

I. Introducción

La sífilis congénita es una enfermedad bacteriana sistémica producida por el *Treponema pallidum*, espiroqueta de reservorio humano exclusivo. Se adquiere por vía transplacentaria en el embarazo o al nacer desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. Si el diagnóstico y tratamiento de la embarazada no se realiza de forma adecuada, la evolución natural esperada es de aborto (25%), mortinato (25%), Sífilis congénita precoz o tardía (50%).

II. Incidencia

Bajo 0.3 por 1000 RN vivos en Chile.

III. Manejo de la embarazada

En toda gestante se deben realizar 3 pruebas no treponémicas (RPR o VDRL) durante el embarazo:

- Al primer control
- A las 24 semanas de gestación
- Entre las 32 y 34 semanas.

Además se le realiza un cuarto test al momento del parto. Si la embarazada presenta pruebas reactivas durante el embarazo, debe recibir tratamiento y seguirse mensualmente con VDRL hasta el parto.

El tratamiento materno se considera adecuado cuando se usa Penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, una dosis semanal por 2 semanas, al menos cuatro semanas antes del parto.

El tratamiento con Eritromicina no previene la sífilis congénita. El uso de Ceftriaxona no tiene evidencia científica para la prevención de sífilis congénita.

IV. Criterios diagnósticos en el RN

El diagnóstico es el resultado del análisis de los antecedentes epidemiológicos maternos, serología materna y neonatal, tratamiento recibido por la madre, examen físico y los exámenes radiológicos y de laboratorio.

En todo RN cuya madre tiene RPR (+) o VDRL (+) en el momento del parto, se debe tomar VDRL al RN y compararlo con VDRL materno. Es importante considerar el tratamiento y seguimiento materno durante la gestación, para clasificación diagnóstica y para decidir estudio al RN.

De este análisis derivan 3 situaciones clínicas neonatales:

A. RN con sífilis confirmada: RN con VDRL en sangre dos diluciones mayor al materno, VDRL de LCR reactivo y/o citoquímico de LCR alterado (pleocitosis o proteinorraquia). No requiere tener signos clínicos para considerarse como caso confirmado.

B. RN con sífilis probable: Hijo de madre con sífilis, sintomático o asintomático, y con alguno de los siguientes antecedentes:

- 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 con droga no penicilínica o mal tratada.
- Sífilis materna tratada en las últimas 4 semanas antes del parto.
- Madre tratada pero sin un registro claro del tratamiento recibido.
- Madre 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).

C. RN con sífilis descartada: Hijo de madre con VDRL (+) al parto. VDRL del RN es (-).

V. Manifestaciones clínicas:

A. Sífilis congénita precoz: se manifiesta hasta los 2 primeros años de vida. Asintomática en el 60% de los casos. Los RN sintomáticos tienen manifestaciones al nacer, como compromiso mucocutáneo, óseo, meníngeo, trombocitopenia, RCIU, hepatoesplenomegalia, anemia con hemólisis, pénfigo, ictericia, púrpura, rash, rinitis, adenopatías, neumonía alba, hidrops e incluso un curso séptico fulminante.

B. Sífilis congénita tardía: las manifestaciones aparecen después de los 2 años de edad, generalmente en la pubertad, apareciendo el compromiso crónico de los órganos afectados, presentando alteraciones óseas, lesiones cardiovasculares, dientes de Hutchinson, molares de mora, lesiones oculares, auditivas y tabes dorsal juvenil.

C. Neurosífilis: Puede presentarse tanto en etapa precoz como tardía. El estudio de LCR muestra pleocitosis, proteínas elevadas y/o VDRL positivo.

VI. Manejo del RN con sífilis confirmada o probable:

La Sífilis debe ser notificada a la Autoridad Sanitaria por el Comité Local correspondiente.

Todos se deben estudiar y tratar: examen físico completo, VDRL en sangre y LCR, citoquímico de LCR, y hemograma con recuento de plaquetas. Si hay sintomatología específica, considerar realizar radiografía de huesos largos, exámenes de función hepática y renal, fondo de ojo y radiografía de tórax.

Tratamiento: Todo RN con diagnóstico probable o confirmado de sífilis.

- Menor de 7 días: Penicilina G sódica cristalina 100.000 U/kg/día EV cada 12 horas por 10 días.
- Mayores de 7 días: Penicilina G sódica cristalina 150.000 U/kg/día EV cada 8 horas por 10 días.
- Neurosífilis: Penicilina G sódica 100.000 U/kg/día EV cada 12 horas por 10 días.
- Aislamiento de contacto ante lesiones de piel y mucosas.

Debe realizarse seguimiento ambulatorio luego del alta.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 0141 del 2014. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis.
2. Neonatología, José Luis Tapia, Cuarta edición, Santiago, Chile, 2018.