Por otra parte, la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportaron que en el año 2010 se les practicó la prueba para detectar sífilis al 83% de las embarazadas de los servicios de atención prenatal; del total de las mujeres que resultaron positivas, 84% recibieron tratamiento; estos porcentajes se han mantenido estables en cinco años. No obstante hoy por hoy la cantidad de niños nacidos con sífilis congénita en la región (170 por cada 100.000 nacidos vivos) triplica la meta de eliminación (50 por cada 100.000). Es por ello, que los casos de sífilis congénita en América Latina y el Caribe se duplicaron desde 2010, cuando se reportaron 10.850 casos, mostrando un aumento sostenido desde entonces y solo en el año 2015 nacieron 22.400 niños con sífilis⁽¹⁰⁾.

En este estudio se encontró que más de la mitad de los neonatos presentaron un peso al nacer entre 2,501 y 4,000 gramos. Por su parte, Simms *et al*⁽¹¹⁾ reportaron en su investigación que la mediana de peso al nacer de los neonatos con sífilis fue de 2000 gramos (865 – 3170 gramos). Asimismo, Rodríguez *et al*⁽¹²⁾ reportaron un peso al nacer de alrededor de 2700 gramos, lo que significa una variación en el peso que pudiera ser explicado por diversas causas entre ellas si la madre recibió o no tratamiento. Al especificar en la sífilis congénita la longitud del neonato al nacer los resultados encontrados en este estudio predominaron en mayor porcentaje la longitud entre 46-55 cms. Estos valores son similares a los reportados por Rodríguez *et al*⁽¹²⁾. Al igual que el peso, estos valores son variables en cada estudio, dada la población y la metodología empleada en el estudio. En nuestro estudio, independientemente de si el neonato era pretermino o a término la mayoría tenían un tamaño adecuado.

En cuanto al sexo, en la patología estudiada hubo un predominio del sexo masculino, dato coincidente con otros^(11,12). Con respecto al APGAR, la mayoría de los pacientes tenían valores normales lo cual coincide con los señalados por Silva *et al*⁽¹³⁾ quienes señalan en su estudio que el 20% de los casos nació con un

APGAR bajo y hubo deprimidos graves en 1% de los casos.

En las manifestaciones clínicas encontradas en este estudio fue más evidente la ictericia (41,2%), seguido de leucocitosis y periostitis. (16,7% y 12,8%), respectivamente. En este sentido, Braccio *et al*⁽¹⁴⁾ exponen que las manifestaciones clínicas comúnmente se presenta durante los primeros 3 meses de vida y son la hepatoesplenomegalia (70%), rash (70%), fiebre (40%), neurosífilis (20%), neumonitis (20%) y linfadenopatía generalizada. Salvia *et al*⁽²⁾ reportan prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, neumonitis, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía generalizada, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis e hidrops fetal. A diferencia de lo expuesto en otros estudios y lo fundamentado en la teoría, se encontró que la mayoría de los neonatos no presentaron patologías asociadas. Otras manifestaciones más graves de la enfermedad incluyen neumonitis, hepatomegalia, anemia, condiloma lata, petequias, osteocondritis, periostitis, meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot, coriorretinitis, entre otras^(2,13).

En los casos estudiados de sífilis congénita, la totalidad de los neonatos recibieron tratamiento adecuado. A diferencia de lo reportado en el estudio de Le Chevalier *et al*⁽¹⁵⁾ quienes refieren que se administró un tratamiento adecuado al 42% de los neonatos. Tal como se evidencia, la aplicación del tratamiento a la madre o al neonato va a depender del control médico y el nivel de atención.

En el 50% de los neonatos se observan alteraciones en los niveles de proteínas y el recuento celular del LCR. En este estudio, más de la mitad de los casos estudiados no tienen reporte de los valores del citoquímico de líquido cefalorraquídeo y sólo 15,7% presentaron resultados de LCR patológicos.

Otros estudios, han señalado que las madres de neonatos con sífilis congénita precoz que tengan un buen control prenatal, se hayan realizado determinación de VDRL cada

trimestre del embarazo y hayan recibido tratamiento tienen buen pronóstico⁽¹⁶⁾. Al respecto, Salvia *et al*⁽²⁾ refieren que si estos anticuerpos son positivos, se debe confirmar el diagnóstico con pruebas treponémicas, entre ellas las cuales se encuentra la prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA). Es importante mencionar que la positividad del VDRL en líquido cefalorraquídeo (LCR) indica afectación neurológica cuando los títulos de la VDRL materna en el momento del diagnóstico y en el momento del parto son elevados o cuando no se sabe la duración de la infección, ya que el tratamiento durante la gestación puede modificar la gravedad de la enfermedad sin erradicar las manifestaciones clínicas en el neonato⁽²⁾. En el presente estudio el método diagnóstico utilizado en las madres de los neonatos con sífilis congénita al nacimiento fue VDRL en un 88% de los casos, el resto de la madres se les combinó el método (VDRL y TPHA). Es importante destacar que 100% de las madres tenían un VDRL positivo al momento del nacimiento. Estos resultados coinciden con lo reportado por Vallejo *et al*⁽¹⁷⁾. Por otra parte, en los resultados de este estudio más de las tres cuartas partes de los casos de sífilis congénita presentaron VDRL no reactivo en el líquido cefalorraquídeo no reactivo. Asimismo, la mayoría de las pruebas de VDRL en sangre resultaron reactivas.

Es por ello que la recomendación de que los recién nacidos cuyas madres hayan sido tratadas durante la gestación, deben ser evaluados clínicamente y serológicamente para la detección de una eventual sífilis congénita. Asimismo, con medidas de salud pública, se podría aumentar el control prenatal y facilitar y asegurar que se haga la serología y se aplique el tratamiento adecuado para detectar los contactos y tratarlos, evitando la reinfección durante el embarazo y de esta manera prevenir la sífilis congénita.

RECOMENDACIONES

1. Se considera una prioridad en salud pública incrementar los controles de seguimiento de los niños con sífilis congénita. Para este fin se sugiere que el personal de salud desarrolle estrategias institucionales que

permitan optimizar y mejorar la adherencia al tratamiento para prevenir la sífilis tardía y la aparición de secuelas.

2. Debe evaluarse en forma especial, en relación a la sífilis, a todos los recién nacidos cuyas madres fueron seropositivas durante el embarazo.
3. Realizar un examen físico exhaustivo en busca de manifestaciones de sífilis congénita precoz, VDRL en sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) con citoquímico (recuento de leucocitos, determinación de globulinas y proteínas totales), hemograma y pruebas de función hepática y renal.
4. Todo neonato hijo de madre con sífilis no tratada, aunque no presente evidencias clínicas ni de laboratorio de infección evidente, debe presumirse infectado y ser tratado.
5. Los neonatos con LCR alterado al nacer deben ser controlados con LCR a los 6 meses para certificar la normalización de éste y el VDRL negativo en el LCR. Si persiste alguna alteración, repetir el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frine S, Banda C. Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2010; 56: 202-208.
2. Salvia M, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas. Revista de protocolos diagnóstico terapéuticos de la asociación española de pediatría: neonatología. 20. [documento en línea]. disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_0.pdf, pag.177-187. [consulta: 01 enero de 2017]. 2008.
3. Parra L, Wilka N, Sánchez F. Sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Revista de posgrado del 6 a vía cátedra de medicina. 165. 6-11. [revista en línea]

disponible:

https://med.unne.edu.ar/revista/revista165/2_165.pdf. [consulta: 2018, enero 5]. 2007.

4. Neu N, Duchon J, Zachariach P. Infecciones por TORCH. Revista Clínica de Perinatología 2015; 42: 77-103.
5. Sabogal A, Peralta J, Martínez L. Sífilis gestacional y sífilis congénita. Protocolo de vigilancia en salud pública. Instituto nacional de salud. versión 02. pág. 2 – 40. bogotá, colombia. 2015
6. Rojas J. Día para la lucha contra la sífilis congénita. problema de salud pública. [documento en línea] disponible: http://www.diarioeltiempo.com.ve/v3_secciones/index.php. [consulta: 02 de enero de 2017]. 2012.
7. Hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Registro de estadísticas de historias médicas. Mimeografiado. 2016.
8. Morales A. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. revista de enfermería actual en costa rica. 17. [revista en línea]. disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/sifilis.pdf>. [consulta: 2018, enero 6]. 2009.
9. López A, Benia W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en uruguay: 2000-2009: montevidео: clap/smr; 2011. (clap/smr. publicación científica; 1580). organización panamericana de la salud/organización mundial de la salud-ops/oms. 2011.
10. Organización Panamericana de la Salud. (ops). Casos de sífilis congénita en américa latina se duplicaron. Equipo océano medicina. [documento en línea]. disponible en: <https://oceanomedicina.com.ar/noticias/ops-advierde-casos-de-sifilis-congenita-en-america-latina-se-duplicaron/>. [consulta 2018, junio 10]2015

11. Simms I, Tookey P, Goh B, Lyall H, Evans B, Townsend C, *et al.* The incidence of congenital syphilis in the United Kingdom: February 2010 to January 2015. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2016; 124: 72–77.
12. Rodríguez G, Miranda B. Sífilis congénita. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 2011; 596: 121-125.
13. Silva A, Boisb F, Duroc E. Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de sífilis congénita. *Rev Hosp Niños (b. aires)* 2016; 58(262): 127-135.
14. Braccio S, Sharland M, Ladhani S. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. *Revista de Infecciones Neonatales y Pediátricas* 2016; 29: 268–274.
15. Le Chevalier M, Alessandri J, Traversier N, Cuillier F, Robin S, Ramful D. Evaluation of the management of pregnancies and infants at risk for congenital syphilis: la réunion, 2008 to 2014. *Revista de Perinatología* 2017; 37: 116 – 121.
16. Villalobos K, Maitín M. Incidencia de mortalidad perinatal por sífilis congénita en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Barquisimeto. Septiembre - diciembre. Trabajo de grado presentado para optar al título de especialista en puericultura y pediatría. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto. 2005.
17. Vallejo C, Cifuentes Y. Caracterización y seguimiento durante seis meses de una cohorte de recién nacidos con sífilis congénita. *Biomédica* 2016; 36: 101-8.