



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

CURSO CLÍNICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS MEXICANOS

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA
DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ PÉREZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

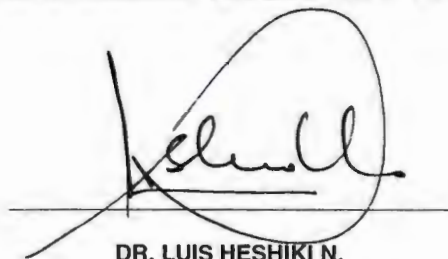
TUTORA: DRA. PATRICIA SALTIGERAL SIMENTAL.

CURSO CLÍNICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS MEXICANOS.



DR. PEDRO A. SANCHEZ MARQUEZ

DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. LUIS HESHIKI N.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSTGRADO



DRA. PATRICIA SALTIGERAL SIMENTAL.

TUTORA

INDICE:



1.- ANTECEDENTES.....	1- 7
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Y JUSTIFICACION.....	8
3.- OBJETIVOS.....	9
4.- TIPO DE ESTUDIO.....	10
5.- MATERIAL Y METODOS.....	11 -16
6.- RESULTADOS.....	17-18
7.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	19-21
8.- CONCLUSIONES.....	22
9.- BIBLIOGRAFIA.....	23-25

ANTECEDENTES.

CURSO CLINICO DE SÍFILIS CONGENITA.

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, perteneciente al Orden *Spirochaetales*, familia *Spirochaetaceae*. La forma más frecuente es por transmisión sexual. La sífilis congénita se produce con más frecuencia cuando el feto se infecta *in útero*, por vía transplacentaria aunque es posible la infección del neonato al pasar por el canal del parto.¹

La sífilis es tan vieja como la humanidad. La mayor parte de las personas la han contraído mediante relaciones sexuales. A fines del siglo XV se propagó la sífilis por Europa tras el sitio infructuoso de Nápoles en 1495 por las tropas francesas de Carlos VIII.

El nombre de *sífilis* viene de un poema de Gerolamo Fracastoro, médico con interés en la investigación de enfermedades transmisibles que inspirado en una historia de Ovidio en que aparece el nombre de *Sipylyus*.¹

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Transmitida de madre a hijo, durante la gestación, el parto o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo.

El CDC define como sífilis temprana a aquella infección que tiene menos de un año de duración y como tardía la que lleva más de un año de haberse iniciado. La OMS establece, en cambio, un período de dos años para definir estos estadios.²

La infección fetal puede ocurrir en cualquier momento durante el embarazo. Anteriormente se pensaba que el *treponema* no pasaba por la placenta hasta la semana 18.^{2,3}

La madre puede transmitir sífilis al feto hasta cuatro años después de la infección materna original cuando no ha sido tratada. La transmisión transplacentaria o durante el canal de parto, ocurre en el 6%-14% en la fase latente tardía, de 30% en la latente reciente, hasta un 70% en la primaria y de 90%-100% en la secundaria.³

La sífilis no tratada durante el embarazo puede afectar el embarazo y producir abortos espontáneos, prematuridad, hidrops no-inmune, restricción del crecimiento intrauterino y muerte perinatal, así como secuelas a los niños. En 1917, Osler observó sífilis en el 20% de todos los nacimientos y 18-22% de las muertes infantiles en Estados Unidos.⁴ El mismo año, Harman publicó un informe en Inglaterra de 1001 embarazos, 150 mujeres con la sífilis no tratada entre el grupo sífilítico, 17.2% de los embarazos produjeron un aborto espontáneo, 22.9% muerte neonatal, en el 21% sífilis congénita y recién nacidos sanos en un 38.9% de los casos.⁵ Dos informes de 1950s confirmaron estas observaciones. En un estudio entre 22 mujeres no tratadas la sífilis temprana, el 41% de sus bebés tenían sífilis congénita, 25% fueron óbitos, el 14% murieron en el periodo del neonatal y 21% eran prematuros, pero sin evidencia de sífilis congénita, y sólo el 18% eran recién nacidos de término.⁶ En este grupo, la posibilidad de muerte neonatal y prematuridad era, respectivamente, 6 y 32 veces mayor que en el grupo control de 10 323 mujeres no infectadas y embarazadas.

En el otro estudio de 59 casos de sífilis materna no tratada la mitad de las madres con sífilis primaria o secundaria tuvo un recién nacido prematuro u óbito y la otra mitad tenía datos clínicos de sífilis congénita.⁷

Tradicionalmente, la sífilis congénita se ha dividido en: sífilis congénita temprana y sífilis congénita tardía. La sífilis congénita temprana se refiere a las manifestaciones clínicas que aparecen dentro de los primeros 2 años de vida y la tardía cuando se presenta después de los dos años de vida.

Los factores asociados a la adquisición de la infección de la madre al hijo:

- Conducta y contacto sexual del riesgo.
- Presencia de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad.
- Otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo en la actualidad o en el pasado.
- Uso de drogas psicoactivas (marihuana, bazuco, cocaína, heroína, alcohol, etc.) que disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual.
- Nivel socioeconómico o educativo bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura en los servicios de salud, una mayor incidencia al abuso y al trabajo sexual.⁸

Los factores asociados a la transmisión vertical madre-hijo son: La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita; el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad.⁹

La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en la búsqueda sistemática en todas las gestantes durante el control prenatal, a través de la realización de pruebas serológicas no treponémica (RPR o VDRL).

Los efectos sobre el feto dependen de la etapa en que se encuentre la sífilis y de la edad gestacional en que la madre adquiere la infección e incluyen: aborto espontáneo, mortinato, hidrops no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y secuelas graves en los niños que nacen vivos.¹⁰ De todas las embarazadas con sífilis no tratada, sólo el 20% llevarán al feto al término del embarazo y tendrán un recién nacido normal.

La infección no tratada en el primero y segundo trimestre produce morbilidad fetal significativa, pero cuando la infección se produce en el tercer trimestre, muchos niños se afectan en forma asintomática. Cuando hay compromiso feto placentario severo la infección puede llevar a muerte fetal. La mortalidad neonatal puede ser tan alta como de 54% de los niños afectados, siendo la prematuridad una causa importante de esta.¹¹ La muerte intrauterina se presenta en un 30%, muerte neonatal en un 10% y manifestaciones clínicas neonatales en un 40%.¹²

La sífilis congénita se puede presentar con síntomas clínicos en el recién nacido, pero hasta un 60% son asintomáticos al nacimiento. Muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses más tarde. De acuerdo a la evolución, puede ser dividida en enfermedad temprana, si la infección es detectada antes de los 2 años de edad y enfermedad tardía si se detecta después de los 2 años de edad. La mayoría de los pacientes con enfermedad temprana inician las manifestaciones antes de los 3 meses de edad.¹³

Incidencia.

En 1985 la incidencia de sífilis en Estados Unidos empezó a aumentar rápidamente, lo cual llevó también a un aumento dramático de la sífilis congénita. Entre 1985 - 1990 hubo un aumento de 75% en la incidencia de la enfermedad encontrándose en América Latina y el Caribe una incidencia de dos a cinco veces más elevada que en los países desarrollados. El perfil de las mujeres que tienen hijos con sífilis congénita corresponde a aquellas que tienen otras enfermedades sexualmente transmisibles, no tienen un control prenatal adecuado, y son generalmente solteras y adolescentes. Lo anterior fue atribuido al aumento en el consumo de drogas ilegales y al intercambio de droga por sexo con múltiples parejas, lo cual hacía prácticamente imposible la notificación y el seguimiento de todos los contactos de la persona enferma.^{14,15}

La incidencia de sífilis congénita en los países que notificaron a la OPS entre 1987 y 1992 se situó entre 2,2 y más de 250 casos por 100.000 nacidos vivos. El incremento de casos de sífilis congénita (SC) en el mismo período de tiempo se debió no sólo al aumento de casos reales, es decir, secundarios al incremento de la enfermedad en las madres, sino también a la adopción de nuevas pautas para la definición de casos de SC, por parte de los Centros para el Control y la Prevención de las enfermedades (CDC) de Atlanta, las cuales incluían (a diferencia de las anteriores, - criterios de Kaufman-) los recién nacidos (RN) asintomáticos al nacimiento pero con alto riesgo de estar infectados.¹⁶

La incidencia racial de sífilis en los Estados Unidos en 1990 reportó 20.1/100,000 habitantes. Predomina en la población de raza negra (79%), seguido en orden descendente por hispanos (20%), los de raza blanca (5%) y en un 4% se desconoce la raza. De acuerdo a 3,209 casos registrados en 1993, la edad de mayor incidencia fluctúa entre los 25 a 34 años. En México se reportó en 1990 una incidencia de sífilis de 3.2/100,000 habitantes. Calderón y cols.¹⁷ Reportan una incidencia de 8.2% de infección por *T. pallidum* en 3,098 mujeres dedicadas a la prostitución. Respecto a las cifras de sífilis congénita en algunos centros hospitalarios en México es variable, Reyes-Gómez detectó 10 casos en un período de 6 años (.004%) mientras que Castellanos-González reporta 7 casos en un lapso de 2 años.¹⁷

La sífilis durante el embarazo en el mundo Occidental actualmente es rara. El porcentaje de seropositividad en mujeres durante embarazo varía entre 0.02-4.5% en el Norte de Europa y los Estados Unidos. Gracias a las estrategias de las intervenciones eficaces, la sífilis congénita se encuentra en un promedio de 30 casos por 100 000 nacimientos vivos en los Estados Unidos en 1996.^{18,19 y 20.}

La incidencia de sífilis aumentó dramáticamente en la década pasada en Rusia, de < 30 por 100 000 en 1978-92 a 175 por 100 000 en 1995. La razón para esto es incierta, pero debe buscarse tipo de relaciones sexuales, viajes, inmigración, y prostitución, así como

la provisión, uso y efectividad de diagnóstico, tratamiento, y contacto con servicios médicos.²¹

Los países donde las "enfermedades venéreas" tradicionales no se han controlado, como África subsahariana, la magnitud de los problemas asociada con sífilis congénita es similar a lo que ocurrió en el Oeste durante 1900s.^{22,23} El predominio de seroreactividad entre mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales en África es de 3-18 %. Datos para sífilis congénita en África sugirieren que 1-3% de los neonatos y lactantes menores de 6 meses de edad son seropositivos y/o tienen datos de infección congénita.^{24,25} En Etiopía, se estimó que un 5% de todos los embarazos son perdidos cada año por abortos inducidos por sífilis congénita (75 000).²⁶

Diagnóstico

El diagnóstico de la sífilis congénita se realiza con la determinación del RPR o VDRL y la prueba de confirmación en la madre (FTA-Abs o TPHA). Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, la evaluación clínica y de laboratorio incluye:

- Examen físico.
- Prueba serológica no treponémico cuantitativo.
- Prueba treponémica, si se considera necesario.
- LCR para análisis citoquímico y VDRL
- Radiografías de huesos largos
- Examen general de orina.
- Otros estudios útiles son: Radiografía de tórax, biometría hemática, pruebas de función hepática y examen oftalmológico.

Diagnóstico diferencial de la sífilis congénita

Se debe diferenciar la sífilis congénita de las infecciones causadas por toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, y el herpes simple (agentes causales del llamado síndrome "TORCH»).

Tratamiento sífilis congénita.

El tratamiento de elección que es la penicilina G sódica cristalina, y no existen otras alternativas que garanticen la curación de la enfermedad. Por lo tanto sólo la penicilina se debe usar para tratar un caso de sífilis congénita.

Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/Kg./día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/Kg. cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10-14 días. Si hay compromiso de Sistema Nervioso Central durante 14 días.

Si el recién nacido tiene VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante 14 días.

A los lactantes (niños de 1 mes de edad a 2 años) y niños mayores de 2 años de edad en

Seguimiento de los niños y las niñas con sífilis congénita.

Todos los neonatos, lactantes y niños mayores que fueron tratados para sífilis deben ser seguidos cuidadosamente en consulta médica y con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3, 6 y 12 meses.

Los criterios de curación son:

- Prueba no treponémica RPR o VDRL que se torna no reactiva
- 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, se debe hacer VDRL en LCR a los 6 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 periodo neonatal. La serología no treponémica y treponémica permanecen reactivas por el paso de inmunoglobulinas maternas al niño que pueden persistir por un periodo hasta de 15 meses, por lo tanto 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.²⁸

Si los títulos aumentan durante el seguimiento, debe realizarse un nuevo tratamiento.

Manifestaciones de la sífilis congénita

1. Tempranas

- Hepatoesplenomegalia
- Linfadenopatía generalizada.
- Manifestaciones hematológicas: anemia, ictericia, leucopenia, o leucocitosis (reacción leucemoide), trombocitopenia, hidrops fetal.
- Manifestaciones mucocutáneas: pénfigo palmoplantar, erupción maculopapular, rinitis o rinorrea sanguinolenta, condilomas lata, regadías, petequias.
- Lesiones óseas: osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisaria
- Manifestaciones renales: síndrome nefrótico
- Manifestaciones de SNC: meningitis aséptica
- Manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis en sal y pimienta
- Retardo de crecimiento intrauterino

· Otros hallazgos: pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocarditis, fiebre.²⁸

2.- Tardías:

- Dientes de Hutchinson
- Queratitis intersticial
- Sordera
- Nariz en silla de montar
- Ragadies
- Lesión de SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera.
- Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable.

Alteraciones de los órganos de los sentidos.

Básicamente el compromiso de los órganos de los sentidos es a nivel ocular y neurosensorial auditivo. Las lesiones oculares van desde la queratitis hasta retinitis con atrofia óptica. En la etapa precoz se encuentra queratitis intersticial o coroiditis.

La respuesta terapéutica está relacionada con la precocidad diagnóstica y la posibilidad de prevenir estigmas y secuelas como la ceguera. En la etapa tardía las manifestaciones son amplias y variadas. La forma más común es la retinitis sífilítica, usualmente es bilateral y puede hacerse explícita cuando ha sido posible curar la queratitis intersticial. Se encuentra con frecuencia asociada a coroiditis e iritis. Se manifiesta con disminución progresiva de la agudeza visual, pérdida de la visión nocturna, escotomas y reducción del campo visual. En el curso de la enfermedad pueden aparecer gomas en el iris, cuerpo ciliar, periostio y pared orbitaria con los efectos que se generan a partir de allí. Igualmente pueden comprometerse los músculos extrínsecos e intrínsecos del ojo con paresias y parálisis progresivas.

El compromiso auditivo puede llevar hasta la sordera uni o bilateral como producto de las lesiones del sistema nervioso, ya sea por el compromiso meníngeo o por las lesiones centrales parenquimatosas, o por ambas. En la etapa precoz la razón más frecuente es la meningitis.

Alteraciones del sistema osteomuscular

Las alteraciones de tipo óseo y articular aparecen en forma temprana y en forma tardía. Las alteraciones tempranas de la sífilis a nivel óseo están dadas por la osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisaria. En los casos de osteocondritis la acción de la espiroqueta lleva a separar las epífisis de la metáfisis por un tejido de granulación mientras se detiene la actividad osteoblástica, lo que lleva a la deformidad ósea. La periostitis fetal se evidencia muy tempranamente en las primeras semanas de nacido, muy a menudo combinada con osteocondritis que puede comprometer una o varias extremidades las cuales no muestran ninguna movilidad, por lo cual se le ha llamado

"parálisis de Parrot, no siendo otra que una pseudoparálisis por el severo compromiso osteoarticular.

La osteomielitis diafisaria es menos frecuente y está condicionada a la agresividad de la enfermedad y a la no intervención terapéutica, por ello su aparición es un poco más tardía. Es debida a la penetración del tejido de granulación subcondral en la diáfisis. Es una infiltración de tipo gomoso a lo largo del hueso y con preferencia del cubito y el radio. Hay una forma característica de osteomielitis diafisaria que compromete la falanges, metacarpianos y metatarsianos. Estas gomas pueden posteriormente, y de acuerdo a lo exitoso y precoz del tratamiento, generar o no fístulas, quistes y fracturas patológicas con deformidades múltiples muy dolorosas. El compromiso articular en las etapas tempranas es raro. Lo que puede evidenciarse es el compromiso de las bursas extraarticulares las cuales están llenas de líquido, y les da una apariencia voluminosa sin que exista daño articular.

Como se señaló en la forma temprana cuando no se ha realizado una adecuada intervención terapéutica, la enfermedad continúa su curso dejando una estela de secuelas y estigmas muy difíciles de corregir, lo que es válido para todos los sistemas afectados.

Todas estas lesiones muestran períodos sintomáticos de dolor e hipersensibilidad con períodos de remisión de los síntomas. Se incrementan con el ejercicio, la marcha y con las exigencias físicas. De allí la importancia de la dirección en los programas de rehabilitación.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

La sífilis congénita ha presentado en México durante 1998 y 1999, la Secretaría de Salud de México ha registrado 1732 y 1477 casos de sífilis adquirida, y 63 y 66 casos de sífilis congénita, respectivamente, correspondientes a las 32 entidades federativas de la república. Estas cifras señalan a la sífilis como un padecimiento poco frecuente en México. Sin embargo, si consideramos las prevalencias de anticuerpos contra *Treponema pallidum* halladas en varios estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública a partir de 1992 en México, y que comprendieron grupos de población que exhiben diversos riesgos a infecciones transmitidas sexualmente (ITS), debemos considerar que la sífilis es muy probablemente una de la ITS de más frecuente hallazgo en México.²⁹

En nuestro campo como médicos pediatras el objetivo es detectar y tratar los casos de sífilis en el período neonatal. Para lo anterior es fundamental la normalización de los procesos para la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la sífilis congénita.

¿Cuál es el curso clínico de los niños con sífilis congénita tratados en el Instituto Nacional de Pediatría durante el período del 1º de enero de 1985 al 30 de octubre del año 2002?

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo general.

Determinar el curso clínico de los niños con sífilis congénita tratados en el Instituto Nacional de Pediatría.

3.2 Objetivos específicos.

3.2.1 Establecer las características clínicas, hallazgos de laboratorio y radiológicos al momento del diagnóstico de los niños con sífilis congénita atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

3.2.2 Conocer la frecuencia de afección al sistema nervioso central en niños con sífilis congénita.

3.2.3 Determinar la tasa de mortalidad en niños con sífilis congénita en el Instituto Nacional de Pediatría.

4.- TIPO DE ESTUDIO.

Diseño del estudio: Cohorte retrospectiva.

Tipo de estudio: Curso clínico.

Nivel 1.	Por la intervención:	Observacional.
Nivel 2.	Por el propósito:	Descriptivo.
Nivel 3	Por el diseño:	Retrospectivo
Nivel 4.	Por la unidad de análisis:	Individual.
Nivel 5.	Por la colección de datos:	Retrolectiva.
Nivel 6.	Por la selección de casos:	Prevalentes.

5. MATERIAL Y METODOS.

El estudio será realizado en el servicio de Infectología del Instituto Nacional de Pediatría, el cual es un centro de tercer nivel de atención, que recibe a pacientes de la Ciudad de México y diversas regiones de la República. El estudio se realizará entre el 1º de enero del año 1985 al 30 de Octubre del 2002.

Criterios de selección.

Se incluirán en el estudio a todos los niños con diagnóstico de Sífilis congénita en función a los siguientes criterios: 1) Síntomas y signos de Sífilis congénita confirmada por datos clínicos. 2) Pruebas serológicas no treponémicas positivas las cuales detectan anticuerpos IgM o IgG: RPR (rapid plasma reagin) y VRDL.

Evaluación inicial.

Se revisaran los expedientes de los pacientes que cumplan los criterios de selección, serán sometidos a una revisión completa que incluirá revisión de aspectos clínico, de la exploración física de historia clínica y notas de evolución. Revisión de exámenes de laboratorio realizados, resultados de los mismos. Evaluación de datos clínicos encontrados en las radiografías de huesos largos. Revisar el manejo que recibió cada paciente, con el fin de determinar cuales requirieron retratamiento.

Procedimientos.

Se recolectaran datos de los expedientes clínicos, cuyos pacientes tuvieron el diagnóstico de Sífilis congénita.

Captación de la información.

La información será capturada en una hoja de colección de datos y posteriormente vaciada en una hoja de cálculo.

Análisis estadístico.

Se utilizará estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se resumirán con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o límites intercuartiles), de acuerdo a la distribución de las variables. Las variables cualitativas se resumirán en frecuencias simples y proporciones.

Tamaño de la muestra.

Se incluirán todos los casos que se presentaron entre el primero de Enero de 1985 al 30 de Octubre del año 2002.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACION.

Criterios de inclusión.

1. Edad menor de 2 años al momento del diagnóstico. (Sífilis temprana)
2. Cualquier género.
3. Síntomas y signos de sífilis congénita.
4. Pruebas serológicas no treponémicas (VDRL o RPR) positivas.
5. Pacientes que hayan recibido tratamiento

Criterios de no inclusión.

1. Pacientes que no hayan tenido seguimiento.
2. Expediente ausente o incompleto.

Criterios de eliminación.

1. Pacientes que no acudan a la cita de evaluación.

DEFINICION DE VARIABLES.

Variables independientes.

1. EDAD GESTACIONAL.

Definición: Tiempo en semanas de concepción.

Escala: Cuantitativa discreta.

Categoría: Semanas

2. PESO AL NACER.

Definición: Valor en gramos al momento de nacer.

Escala: Cuantitativa discreta.

Categoría: Gramos

3. EDAD DE INICIO DE LOS SINTOMAS.

Definición: Valor que indica, el comienzo de signos y síntomas en el paciente.

Escala: Cuantitativa discreta.

Categoría: Semanas

4. EDAD MATERNA.

Definición: Años cumplidos de la madre del paciente.

Escala: Cuantitativa discreta.

Categoría: Semanas

5. NIVEL SOCIOECONOMICO.

Definición: Condición económica familiar.

Escala: Ordinal.

Categoría: Alto, medio o bajo.

6. ABORTOS PREVIOS.

Definición: Pérdida de un producto en concepción menor de 20 semanas de gestación.

Escala: Nominal.

Categoría: Si/ No.

7. MULTIPLES PAREJAS SEXUALES.

Definición: Condición que indica si alguno de los padres mantiene relaciones sexuales con dos o más personas.

Escala: Nominal.

Categoría: Si / no.

8. ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Definición: Sintomatología o diagnostico de enfermedad venérea en alguno de los padres.

Escala: Nominal.

Categoría: Si / No.

9. VDRL PREVIO.

Definición: Indica si esta prueba serologica, se realizó antes del embarazo o en los primeros meses de gestación.

Escala: Nominal.

Categoría: Si / No.

10. VIH (SEROLOGIA)

Definición: Indica si la madre se realizó esta prueba antes o durante el embarazo.

Escala: Nominal.

Categoría: Positivo/Negativo

11. MANIFESTACIONES DERMICAS.

Definición: Signos y síntomas dermatológicos presentes.

Escala: Nominal.

Categoría: Rash. eritematoso, pénfigo palmoplantar, infiltración difusa, sífilis bulosa o paroniquia.

12. MANIFESTACIONES VISCERALES.

Definición: Alteración presente a la exploración física.

Escala: Nominal.

Categoría: Hepatomegalia, esplenomegalia, neumonitis (neumonía alba), afección renal, síndrome nefrotico.

13. MANIFESTACIONES EN MUCOSAS.

Definición: Alteración presente a la exploración física.

Escala: Nominal.

Categoría: Rinitis, fisuras bucales, obstrucción nasal o fisuras anales.

14. MANIFESTACIONES OCULARES..

Definición: Alteración presente a la exploración física.

Escala: Nominal.

Categoría: Coniortretinitis, uveítis, glaucoma, catarata.

15. MANIFESTACIONES HEMATOLOGICAS.

Definición: Alteración presente a la exploración física.

Escala: Nominal.

Categoría: Anemia, reacción leucemoide, monocitosis, linfocitosis, trombocitopenia, coagulación intravascular, leucocitosis o leucopenia.

16. ALTERACIONES RADIOLOGICAS.

Definición: Alteraciones en radiografías de huesos largos.

Escala: Nominal.

Categoría: Periostitis, osteocondritis, destrucción de la porción proximal de las tibias, bandas de radio transparencia, deformidad en huesos, lesiones destructivas.

VARIABLES DEPENDIENTES.

1. SECUELAS NEUROLOGICAS.

Definición: Manifestaciones presentes después de un año de curación de la enfermedad, que comprometen el sistema nervioso central.

Escala: Nominal.

Categoría: Tipo de secuela (retardo psicomotor, hidrocefalia, convulsiones, sordera.

2. LESIONES OCULARES.

Definición: Manifestaciones presentes después de un año de curación de la enfermedad, que compromete el sistema ocular.

Escala: Nominal.

Categoría: Coriorretinitis, uveítis, glaucoma, catarata atrofia óptica, disminución de la agudeza visual, disminución de la visión nocturna, escotomas.

3. LESIONES OSEAS.

Definición: Manifestaciones presentes después de un año de curación de la enfermedad, que compromete el sistema óseo.

Escala: Nominal.

Categoría: Deformidad, tibia en sable, alteraciones articulares, articulación de Clutton.

6.- RESULTADOS.

De Enero del 1985 a Octubre del 2002, se registraron un total de 18 casos. De los cuales sólo se encontraron 14 expedientes, 4 de ellos, fueron eliminados del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión (expedientes incompletos). Por lo cual sólo se incluyeron 10 expedientes en el estudio.

Se realizó una revisión de los aspectos clínicos, exámenes de laboratorio y resultados de los mismos.

Los resultados arrojaron:

Dos pacientes eran del sexo femenino y ocho del sexo masculino. Siete de los pacientes ingresaron durante el primer mes de vida, el resto ingresaron durante el segundo mes de vida. Sin embargo todos iniciaron la sintomatología durante el primer mes de vida.

Como antecedentes perinatales encontramos en nueve pacientes (90%), la edad materna fue de entre 20 y 30 años. Siete pacientes (70%) tenían medio socioeconómico bajo, tres (30%) de medio socioeconómico medio. En dos casos existió el antecedente de aborto previo y en uno el antecedente de óbito. En tres casos (30%) existió el antecedente materno de múltiples parejas sexuales, en cuatro casos (40%) el antecedente paterno de múltiples parejas sexuales, en un caso (10%) existió el antecedente materno de prostitución. En dos casos (20%) había el antecedente materno de enfermedades de transmisión sexual, de los cuales en un caso fue infección por virus de papiloma humano y en un caso el de infección por sífilis. Cuatro (40%) de nuestros pacientes no tuvieron control prenatal, tres (30%) de ellos fueron prematuros, el resto fueron de término (70%).

Los datos clínicos encontrados en orden de frecuencia fueron:

En 9 pacientes (90%) visceromegalias En siete pacientes (70%) se encontró hepatoesplenomegalia en dos más hematomegalia esplenomegalia aislada. En un paciente (10%) se encontró neumonía alba..

Se encontró en el 80% de los casos alteraciones hematológicas. De los pacientes con alteraciones: En cinco (62.5 %) hubo presencia de leucocitosis, en cuatro (50%) plaquetopenia con cifras entre 77 mil y 30 mil, en tres anemia (37.5%) En tres pacientes (37.5%) linfocitosis y en uno (8%) eosinofilia.

En 7 pacientes (70%) se encontraron manifestaciones dérmicas. En todos se reporto la presencia de pénfigo palmo-plantar en un paciente además exantema eritemato-papuloso y en otro además petequias y edema. En tres (30%) pacientes no se documentaron manifestaciones dérmicas. Tres pacientes (30%) presentaron rinitis seropurulenta.

Las alteraciones radiológicas se encontraron el 50% de los casos en tres casos (30%) se documento periostitis, en uno lesiones destructivas de huesos largos y en uno bandas de radiotransparencia.

Las manifestaciones oftalmológicas, se encontraron en un 20% .Un paciente presento coriorretinitis y otro más catarata.

En cuatro pacientes (40%) se encontró ictericia, en uno crisis convulsivas (10%) (Paciente en el cual se documento neurosífilis). En un paciente (10%) se encontraron adenopatías y en uno (10%) fiebre.

En todos los pacientes se realizaron pruebas no treponémicas resultando en todos los casos positivas. Sólo en un paciente se realizaron pruebas treponémicas resultando positiva.

En tres pacientes (30%) se encontró VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo considerando la presencia de neurosífilis. En el paciente que se documento neurosífilis, también se documento neumonía alba.

Dos de los pacientes (20%) requirieron retratamiento y en ambos se encontró neurosífilis.

7.- ANALISIS DE RESULTADOS.

Incluimos en el trabajo pacientes que ingresaron al hospital con diversas manifestaciones clínicas y en los cuales se realizó el diagnóstico de sífilis congénita temprana, ya que las manifestaciones clínicas encontradas se expresaron antes de los dos primeros años de vida.

Encontramos que el 80% de nuestros pacientes con el diagnóstico de sífilis congénita fueron del sexo masculino. La mayoría de los pacientes reportados en la literatura, desarrolla la enfermedad en las primeras semanas o meses de vida.³⁰ En esta revisión todos los pacientes iniciaron la sintomatología durante el primer mes de vida.

El control prenatal es uno de los factores más importantes para la prevención de la sífilis congénita. Los grupos que están en riesgo, incluyen madres adolescentes, usuarias de drogas y mujeres que son sexualmente promiscuas. En el 80% de los casos existió el antecedente de promiscuidad materna o paterna, incluso en dos casos se encontró el antecedente de infecciones de transmisión sexual.

En ésta revisión, las manifestaciones más frecuentes, encontradas, fueron visceromegalias en un 90%. Según reportes de la literatura la hepatosplenomegalia está presente en el 100% de los recién nacidos con sífilis congénita.⁴¹ En otros estudios^{31, 32, 33} se reporta una frecuencia de 71%. La hepatomegalia raramente puede ocurrir sin esplenomegalia. La ictericia puede estar presente y puede ser causada por hepatitis sífilítica.³⁰

En el 70% de los casos se encontraron manifestaciones dermatológicas. Se documentó sólo en un paciente la presencia de exantema eritemato papuloso o eritema maculopapular. En ninguno se documentó la presencia de descamación. La manifestación más frecuente, fue el pénfigo palmo-plantar. La literatura reporta una frecuencia del 15 al 60 % en pacientes infectados.³⁰ En tres estudio realizados^{31, 32, 33} que incluyeron 130 pacientes con sífilis congénita, se encontró exantema en un 68%. La lesión cutánea más común reportada en la literatura es el eritema maculopapular que es oval de color rosa o rojo y que posteriormente se pone cobrizo-castaño, con descamación superficial, particularmente en las palmas y plantas del pie. Las lesiones son más comunes en la porción posterior del cuerpo (sobre todo en la región glútea, muslos y plantas del pie) y también se pueden involucrar el área del perioral y las palmas. En la sífilis el pénfigo normalmente ocurre en el periodo neonatal y se caracteriza por una erupción bulosa- vesicular ampliamente diseminada que también involucra las palmas y plantas del pie. Cuando esta se rompe, deja una área denudada que puede sufrir maceración extensa posteriormente se hace costra. Otras manifestaciones incluyen las lesiones petequiales la ictericia puede durar durante varios meses y el edema generalizado puede estar presente como consecuencia de hipoproteinemia relacionado a la enfermedad renal o hepática. Un paciente presentó petequias, edema y plaquetopenia de hasta 50 000 plaquetas (como cifra más baja) y además se documentó hipoproteinemia.

Tres pacientes (30%) presentaron rinitis. La literatura reporta rinitis en el 14% de los casos de sífilis congénita.^{30, 31, 32, 33} La rinitis puede ser un síntoma temprano que se desarrolla después de la primera semana de vida y normalmente antes del fin del tercer mes. La descarga es altamente infectante. La infección bacteriana secundaria puede ocurrir y causar descarga purulenta. Si la ulceración del mucosa nasal es

suficientemente profunda y involucra el cartílago nasal, causando una "nariz en silla de montar".³⁰

En cuanto a las manifestaciones oftalmológicas, se presentaron en un 20%, en un paciente coriorretinitis y en otra catarata congénita. La frecuencia de compromiso ocular de la sífilis congénita temprana se desconoce. Se han descrito Coriorretinitis, lesiones en sal de pimienta, glaucoma, uveítis, y chancros del párpado. El glaucoma congénito puede ocurrir y deben ser considerado en presencia de blefaroespasma, córnea nublada, córnea agrandada y rasgando excesivo de los ojos.

Encontramos en el 10% del total de los pacientes neumonía alba, la literatura reporta frecuencia del 17%.^{31, 32, 3 3}

En cuanto a los exámenes de laboratorio realizados en los pacientes. La biometría hemática fue normal en dos casos (20%). Encontrando en el 80% alteraciones hematológicas. En cinco pacientes (62.5 %) hubo presencia de leucocitosis, en cuatro (50%) plaquetopenia con cifras entre 77 mil y 30 mil, en tres anemia (37.5%) en tres pacientes (37.5%) linfocitosis y en uno (8%) eosinofilia. Similar a la literatura que reporta Leucocitosis en un 72%, anemia en un 58% y trombocitopenia en un 40%.^{31, 32, 3 3}

Las alteraciones radiológicas se encontraron el 50% de los casos en tres casos (30%) se documento periostitis, en uno lesiones destructivas de huesos largos y en otro bandas de radiotransparencia. Se reporta en algunos estudios realizados que las lesiones óseas son quizás las anomalías más frecuentemente encontradas en la sífilis congénita temprana no tratada. No se reportan en la mayoría de los estudios manifestaciones clínicas las cuales clínicamente puede manifestarse como irritabilidad en el recién nacido, las extremidades superiores son involucradas más frecuentemente y el compromiso unilateral predomina. El cuadro clínico puede imitar la parálisis de Erb pero raramente esta se encuentra presente al presente al nacimiento se reporta pseudoparálisis en un 15%.^{31, 32, 3 3} Además se reporta también un frecuencia del 78% en cuanto a las anomalías radiológicas encontradas entre ellas sobresale la periostitis o osteocondritis metafisiaria.

En tres pacientes (30%) se encontró VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo considerando la presencia de neurosífilis. En un que se documento neurosífilis, también se documenta neumonía alba.

Sólo en un paciente (10%) presento crisis convulsivas, paciente en el cual se documento neurosífilis. En tres pacientes (30%) se encontró VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo considerando la presencia de neurosífilis lo cual es similar a lo reportado en la literatura que corresponde a un 23%.^{31, 32, 3 3}

La leptomeningitis aguda aparece durante el primer año de la vida, los normalmente entre los 3 y 6 meses de la edad. Los síntomas y signos pueden hacer pensar en meningitis bacteriana aguda incluyendo rigidez de cuello, vomito, Kernig positivo, fontanela anterior tensa y separación de suturas.

8.- CONCLUSIONES.

- 1.- La mayor incidencia de sífilis congénita ocurre en pacientes del sexo masculino (80%).
- 2.- En el 70%, de los casos hay antecedente perinatal de promiscuidad sexual en los padres.
- 3.- La manifestación clínica más frecuente fue hepatoesplenomegalia en un 90%.
- 4.- Las alteraciones hematológicas se encontraron en un 80% de los casos.
- 5.- Las manifestaciones dérmicas ocuparon el tercer lugar en cuanto a frecuencia (70% de los casos).
- 6.- Las alteraciones radiológicas se encontraron en el 50% de los casos.
- 7.- En todos los casos las pruebas NO treponémicas resultaron positivas.
- 8.- La frecuencia de neurosífilis en nuestros pacientes fue del 30%, el 66% de estos pacientes requirió retratamiento.
- 9.- El 20% del total de los pacientes requirió retratamiento.
- 10.- La mortalidad en estos pacientes con manifestaciones tempranas de sífilis congénita fue del 0%.

9.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Wendel G. Gestational and congenital syphilis. *Clin Perinatol* 1988;15:287-303.
- 2.- Barco Burgos. Lúes y embarazo Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Abril 18/2001 -
- 3.- Wendel G. Gestational and congenital syphilis. *Clinics in perinatology*. 1988; 15(2): 290.
- 4.- Osler W. The anti-venereal campaign. *Trans Med Soc Lond* 1917;40:290.
- 5.- Harman N. *Staying the Plague*. London: Methuen, 1917.
- 6.- Ingraham N. The value of penicillin alone in the treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venerol* 1951;31:60-88.
- 7.- Fiumara N, Fleming W, Dowing, et al. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital. *N Engl J Med* 1952;247:48-52.
- 8.- Sisín CD, Ostrea EM, Reyes MP, et al. The resurgence of congenital syphilis; a cocaine-related problem. *J Pediatr* 1997;130:289-92.
- 9.- Desenclos, JA et al. Characteristics of mothers of live infants with congenital syphilis in Florida, 1987-1989. *American Journal of Epidemiology* 1992 136:657-61.
- 10.- Genc Mehmet. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect*. 2000; 76(2): 73-79.
- 11.- Peña A, Cardiel MLE, Matamoros MM, Iturbide CLA, Avalos MJL, García HJ. Sífilis congénita. Presentación de un caso y revisión de la literatura *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001; 64(4): 240 - 245.
- 12.- Ray, Joel. Lues-Lues: Maternal and fetal considerations of syphilis. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1995; 50 (12): 845-849.
- 13.- Jenson, MD. Congenital Syphilis. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. July 1999. 10 (3) 183-194.
- 14.- PAHO 1992 AIDS, HIV and STD Annual Surveillance Report for the Americas, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1994.
- 15.- Blank S, McDonnell D, Rubin S, et al. New approaches to syphilis control. Finding opportunities for syphilis treatment and congenital syphilis prevention in a women's correctional setting. *Sex Transm Dis* 1997;24:218-26.
- 16.- Lukehart SA, Hook EWIII, Baker - Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med* 1988; 109: 855-62.

- 17.- Juárez-Figueroa LA, Meléndez-Betancourt LA, Conde-González CJ. Hallazgo de sífilis a término del embarazo en mujeres de Cuernavaca, Mor. *Rev Invest Clin* 2001; 53(4): 375-377.
- 18.- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance, 1996. Atlanta: Division of STD Prevention, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, September 1997.
- 19.- Mobley J, McKeown R, Jackson K, et al. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. *Am J Public Health* 1998;88:597-602.
- 20.- Klass P, Brown E, Pelton S. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital: a comparison across four decades. *Pediatrics* 1994;94:24-8.
- 21.- World Health Organisation. HIV/AIDS and STD surveillance. Epidemiological fact sheets by country, 1998. Geneva: WHO, 1998.
- 22.- Azeze B, Fantahun M, Kidan K, et al. Seroprevalence of syphilis among pregnant women attending antenatal clinic-sin a rural hospital in north west Ethiopia. *Genitourin Med* 1995;71:347-50.
- 23.- Wilkinson D, Sach M, Connolly C. Epidemiology of syphilis in pregnancy in rural South Africa: opportunities for control. *Trop Med Int Health* 1997;2:57-62.
- 24.- Hira S, Ratnam A, Bhat G, et al. Congenital syphilis in Lusaka-II. Incidence at birth and potential risks among hospital delivered infants. *East Afr Med J* 1982;59:306-8.
- 25.- Hira S. Epidemiology of maternal and congenital syphilis in Lusaka and Copperbelt Provinces of Zambia. Lusaka, Zambia: Republic of Zambia, 1984.
- 26.- Schulz K, Murphy F, Patamasucon P, et al. Congenital Syphilis. In: Holmes K, Mårdh P-A, Sparling P, et al, eds. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill; 1990:821-42.
- 27.- Hal B. Jonson ,MD Congenital Syphilis. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, Vol 10, No3 :183-194. 1999.
- 28.- Genç, Mehmet; Ledger, William J. Syphilis in pregnancy. [Review] Volume 76(2) April 2000 pp 73-79.
- 29.- Juárez-Figueroa LA, Meléndez-Betancourt LA, Conde-González CJ. Hallazgo de sífilis a término del embarazo en mujeres de Cuernavaca, Mor. *Rev Invest Clin* 2001; 53(4): 375-377.
- 30.- Syphilis Division of Neonatology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California .Neonatology on the web.
- 31.- Chawla V, Pandit PB, Nkrumah FK: Congenital syphilis in the newborn. *Arch Dis Child* 63: 1393- 1394. 1988.

32.- Mascota L, Pelosi R, Blount JH, et al: Congenital syphilis revisited. Am J Dis Child 139:575-580, 1985.

33.- Berry, MC; Dajani, AS: Resurgence of congenital syphilis. Infect Dis Clin North Am 6:19-29, 1992.

34.- Evans HE, Frenkel LD: Congenital Syphilis. Clin Perinatol 1994; 21(1).

