

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

Enfermedad del recién nacido producida por transmisión vertical del *Treponema pallidum*. Es causa de aborto, muerte neonatal o muerte del lactante debida a parto prematuro o a enfermedad sistémica. Su cuadro clínico es variable, pudiendo ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida. Se distinguen dos estadios:

- Sífilis congénita precoz: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad durante los dos primeros años de vida. Se manifiesta como rinitis (coriza sifilítica), lesiones mucocutáneas equiparables al periodo secundario del adulto, anormalidades óseas (pseudoparálisis de Parrot), hepatoesplenomegalia acompañada de ictericia, anemia y edema generalizado.
- Sífilis congénita tardía: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad que se desarrollan a partir de los dos años de vida. La sintomatología es muy diversa: queratitis intersticial, sordera (afectación del VIII par craneal), dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, protuberancia frontal, tibias en sable, sinovitis de la rodilla (articulaciones de Clutton), así como afectación visceral correspondiente a las formas terciarias del adulto.

La **importancia** de esta enfermedad radica en sus graves consecuencias y en la posibilidad de prevenirla mediante el cribado prenatal y el tratamiento de las embarazadas. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha un plan de acción global para la eliminación de la sífilis congénita basado en la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, en la prevención de la transmisión materno-infantil y en la mejora de los sistemas de vigilancia.

Agente

Treponema pallidum subespecie *pallidum*.

Reservorio

Exclusivamente humano.

Modo de transmisión

A través de la placenta durante el periodo de gestación.

Periodo de transmisibilidad

La probabilidad de transmisión madre-hijo está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir

la infección. El riesgo de infección para el feto es mucho más elevado en la sífilis materna precoz que en la tardía.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer la distribución, presentación y evolución de la **sífilis congénita precoz** en la población.
2. Identificar cambios en su patrón de presentación en la población.

Definición de caso

Criterio clínico

Niño **menor de dos años** que presenta, al menos, uno de los diez signos siguientes:

- Hepatoesplenomegalia.
- Lesiones mucocutáneas.
- Condiloma plano.
- Rinitis persistente.
- Ictericia.
- Pseudoparálisis (debida a periostitis y osteocondritis).
- Afectación del sistema nervioso central.
- Anemia.
- Síndrome nefrótico.
- Desnutrición.

Criterio de laboratorio

Caso confirmado:

Al menos uno de los tres siguientes:

- Confirmación de *Treponema pallidum* por microscopía de campo oscuro en cordón umbilical, placenta, exudado nasal o lesión cutánea.
- Confirmación de *Treponema pallidum* mediante su tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD) en cordón umbilical, placenta, exudado nasal o lesión cutánea.
- Detección de IgM específica de *Treponema pallidum* (FTA-abs, EIA), JUNTO CON una prueba no treponémica (VDRL, RPR) positiva en el suero del niño.

Caso probable:

Al menos, una de los tres siguientes:

- VDRL positivo en LCR.
- Análisis serológicos de la madre, treponémicos y no treponémicos, positivos.

- El nivel de anticuerpos no treponémicos del niño cuadriplica o más el del suero de la madre.

Criterio epidemiológico

Niño menor de dos años cuya madre ha dado positivo en pruebas serológicas para sífilis.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Lactante o niño menor de 2 años que satisface los criterios clínicos y presenta al menos uno de los dos siguientes:

- Una relación epidemiológica.
- Criterios de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: Niño menor de 2 años que satisface los criterios analíticos de confirmación de los casos.

MODO DE VIGILANCIA

La comunidad autónoma notificará de forma individualizada los casos probables y confirmados al CNE a través de la RENAVE y enviará la información del conjunto de variables de la encuesta de declaración de casos, con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

La prevención de la sífilis congénita se basa en la detección precoz de la sífilis materna, mediante búsqueda activa sistemática en las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo; si la paciente mantiene conductas de riesgo para las ITS, el screening deberá repetirse en el tercer trimestre.

Ningún recién nacido ni su madre deben abandonar el hospital a menos que el estado serológico de la madre haya sido documentado.

Medidas ante un caso y sus contactos

Control del caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico y tratamiento precoz**. El tratamiento depende de los síntomas y signos y de la titulación serológica que presente el niño, así como de si la madre ha recibido o no tratamiento durante el embarazo:

- Si la **madre ha sido tratada adecuadamente** antes o durante el embarazo y siempre con más de 30 días antes del parto y el **recién nacido está clínicamente asintomático y con una analítica no indicativa de sífilis congénita** se hará seguimiento serológico mensual del niño, debiendo disminuir los títulos de las pruebas no treponémicas a los 3-4 meses y negativizarse hacia los 6 meses. En estos casos sólo se administrará una dosis única de penicilina G Benzatina 50.000 U/kg, IM, si no es posible garantizar el seguimiento.
- Si la **madre no ha sido tratada, el tratamiento ha sido inadecuado o no está bien documentado**, al recién nacido se le practicarán serologías, radiografías de huesos largos y punción lumbar para bioquímica, recuento leucocitario y VDRL:
 - Si **LCR anormal y/o clínica, radiología, analítica o serología indicadoras de sífilis congénita**, se le administrará:
 - Penicilina G sódica 50.000 U/kg/dosis IV cada 12 horas durante 7 días y luego cada 8 horas hasta completar 10 días (21 días si VDRL positivo en LCR, según algunos autores) o Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días. Si el tratamiento se interrumpe, en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar la pauta completa.
 - Si **LCR normal** y ausencia de los indicadores antes mencionados:
 - Penicilina G sódica IM o IV 100.000-150.000 U/kg/día en dos dosis o
 - Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días; sólo como alternativa 1 dosis única de penicilina G benzatina 50.000U/kg.

Se valorará una segunda tanda de tratamiento si el RPR asciende a los 6-12 meses del tratamiento anterior, si el LCR no se normaliza o si una vez normalizado se altera de nuevo.

Seguimiento de los casos, a través de pruebas serológicas no treponémicas hasta la completa negativización de las mismas.

Control de los contactos de un caso

Estudio de la titulaciones de la madre y de sus parejas sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-12):36-39.
2. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://wqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf.
3. Salvia M, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas. In: Sociedad Española de Neonatología (SEN), editors. Protocolos de Neonatología. 2.ª ed: Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología 2008. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/.
4. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* 2007;34(7 Suppl):S5-10.
5. Syphilis. In: Heymann DL, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 19 ed. Washington: American Public Health Association; 2008. p. 591-596.
6. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16(4):245-57.