
Sífilis materna: evitando la sífilis congénita a propósito de un caso.

Maternal syphilis: preventing congenital syphilis. Case report

Sonia María Villacís Arana
Ruth Alexandra Yaguarema Guevara
César Vicente Conde Romero
Gabriela Yadira Calderón Jara

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente a la que se le diagnosticó sífilis latente, de más de 1 año de evolución, sin tratamiento; cursando 6 semanas de gestación, por lo cual fue sometida a controles prenatales frecuentes, con el objeto de erradicar la enfermedad y evitar la infección congénita. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por la espiroqueta *treponema pálido*, transmitida por contacto sexual o directamente por lesiones sifilíticas, sangre infectada, etc. La infección durante el embarazo ocurre por el paso del *treponema* alrededor de las 17 – 20 semanas de gestación, ocasionando complicaciones graves en la madre y el feto, al no ser tratados precozmente. A continuación se detalla el diagnóstico, evolución, tratamiento y control.

Palabras clave: Sífilis. Latente. Sífilis congénita. *Treponema pálido*.

SUMMARY

We present a case of a 6 weeks pregnant patient diagnosed with syphilis that has a year of evolution and not been treated. Due to her condition she has frequent prenatal checkup to avoid congenital abnormalities. Syphilis is a sexually transmitted disease caused by spirochetes of *treponema pallidum*. This infection during the 17-20 week of pregnancy by *treponema* causes complications to the mother and fetus if not treated early. This article focuses on the diagnosis, evolution and treatment.

Key words: Syphilis. Latent. Congenital. *Treponema*. Diagnostic.

Introducción

La sífilis es una de las ETS más frecuentes, por ello a toda gestante se le debe realizar las pruebas correspondientes, para un diagnóstico oportuno de la enfermedad desde la primera consulta².

A pesar del avance de los programas de prevención de salud pública, la sífilis sigue siendo endémica en algunas partes de Sudamérica. Su distribución es mundial, comprometiendo todas las edades y estratos sociales, pero obviamente el más afectado es el de mayor actividad sexual^{14,15}.

La sífilis congénita es evitable pues dependerá de un buen control, aunque se ha identificado *treponemas* en embriones de pocas semanas, la infección se vuelve inmunológicamente activa aproximadamente después del cuarto mes, originando aborto, sífilis fetal, parto prematuro o mortinato. Si la infección ocurre en las últimas semanas el producto nace sano; para que se produzca la infección congénita es necesario que el *treponema* se encuentre en la madre por lo menos 5 meses de gestación^{2,7}. Figura 1.

70 * Médico Rural, Área 1 San Cristóbal, hospital “Oskar Jandl”, Galápagos – Ecuador.

** Obstetrix Rural, Área 1 San Cristóbal, hospital “Oskar Jandl”, Galápagos – Ecuador.

*** Médico Rural, Área 3 La Troncal, subcentro de salud “Pancho Negro”, Cañar – Ecuador.

**** Médico Rural, Área 21 Milagro, subcentro de salud “22 de Noviembre”, Guayas – Ecuador.

Figura 1



Treponema Pallidum

Fuente: Aznet, Image Treponema pálido. <http://doctor.aznet.org/doctor/sifilis.htm>. 07/12/2004.

Para el análisis de este caso tomamos en consideración los datos obtenidos de la anamnesis (antecedentes gineco – obstétricos), revelando la existencia de la sífilis materna de más de un año de evolución, no diagnosticada, y menos tratada oportunamente; este evento originó mortinato en embarazo anterior por sífilis congénita a las treinta semanas de gestación aproximadamente, siendo nuestra principal prioridad establecer la etapa clínica de la enfermedad conscientes de que representa un riesgo potencial para el embarazo actual.

El objetivo fundamental de este trabajo es demostrar con el presente caso, que el reconocimiento precoz de esta patología puede evitar la sífilis congénita.

Descripción del caso

Paciente de 25 años, sexo femenino, mestiza, biotipo: normolíneo; estado civil: casada; procedente de la Provincia de Manabí y residente en San Cristóbal, Galápagos. Instrucción secundaria incompleta; ocupación: quehaceres domésticos.

Antecedentes importantes

<i>Antecedentes patológicos de la paciente:</i>	Sífilis noviembre 2002.
<i>Antecedentes patológicos quirúrgicos:</i>	Apendicetomía.
<i>Antecedentes ginecológicos y obstétricos:</i>	Menarquia: 12 años Menacmia: 3*5/5.
<i>Fecha de última menstruación:</i>	26/Agosto/03.
<i>Inicio de relaciones sexuales:</i>	16 años.
<i>Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual:</i>	Trichomoniasis – Sífilis; Gestas. 05; Partos: 00; Abortos: 01; Cesáreas: 03
<i>Datos de último parto:</i>	2002). micro cesárea por mortinato (sífilis congénita nov. 2002)
<i>Planificación familiar:</i>	Esporádicamente preservativos.

Motivo de consulta: amenorrea de más o menos 2 semanas, cefalea, mialgias y artralgias.

Enfermedad actual: paciente que acude a la consulta externa por amenorrea de más o menos 2 semanas, acompañada de cefalea de gran intensidad, mialgias y artralgias. Refiere además prueba de embarazo positiva.

Examen físico: paciente activa electiva, consciente y orientada; palidez generalizada y cambios caracterológicos que no interfieren en el interrogatorio; sin embargo refería deseos de acabar con su embarazo actual por la mala información que le habían dado sobre su enfermedad (sífilis incurable). En cuanto a sus signos vitales dentro de límites normales. Durante el examen físico regional, no se encontró signo alguno; correspondiendo entonces, a la fase latente en la cual no hay lesiones evidentes y el diagnóstico es sólo serológico. Abdomen doloroso a nivel de fosas ilíacas positiva. Al Examen ginecológico se visualiza flujo transvaginal grisáceo de olor fétido.

Especuloscopia: cuello uterino y vagina: aparentemente normales; flujo vaginal: abundante.

Exámenes

BH: Hto. 32% Hb. 11.1 g.

Grupo Sanguíneo: O Rh +

VDRL Cualitativo Reactivo.

Cuantitativo 1/4(+) 1/8(+) 1/16(-) 1/32(-)

VIH no reactivo.

Examen de Orina (físico químico y sedimento):

Bacterias 2 (+), piocitos 10 x campo (bacteriuria asintomática).

Ecografía: Embarazo de más o menos 5 – 6 semanas de gestación, en perfecto estado.

Evolución de la enfermedad

A través de controles prenatales frecuentes (cada 15 a 30 días), se evaluó no sólo la gestación sino el estado general de la madre, el diagnóstico de sífilis se confirmó desde el inicio gracias al estudio cuantitativo del VDRL y se determinó la fase clínica de la infección, en ausencia de síntomas y signos visibles; en consecuencia se dedujo que estábamos frente a la etapa de latencia sifilítica, llevándose a cabo de inmediato la aplicación del tratamiento según el esquema correspondiente.

Sífilis latente precoz de más de 1 año de evolución, su tratamiento es:

Penicilina Benzatinica 7.2 millones de Unidades en total, administradas en tres dosis de 2.4 millones de unidades internacionales cada dosis, a intervalo de 1 semana.

Al culminar la medicación después de 90 días, se solicitó nuevamente la titulación serológica del VDRL cuantitativo, el cual reveló un descenso de las diluciones: 1/4(+) 1/8(-) 1/16(-) 1/32(-), resultado que determina que el tratamiento estaba erradicando al *treponema*⁶.

Por otra parte los análisis ecográficos se repitieron por varias ocasiones, con el objetivo de valorar el crecimiento y desarrollo fetal, el cual, alrededor del segundo trimestre, mostró cierto retardo en el crecimiento intrauterino (RCI) en relación al perfil biofísico fetal y la edad gestacional por FUM; este

criterio perdió importancia a medida que progresó el embarazo.

Además de la conducta especial y el enfoque de riesgo de este caso, se evaluó las deficiencias y demandas nutricionales propias de la gravidez; se corrigieron con una dieta saludable balanceada y la administración de suplementos vitamínicos correspondientes. El estado general de la paciente se mantuvo en condiciones clínicas normales; el embarazo llegó a su término por medio de cesárea programada en junio de 2004; se obtuvo producto único vivo de sexo femenino con APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, con un peso de 3100 gramos y una talla de 48cm.

Durante las primeras 24 horas el recién nacido evolucionó de forma normal con VDRL **no reactivo**; no se evidenció ningún signo de infección congénita; cabe recalcar que las últimas pruebas serológicas maternas resultaron no reactivas lo que nos indicó un buen pronóstico materno y neonatal.

Se orientó a la madre sobre los controles periódicos, a pesar de ser no reactiva la serología; se le indicó repetir las pruebas al cumplir 12 meses de evolución.

Tuvimos la oportunidad de ver de cerca el desarrollo normal de la lactante los 3 primeros meses sin ninguna complicación, concluimos entonces que la "sífilis congénita es evitable" y esto dependerá del buen control prenatal.

Diagnóstico y tratamiento

La infección sifilítica adquiere mayor importancia en la embarazada por su probable transmisión al feto. Lo habitual en la transmisión materna es la vía sanguínea a través de la placenta por medio de las vellosidades coriales a partir de las 17–20 semanas aproximadamente; porque antes, la barrera formada por la capa de células de Langhans, lo impide. De allí la importancia del tratamiento precoz^{1,9,11}.

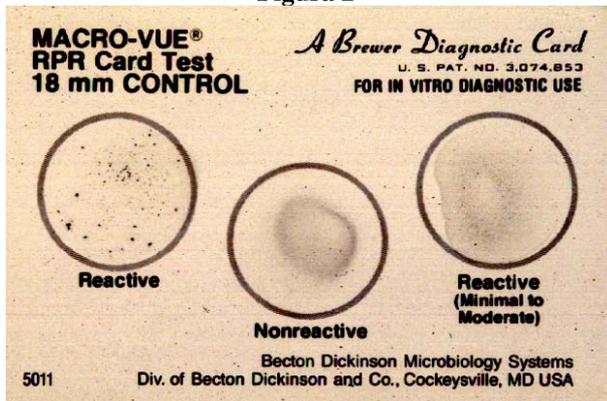
Si no se practican las medidas oportunas, se puede producir una serie de sífilis congénita: sífilis fetal, sífilis congénita reciente y sífilis congénita tardía³.

Existen varias técnicas para detectar la enfermedad^{4,5,9}:

Pruebas serológicas no treponémicas, son las más utilizadas en nuestro medio siendo las de primera elección:

- **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratories). Figura 2.

Figura 2



Diagnóstico Test Serológico VDRL.

Fuente: Charbon, Serodiagnostic de la síphilis parle test VDRL, www.membres.lycos.fr/btsab/vdrl-charbon.html. 07/12/2004.

- **RPR** (Rapid Plasma Reagin).

Pruebas serológicas treponémicas, utilizan antígenos treponémicos para detectar anticuerpos antitreponémicos específicos; generalmente se las utiliza para confirmar el diagnóstico:

- **FTA-ABS** (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorbed)¹¹.

Otras pruebas que se ensayan en la actualidad:

- **ELISA**, pruebas e inhibición empleando anticuerpos monoclonales específicos del *Treponema Pallidum*.

IgM con FTA-ABS y con técnicas de Western Blot, pero no son de uso clínico práctico.

Esquemas de Tratamiento

La penicilina es el fármaco de elección para todas las etapas de la sífilis, y más en el embarazo, ya que atraviesa en grandes cantidades la barrera placentaria, obteniéndose dosis séricas altas a nivel fetal; por otra parte, no ofrece teratogenicidad alguna para el producto. Por lo tanto, si la embarazada es alérgica a la penicilina,

debe ser desensibilizada y posteriormente tratada^{8,10,12,13}.

Sífilis primaria: penicilina benzatinica 1.2 millones UI, repitiendo la dosis después de una semana.

Sífilis secundaria: penicilina benzatinica 2.4 millones UI, algunos recomiendan repetir la dosis de 1.2 millones UI como prevención.

Sífilis latente: precoz (menos de 1 año de evolución) penicilina benzatinica G 2.4 millones UI en dosis única; y en la tardía (más de 1 año de evolución), penicilina benzatinica G 7.2 millones UI, administradas en 3 dosis de 2.4 millones UI a intervalos de 1 semana cada dosis.

Sífilis tardía: sin neurosífilis (igual que el tratamiento de la sífilis latente). Todas las dosis antes mencionadas se administran por vía intramuscular.

Neurosífilis: 12 – 24 millones UI de penicilina G acuosa cristalina, diarios, administrados de 2 - 4 millones UI intravenosa cada 4 horas, durante 10 - 14 días¹¹.

Análisis

La sífilis ha demostrado por muchas décadas ser una entidad frecuente en la población, en especial en la mayor actividad sexual. En nuestro medio y a nivel mundial los sistemas de salud han avanzado, y ya no es un grave problema, como se reflejó en el caso expuesto donde el diagnóstico y manejo oportuno evitó un mal pronóstico.

Es de gran importancia mencionar las complicaciones que comprometieron este caso desde los antecedentes, que pudieron ser evitados si la paciente hubiera acudido oportunamente al control prenatal, y además si el personal de salud estuviera capacitándose constantemente en el manejo de enfermedades tan comunes en especial, en esta región insular, que tiene la tasa más alta de ETS. (de acuerdo a datos epidemiológicos de la provincia).

Por lo tanto este caso debe concienciar a todos quienes hacemos salud especialmente aquellos que estando en áreas rurales, tenemos casos interesantes poco frecuentes, siendo ésta una invitación a capacitarnos día a día en los

diferentes niveles de atención. Se debe además incentivar a todas las gestantes a cumplir con los programas de salud, sobre todo la maternidad gratuita y sus controles prenatales, llegando a su nivel óptimo si se llevan del primero al sexto mes, una vez mensualmente; del sexto al noveno mes, una vez cada 15 días; y del noveno mes hasta el parto una vez cada semana, según la necesidad.

Referencias bibliográficas

1. Behrnam, R., Kliegman, R., Nelson, W.: Tratado de Pediatría. 15 edición, editorial McGraw Hill Interamericana, México DF, 978-982, 2004.
2. Botero, J., Jubiz, A.: Obstetricia y Ginecología. 7 edición, editorial Auebecor World, Bogotá- Colombia, 251-253, 2004.
3. Burrow, G., Thomas, F.: Complicaciones Médicas durante el Embarazo. 4 edición, editorial Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina, 422-430, 1996.
4. Freedberg, I., Eisen, A., Wolf, K.: Dermatología en Medicina General. 5 edición, editorial Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina, 2706-2737, 2001.
5. Feigin, R., Cherry, J.: Tratado de Infecciones en Pediatría. 3 edición, editorial Interamericana McGraw Hill, México DF, 614-626, 1995.
6. Gatti, J., Cardama, J.: Manual de Dermatología, editorial El Ateneo, Buenos Aires-Argentina, 193-217, 2003.
7. Gomella, T., Cunningham, D., Eyal, F.: Neonatología. 3 edición, editorial Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina, 456-457, 1997.
8. Hay, W., Hayward, A., Levin, M., Sondheimer, J.: Diagnóstico y Tratamientos Pediátricos. 13 edición, editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México DF. 1186-1188, 2004.
9. Hopkins, J.: Ginecología y Obstetricia, editorial Marban, Madrid- España, 190-192, 2001.
10. Mishell, Jr., Stenchever, R., Droegemueller, W.: Tratado de Obstetricia y Ginecología. 3 edición, editorial Harcourt Brace, Madrid-España, 620-624, 1999.
11. Rassner, G., Shlagenhauff, V., Usteinert: Manual y Atlas de Dermatología. 5 edición, editorial Harcourt, Madrid- España, 406-414. 1999.
12. Schwarcz, R., Diverges, C., Díaz, G., Fescina, R.: Obstetricia, 5ta. edición, editorial El Ateneo, Buenos Aires- Argentina, 284-287, 1998.
13. Tierney, L., McPhee, S., Papadakis, M.: Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 35 edición, editorial El Manual Moderno, S.A de C.V., México DF, 1345-1355, 2000.
14. Usandizaga, J., De la Fuente, P.: Tratado de Ginecología y Obstetricia, Vol. I-II, editorial McGraw-Hill Interamericana, Madrid-España, 417-244-245, 1998.
15. Vélez, H., Barreno, J., Restrepo, J. (+), Rojas, W.: Fundamentos de Medicina - Dermatología. 6 edición, editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín- Colombia, 254-263, 2002.

Md. César Vicente Conde Romero
Teléfonos: 593-04-2474488; 099541394
Fecha de presentación: 15 de diciembre de 2004
Fecha de publicación: 26 de marzo de 2007
Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL