

PERSISTENCIA DE NEUROSIFILIS CONGÉNITA, ¿ES POSIBLE ELIMINARLA? REPORTE DE UN CASO.

PERSISTENCE OF CONGENITAL NEUROSIFILIS, IS IT POSSIBLE TO DELETE IT? CASE REPORT.

ANDREA CARBONELL MANOTAS ¹, OSCAR OSORIO CARBONÓ ²

RESUMEN

La sífilis congénita es una infección producida por la bacteria *Treponema pallidum*, debido a que este entra en el torrente sanguíneo fetal de forma directa, hay una propagación hematológica amplia a todos los órganos y tejidos y la gravedad de estas manifestaciones es muy variable. A continuación se presenta un caso clínico, con el objetivo de realizar un análisis de las posibles conductas preventivas, para el manejo oportuno y adecuado de la sífilis gestacional y de esta manera evitar la presentación de sífilis congénita.

Aunque no esté disponible la epidemiología específica sobre neurosífilis congénita, se conoce el incremento en el número de caso de sífilis congénita en los últimos años, lo que constituye un fracaso del sistema de salud para proporcionar una óptima atención prenatal.

Palabras clave: Neurosífilis, Sífilis Congénita, Sífilis, Serodiagnóstico de la Sífilis.

ABSTRACT

Congenital syphilis is an infection caused by the bacterium *Treponema pallidum*, because it enters the fetal bloodstream directly, there is a wide hematogenous spread to all organs and tissues and the severity of these manifestations is very variable. A clinical case is presented below, with the objective of carrying out an analysis of the possible preventive behaviors, for the timely and adequate management of gestational syphilis and thus avoiding the presentation of congenital syphilis.

Although specific epidemiology of congenital neurosyphilis is not available, the increase in the number of cases of congenital syphilis in recent years is known, which constitutes a failure of the health system to provide optimal prenatal care.

Keywords: Neurosyphilis, Congenital Syphilis, Syphilis, Serodiagnostic of Syphilis.

-
1. Residente de pediatría III año. Universidad libre seccional barranquilla. and_carbonell@hotmail.com
 2. Pediatría- Neonatologo. Hospital Metropolitano de Barranquilla. Osor50@hotmail.com

INTRODUCCION

La sífilis gestacional provoca más de 300.000 muertes fetales y neonatales por año, y expone a otros 215.000 niños a mayor riesgo de muerte prematura, Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de estados unidos, en este país durante en 2017, se presentó un total de 918 casos reportados de sífilis congénita, con una tasa nacional de 23.3 casos por 100,000 nacimientos vivos, lo cual representa un aumento del 43.8% con respecto a 2016. (1,2,3)

El 30 de junio del 2015, Cuba recibió el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como primer país del mundo en obtener la certificación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, para lo que se sometió a un riguroso proceso de revisión y presentación de un informe de país que documenta todo lo realizado para conseguir y sostener este logro, lo anterior se constituye un ejemplo a nivel mundial. (4)

En Colombia, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada, entre 2015-2019, entre los meses de julio y agosto, se presentó un número de casos de 749, aumentó un 26.3% con respecto a años anteriores, y una incidencia de sífilis congénita de 1.13 por 1000 nacidos vivos y mortinatos. (5)

De los 541 casos notificados en el primer semestre de 2019 como sífilis congénita el 96,5 % (522) nacieron vivos y se presentaron 19 mortinatos (3,5 %), de los nacidos vivos el 23,2 % (121 casos) fueron recién nacidos pre término, estos datos indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis. (6)

La sífilis gestacional es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por la bacteria *Treponema pallidum*, que puede causar complicaciones a largo plazo o la muerte si no se trata de manera adecuada en el recién nacido. Las gestantes pueden transmitir dicha infección a los fetos durante el embarazo, lo cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas; La transmisión vertical se relaciona directamente con el estadio materno de la enfermedad, de modo que la sífilis temprana da lugar a una cifra significativamente mayor de transmisión que la infección latente. (5)

El objetivo de esta revisión es el reporte de un caso clínico, a partir del cual se realice un análisis retrospectivo de las posibles conductas preventivas, como la adecuada implementación de las guías de práctica clínica, para el manejo oportuno de la sífilis gestacional y de esta manera evitar la presentación de sífilis congénita, principalmente un desenlace fatal.

PRESENTACION DE CASO CLINICO

Recién nacido con 35 semanas de gestación, sexo masculino, producto de segundo embarazo de madre de 22 años, población migrante, sin controles prenatales. Nace por parto vaginal, con diagnóstico intraparto de sífilis gestacional no tratada, VDRL reactivo en 64 dils, FTABS: Positivo, resto de perfil infeccioso negativo. APGAR al minuto 3/9, a los 5 minutos 9/9, se realiza reanimación básica, con posterior dificultad respiratoria que requiere intubación oro traqueal.

Peso al nacer de 2200 gr (AEG), TALLA y PC (AEG), Al examen físico presenta como dato relevante, exantema maculopapular descamativo difuso con desprendimiento epitelial en región frontal y peri ocular derecha (Fig.1) en palmas (pénfigo sifilítico) (Fig.2) y plantas (Fig.3).

Paraclínicos del recién nacido: VDRL: 164 dils. Hemograma: Hemoglobina 11.2 Leucocitos 20700 Plaquetas 33.000, GPT 926 GOT 4.202, uro análisis: turbio 3+, leucocitos incontables, hematíes 5xc, bacterias 3+. VDRL en LCR: Reactivo 2 dils.

Encontrándose anemia, trombocitopenia severa, alteración de la función hepática y uro análisis patológico, asociado a bajo peso y VDRL reactivo en LCR.

Se inició tratamiento con penicilina cristalina 100,000 unidades / kg / día, IV, cada 12 horas. Durante sus primeras horas de vida, el presenta parada cardiorrespiratoria, se realiza RCP avanzada, sin obtener signos vitales.

- **Fig 1. Lesiones maculopapular descamativo difuso con desprendimiento epitelial en cara.**



Fuente: Propia de los autores

- **Fig 2. Pénfigo sifilítico en palmas**



Fuente: Propia de los autores

- **Fig 3. Pénfigo sifilítico en plantas**



Fuente: Propia de los autores

DISCUSIÓN.

El microorganismo causal de la sífilis es *T. pallidum*, una espiroqueta flagelada muy móvil, que debido a su ingreso directo al torrente sanguíneo fetal, hay una propagación hematológica amplia a todos los órganos y tejidos, la gravedad de estas manifestaciones es muy variable, y puede producir una afectación abrumadora de los mismos; la mayoría de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada parecen normales y no tienen signos clínicos ni analíticos de infección en el nacimiento, pero pueden mostrar manifestaciones de la

enfermedad varios meses a años después si no se les trata. Las manifestaciones pueden presentarse de manera precoz hasta los dos años, y tardía luego de esta edad.

El signo más precoz de sífilis congénita suele ser la rinitis («resoplido»), seguida rápidamente por un exantema maculopapular descamativo difuso que produce un extenso desprendimiento epitelial, conocido como pénfigo sifilítico.

Entre las manifestaciones clínicas se encuentra la prematuridad y el bajo peso al nacer, alteraciones oculares (coriorretinitis, cataratas, glaucoma y uveítis), la neumonitis, la neumonía alba, el síndrome nefrótico, la miocarditis, la pancreatitis, y la inflamación y fibrosis del tubo digestivo, que conducen a la malabsorción y la diarrea hepatoesplenomegalia, e hidrops-fetalis.

La afectación del SNC, que aparece en al menos el 22% de los neonatos infectados, Si no se instauro tratamiento la neurosífilis del recién nacido puede dar lugar a un proceso meningovascular crónico como fontanelas abombadas, las convulsiones, la leptomeningitis, las parálisis de los nervios craneales, la hidrocefalia, el infarto cerebral y la disfunción de la glándula hipófisis con hipoglucemia y diabetes insípida.

La sífilis asintomática del SNC aparece en aproximadamente el 40% de los niños que presentan alteraciones clínicas, analíticas o radiográficas indicativas de sífilis congénita, pero es poco frecuente en niños que no presenten alguna de estas alteraciones.

El diagnóstico de neurosífilis congénita es difícil de establecer, porque la infección treponémica del SNC solo se infiere a partir de anomalías del LCR como la prueba del VDRL positiva, la pleocitosis y la elevación del contenido proteínico (tabla 1), en caso de ser confirmada, el tratamiento debe realizarse con penicilina cristalina, 100,000–150,000 unidades / kg / día, administrada como 50,000 unidades / kg / dosis IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida, Luego cada 8 horas durante un total de 10-14 días, en caso de omitir una dosis, se deberá reiniciar el esquema.

Tabla 1. Evaluación del líquido Cefalorraquideo

EVALUACION DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO.	
VDRL	Reactivo en cualquier dilución
Proteínas	>120 mg/dL en el recién nacido a término o pretermino.
Conteo de células	>15 x mm ³ en LCR a expensas de linfocitos * sin otra causa que lo explique.
Fuente: Ministerio de salud y protección social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. sistema general de seguridad social en salud. Colombia. gpc-2014-41 (7)	

En el caso clínico presentado, encontramos una madre con diagnóstico intraparto, claramente sin tratamiento, sin controles prenatales, con manifestaciones clínicas claras de sífilis congénita, en el que se obtuvo VDRL en LCR: Reactivo 2 dil, con el que se confirmó el diagnóstico de neurosífilis congénita.

En los recién nacidos tratados para sífilis congénita, hay que realizar pruebas cuantitativas seriadas no treponémicas cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), y en caso de presentar anomalías en el LCR deben someterse a una nueva punción lumbar 6 meses después del tratamiento, una prueba de VDRL positiva en el LCR o un contenido proteínico o un recuento celular alterados en ese momento es una indicación para volver a tratar (tabla 2). (7, 8,9).

Tabla 2.

EDAD	PROTEINAS	LEUCOCITOS
RN a término o pre termino en los primeros 30 días de vida	Hasta 120 mg/dl	Hasta 15 leucocitos x mm ³
Después de los 30 días de vida	Hasta los 40 mg/dl	Hasta 5 leucocitos x mm ³

Fuente: *Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Congenital Syphilis (cs) Case Investigation and report* Disponible en: [http:// www.cdc.gov/std/program/Congenital-Syphilis-Form-2013.pdf](http://www.cdc.gov/std/program/Congenital-Syphilis-Form-2013.pdf) (10)

CONCLUSIONES

En esta revisión, se expone un caso de neurosífilis congénita, con el fin de resaltar la importancia de una adecuada intervención prenatal, todos los casos de sífilis congénita debe ser visto como un fracaso de nuestro sistema de salud pública para proporcionar una óptima atención prenatal a mujeres embarazadas, la sífilis congénita puede prevenirse tempranamente y seguimiento serológico prenatal repetido para la detección de las madres y el tratamiento con penicilina de las mujeres infectadas, sus parejas sexuales y sus hijos recién nacidos. (11)

Actualmente no se cuenta con estadística sobre el porcentaje de morbimortalidad asociado a la neurosífilis; pero es bien conocido el aumento de la incidencia de casos de la sífilis congénita, y que aproximadamente el 90% de los casos fatales están asociados con la inadecuada o falta de atención prenatal, como en el caso presentado, de ahí la importancia de intervenir en el manejo de sífilis gestacional.

Se han descrito características clínicas compatibles con sífilis congénita, sin embargo, puede no presentar manifestaciones neurológicas, por lo tanto, un recién nacido con evaluación clínica, analítica o radiográfica que apoye el anterior diagnóstico, debe tener una alta sospecha

de afectación del SNC, por lo que se debe realizar punción lumbar, e instaurar un tratamiento y seguimiento según corresponda.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de la salud. estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 hacia el fin de las its. junio de 2016.
2. Centro para el control y prevención de enfermedades. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Atlanta, Georgia. june 5, 2015 / vol. 64 / no. 3
3. Organización panamericana de la salud. eliminación de la transmisión materna infantil del vih y la sífilis en las américas actualización 2016. Washington, D.C.: catalogación en la fuente, biblioteca sede de la ops; 2017. p. 9
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
5. Sabogal A, equipo de infecciones de transmisión sexual grupo de enfermedades transmisibles subdirección de prevención, vigilancia y control en salud pública dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Informe de sífilis gestacional y sífilis congénita. Colombia, primer semestre 2019. instituto nacional de salud. Colombia. 2019 05 31.
6. Instituto nacional de salud (INS) a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA). informe de evento, comportamiento notificación de sífilis congénita, periodo epidemiológico VIII, Colombia 2015- 2019.

7. Ministerio de salud y protección social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. sistema general de seguridad social en salud. Colombia. gpc-2014-41.
8. Campos R, medina-acosta E, Neurosífilis congénita. Lancet infectious diseases, el sevier, 2013-06-01, volumen 13, número 6, páginas 474-475.
9. Michaels m, sanchez p y ling l, toxoplasmosis, sífilis, paludismo y tuberculosis congénitos. Avery. Enfermedades del recién nacido. El sevier. España. capítulo_ 38, pag. 527-552. 2019.
10. Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Congenital Syphilis (cs) Case Investigation and report Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/program/Congenital-Syphilis-Form-2013.pdf> (9)
11. Cooper J y Sanchez P, Congenital syphilis, Seminars in Perinatology, El Sevier, España. 2018-04-01, Volumen 42, Número 3, Páginas 176-184.