

Guía



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

GOBERNACION DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida

Diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita



Gobernador de Antioquia

Anibal Gaviria Correa

Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna

Autor corporativo

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Autores de la guía

Liliana Isabel Gallego Vélez

Witer Elena Vallejo López

Comité técnico-científico

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Santiago Ignacio Faciolince Pérez

Diseño y diagramación

Alexander Rojas Moreno

Vigencia

Valida hasta agosto del 2010 o hasta que se indique lo contrario

Medellín septiembre de 2007

Justificación

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por el *treponema pallidum* que causa compromiso sistémico. Existe aún una alta prevalencia de la enfermedad, principalmente en países en vía de desarrollo como es el caso de Colombia. Las mujeres en embarazo pueden transmitir la infección al feto por vía transplacentaria lo que da origen a la sífilis congénita, que en nuestro medio es un problema de salud pública; esta puede afectar prácticamente cualquier órgano y esta asociada a prematuridad, bajo peso al nacer, muerte fetal intrauterina y muerte neonatal.

Desde el descubrimiento de la penicilina la historia de la sífilis cambió, su utilización mostró efectividad para curar la enfermedad y prevenir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad. Aún hoy continúa siendo el tratamiento de elección con las ventajas de ser sencillo, económico y efectivo. El tratamiento adecuado y oportuno con penicilina a la gestante con sífilis, logra evitar la infección en el feto.

La meta de disminuir la tasa de incidencia de Sífilis Congénita en Colombia a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos antes del año 2000, no se logró; para el año 2005 la tasa fue de 2,2 por 1.000 nacidos vivos. Esto sugiere fallas en los programas de control prenatal y de prevención de infecciones de transmisión sexual. Para el año 2006 la tasa en Antioquia fue de 3,5 por 1.000 nacidos vivos.

Las recomendaciones dadas en esta guía se basan principalmente en las últimas guías de tratamiento de infecciones de transmisión sexual publicadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en 2006.

Población Objeto

Todas las mujeres en embarazo, los hijos de mujeres con sífilis gestacional o con antecedente de sífilis y los contactos sexuales de las mujeres con sífilis gestacional.

Definición de Términos

Caso de sífilis gestacional: Toda mujer gestante, puerpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (1:2 ó 1:4) con prueba treponémica (FTA-abs o TPHA) positiva. (Definición del Instituto Nacional de Salud 2007).

Caso de sífilis congénita: Producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas del recién nacido. (Definición del Instituto Nacional de Salud 2007).

Tasa de incidencia de sífilis congénita: número de casos con diagnóstico nuevo de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.

Contacto: compañero (s) sexual de la gestante con sífilis.

Tamización para sífilis: examen para detección de sífilis para todas las personas en una población definida. Se realiza en nuestro medio con las pruebas no treponémicas.

Pruebas no treponémicas: aquellas que detectan anticuerpos IgG e IgM frente a cardiolípidos, colesterol y lecitina producidos en los tejidos dañados por el *treponema* o por otras enfermedades. Por esta razón no son pruebas específicas para el *treponema*. Las más utilizadas en nuestro medio son VDRL y RPR.

Pruebas treponémicas: aquellas que detectan anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos del *treponema pallidum*. Estas pruebas requieren laboratorio de referencia, personal bien entrenado y su

realización es compleja. Son conocidas como pruebas confirmatorias y las más comunes en nuestro medio son el FTA ABS y la TPHA.

Las pruebas rápidas, son otro tipo de pruebas treponémicas que tienen las ventajas de su fácil realización, de no requerir laboratorio de referencia, requerir mínimo entrenamiento, bajo costo, buena sensibilidad y especificidad y su interpretación se realiza en corto tiempo (menos de 30 minutos), por lo que se pueden utilizar en cualquier nivel de atención para proveer un tratamiento inmediato.

Características de la atención

- Diagnóstico de la sífilis gestacional
- Tratamiento de la sífilis gestacional
- Seguimiento de la gestante y puérpera
- Manejo de contactos
- Punción lumbar en gestantes
- Diagnóstico de la sífilis congénita
- Tratamiento de la sífilis congénita
- Seguimiento del recién nacido con sífilis congénita
- Vigilancia epidemiológica

Diagnóstico de la sífilis gestacional

En nuestro medio pocos casos de sífilis gestacional se diagnostican por manifestaciones clínicas. En la mayoría de casos el diagnóstico se hace por los resultados de las pruebas de tamización para sífilis ordenadas en el control prenatal o en el parto. La tamización debe hacerse con pruebas no treponémicas que son el VDRL y el RPR. Se debe realizar una serología al ingreso al control prenatal sin importar la edad gestacional; si es negativa se repetirá a las 28 semanas o al inicio del tercer trimestre debido a las altas tasas de sífilis en la población colombiana, ver anexo 1. En ese período el tratamiento materno aún puede ser efectivo para prevenir la sífilis congénita. Al momento del parto siempre debe ordenarse otra serología y nunca debe autorizarse el egreso hospitalario del binomio madre e hijo sin conocer este resultado. En los casos de aborto o mortinato también deberá realizarse una serología.

Cuando se encuentra una prueba no treponémica reactiva se debe buscar al examen físico las lesiones de

la sífilis primaria, que son el chancro en los genitales y las adenopatías, así como las lesiones de la sífilis secundaria que afectan principalmente la piel, para clasificar el estadio de la enfermedad. Es muy importante ante cualquier brote en piel en adultos descartar sífilis, debido a que las manifestaciones cutáneas por sífilis pueden ser variadas y por esta razón se denomina “la gran simuladora”.

Si no se encuentran lesiones se debe interrogar a la materna si las presentó y el tiempo de aparición; además es muy importante preguntar acerca de los antecedentes de sífilis previos a esta gestación y los tratamientos recibidos. Cuando no se encuentran manifestaciones clínicas y el diagnóstico se hace sólo por pruebas de laboratorio, se considera que es una sífilis latente; si tiene menos de un año de evolución se considera latente temprana y si tiene más de un año es latente tardía. En la mayoría de pacientes es difícil definir el tiempo de evolución de la enfermedad por lo cual se consideran sífilis latente indeterminada o de duración desconocida.

Al hacer el diagnóstico en la materna debe quedar registrado en la historia clínica el estadio de la enfermedad. Los estadios tempranos comprenden la sífilis primaria, secundaria y la latente temprana. Los estadios tardíos son la sífilis terciaria, la latente tardía y la latente indeterminada. La neurosífilis puede presentarse tanto en estadios tempranos como tardíos; en los estadios tempranos se manifiesta por alteración en el líquido cefalorraquídeo y en los estadios tardíos se manifiesta con síntomas neurológicos. La importancia de la clasificación del estadio materno radica en que según éste se define el tratamiento, se evalúa la respuesta al mismo y se hace el manejo de contactos; además, la transmisión al feto es diferente según el estadio, siendo mayor en los estadios tempranos principalmente en el secundarismo donde puede ser hasta del 100%.

Cuando no se realiza tratamiento o se realiza un tratamiento incompleto o inadecuado, pueden presentarse recaídas de la enfermedad principalmente en mucosas y piel y la paciente continúa siendo infectante para otros. Estas recaídas se manifiestan también con aumento de 4 veces en los títulos de la prueba no treponémica equivalente a, respecto a los valores máximos o los valores al inicio del tratamiento.

Un ejemplo sería que los títulos aumenten de 1:8 a 1:32. La mayoría de recaídas de la enfermedad ocurren en los primeros cuatro años luego de haber adquirido la infección, pero principalmente en los primeros dos años. Sin embargo la mujer embarazada puede infectar al feto por vía transplacentaria, incluso luego de cuatro años.

A todas las gestantes con pruebas no treponémicas reactivas se les debe ordenar una prueba treponémica para confirmar la sífilis. Entre las pruebas treponémicas más comunes están el FTA-abs y el TP-HA. En nuestro medio existen ciertas dificultades para su realización por la baja disponibilidad de estas pruebas en instituciones de primer nivel, la demora en recibir los resultados cuando se envían las muestras para análisis en otro nivel de atención y los costos. Es necesario entonces priorizar aquellas pacientes en quienes es fundamental la prueba treponémica y ellas son las gestantes con títulos bajos de la prueba no treponémica (1:2 ó 1:4) o en las cuales hay dudas de que tengan la enfermedad. Sin embargo, existen pruebas treponémicas rápidas que no requieren laboratorios grandes para su procesamiento, tienen la ventaja de ser económicas y suministrar los resultados en pocos minutos; estas pruebas son recomendadas para gestantes por la OMS, existen varias compañías que las producen y se pueden obtener a través de las oficinas de la OMS a bajo costo.

Cuando el resultado de la prueba treponémica es no reactivo, significa que hubo un falso positivo de la serología y se descarta la sífilis gestacional. Los falsos positivos de la serología se dan más comúnmente con títulos bajos, no obstante pueden presentarse con títulos altos (mayores de 1:8) como en el caso de usuarias de drogas psicoactivas. Otras condiciones que pueden cursar con falsos positivos son las enfermedades reumatológicas, el paludismo, la mononucleosis infecciosa, la hepatitis, entre otras. El embarazo mismo puede dar falsos positivos de la serología.

Cuando la serología es a títulos bajos y la prueba treponémica es positiva hay dos posibilidades diagnósticas: una sífilis actual o una cicatriz serológica de sífilis en el pasado. Para clarificar esta situación es indispensable hacer un interrogatorio completo a la madre sobre sus antecedentes o revisar la historia clínica. Si no hay evidencia de sífilis en el pasado o

de tratamientos para ésta, la interpretación es que la paciente tiene sífilis gestacional actual y requiere tratamiento. Una vez la prueba treponémica es reactiva no hay que repetirla porque continuará reactiva a lo largo de la vida.

Aquellas pacientes con antecedente de sífilis confirmada antes del embarazo actual con tratamiento adecuado y con títulos actuales bajos de serología (VDRL < ó = 1:2; RPR < ó = 1:4), tienen una cicatriz serológica y no requieren otra vez prueba treponémica, pues siempre será positiva y no sirve para diferenciar una sífilis actual de una sífilis del pasado. Estas pacientes no requieren más tratamiento, a no ser que presenten aumento de títulos en el seguimiento serológico, por eso éste es muy importante durante la gestación.

Cuando una paciente tiene títulos bajos, desconoce tratamientos en el pasado para sífilis, no tiene alteraciones al examen físico y no es posible realizar la prueba treponémica, los resultados de esta se demoran, o la paciente no es confiable para el seguimiento, se recomienda realizar tratamiento para sífilis latente indeterminada.

Tratamiento de la sífilis gestacional

Está demostrado que el tratamiento óptimo para la sífilis es la penicilina, es efectiva para tratar la sífilis en la madre y prevenir la sífilis congénita, pues el tratamiento adecuado en la madre logra evitar la infección en el feto. Adicionalmente, es de bajo costo, tiene mínima toxicidad y no hay evidencia de resistencia del treponema pallidum a la penicilina. La efectividad para prevenir la sífilis congénita de los regímenes con penicilina benzatínica en la madre, promovidos por los CDC de Atlanta y la OMS, oscila entre 95 y 100%. Sin embargo, falta evidencia de estudios clínicos aleatorizados que comparen la efectividad entre diferentes regímenes terapéuticos con penicilina. Por ejemplo, en el Reino Unido utilizan esquemas con penicilina procaínica con buena efectividad.

Cuando la paciente es alérgica a la penicilina se debe realizar desensibilización por vía oral o por vía intravenosa y aplicar el esquema adecuado según su estadio. No se recomienda dar tratamientos diferentes a

penicilina como eritromicina, azitromicina o ceftriaxona. Aunque se están realizando estudios con los dos últimos agentes y es posible que en un futuro se demuestre su utilidad, por el momento no se recomiendan para el manejo de sífilis en gestantes.

En Colombia se utilizan los esquemas propuestos por los CDC y la OMS, donde los estadios tempranos se tratan con penicilina benzatínica 2'400.000. En caso de que no sea posible clasificar el estadio de la enfermedad en la gestante se recomienda aplicar tres dosis con intervalo semanal.

Para que no haya dudas acerca de la aplicación de la medicación, se recomienda registrar en la historia clínica de la paciente cada dosis aplicada con la fecha respectiva. La administración del tratamiento debe ser supervisada y debería hacerse dentro de las actividades del programa de infecciones de transmisión sexual; si el tiempo entre cada dosis es mayor de 10 a 14 días hay que iniciar el esquema nuevamente.

El intervalo entre el tratamiento materno y el parto debe tenerse en cuenta pues los tratamientos tardíos pueden fallar para prevenir la sífilis congénita. Cuando el tratamiento se realiza en las últimas cuatro semanas del embarazo se considera que no es adecuado para el feto o recién nacido. No hay evidencia de que la administración de penicilina cristalina venosa en la madre en el tercer trimestre de gestación garantice la prevención de la sífilis congénita o sea mejor que la penicilina benzatínica. Cuando el diagnóstico materno sea en el tercer trimestre, la madre debe ser tratada con la penicilina benzatínica como esta establecido. Si la última dosis fue administrada en las últimas cuatro semanas previas al parto, se considera por criterio epidemiológico que el recién nacido es un caso de sífilis congénita y debe ser tratado como tal.

Las gestantes con títulos bajos en las pruebas no treponémicas deben recibir tratamiento mientras llegan los resultados de las pruebas treponémicas (confirmatorias). Si se utilizan las pruebas treponémicas rápidas se obviaría este retraso.

Seguimiento de la gestante y puérpera

El seguimiento serológico se debe garantizar a los 3, 6 y 12 meses luego del tratamiento, sin embargo toda materna con serología reactiva durante la gestación, sin importar los títulos, debe tener control serológico mensual en el control prenatal para detectar una reinfección o una recaída (reactivación) de la enfermedad que se evidencian por aumento de los títulos en cuatro veces del título basal. En caso de demostrarse lo anterior debe realizarse nuevo tratamiento con penicilina benzatínica 2'400.000 unidades IM por tres semanas. En ocasiones los títulos pueden aumentar luego del tratamiento, dada la producción de anticuerpos en respuesta a los antígenos liberados, este aumento no va más allá de 2 diluciones del título basal para luego comenzar a bajar.

Aquellas con el antecedente de sífilis tratada adecuadamente antes del embarazo, pero con serología reactiva, deben tener también seguimiento mensual durante la gestación.

En la sífilis primaria y secundaria la disminución de títulos luego del tratamiento es más rápida. Cuando al sexto mes postratamiento no hay disminución de los títulos en cuatro veces indica una probable falla al tratamiento. La mayoría de pacientes tendrán títulos bajos o no reactivos después del primer año. En la sífilis primaria serán no reactivos al año postratamiento y en la secundaria a los dos años.

En la sífilis latente temprana el descenso en cuatro veces los títulos tarda un año, por ejemplo 1:16 a 1:4. En la sífilis latente tardía o pacientes con múltiples episodios de sífilis, se presenta una disminución más lenta en los títulos, disminuyendo en 1 a 2 años. En los estadios tardíos la mitad de las pacientes permanecen con títulos bajos después de dos años del tratamiento, sin que esto indique falla terapéutica o reinfección; para hacerse no reactivos los títulos tardan hasta cinco años.

Manejo de contactos

La captación de los contactos sexuales es fundamental cuando se está en presencia de una infección de transmisión sexual ya que es la única manera de garantizar tratamiento y seguimiento adecuados para evitar las reinfecciones en la gestante y parar la cadena de transmisión.

Los contactos sexuales de la gestante deben ser evaluados clínica y serológicamente con pruebas no treponémicas. La gestante con sífilis deberá indicarle a su compañero (s) que consulte a la institución de salud, en caso que el compañero se niegue la gestante deberá dar los datos personales de éste al personal de salud para sea contactado y citado. Cuando la paciente se niega a informarle al compañero (s), el médico tiene el deber de hacerlo dado que la sífilis es una enfermedad infectocontagiosa que de no tratarse tiene serias consecuencias. Los contactos sexuales en los últimos noventa días antes del diagnóstico de sífilis primaria, secundaria, latente temprana en su pareja ó latente indeterminada con títulos mayores o iguales a 1:32, pueden estar infectados (en período de incubación), así sean seronegativos, por eso deben ser tratados presuntivamente con el mismo tratamiento que recibió su pareja.

En los contactos sexuales previos a los últimos tres meses del diagnóstico de sífilis primaria, secundaria, latente temprana en la gestante o las parejas sexuales a largo plazo de pacientes con sífilis latente, el tratamiento se realizará de acuerdo al resultado de la prueba no treponémica y deben ser evaluadas clínicamente también.

Cualquier contacto sexual que no pueda hacerse serología inmediatamente o en quien no se pueda hacer seguimiento debe recibir tratamiento presuntivo.

Es frecuente encontrar que el resultado de la prueba no treponémica de la pareja sea no reactivo. Cuando esto sucede se debe pensar cuatro posibilidades:

1. La pareja actual no tiene sífilis y la mujer adquirió la enfermedad de otro compañero en el presente o en el pasado, hasta cuatro años atrás.

2. La enfermedad esta en período de incubación y aún no ha desarrollado títulos. Los anticuerpos detectados a través del VDRL o RPR aparecen de una a cuatro semanas después de la aparición del chancro.
3. La pareja sufrió la enfermedad en el pasado y se la contagió a la mujer pero ya él se curó, lo que puede darse aún sin tratamiento. Sin embargo, se debe indagar si alguna vez recibió penicilina u otro antibiótico efectivo contra el treponema pallidum.
4. Efecto prozona: ocurre cuando existen muchos anticuerpos circulantes que impiden la visualización de la reacción antígeno anticuerpo, base de las pruebas no treponémicas.

En la práctica se recomienda que todas las parejas actuales sean tratadas buscando evitar reinfecciones en la madre. El esquema de tratamiento se realiza igual al de la madre. La mayoría son latente indeterminada por lo cual requieren tres dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 unidades. Cuando no se pueda clasificar la enfermedad se deben ordenar igualmente las tres dosis.

Punción lumbar en gestantes

Se debe hacer análisis del líquido cefalorraquídeo a todos los pacientes adultos con sífilis que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Signos o síntomas neurológicos u oftálmicos.
- Evidencia de sífilis terciaria activa (aortitis, gomas, uveritis, atrofia optica).
- Falla al tratamiento (evidenciada por recaída clínica o serológica).
- Coinfección de HIV y sífilis latente tardía o de duración desconocida.

También puede hacerse la punción a criterio médico sin que el paciente cumpla con uno de los criterios anteriores; algunos especialistas la recomiendan en pacientes con sífilis latente y pruebas no treponémicas mayores de 1:32, aunque el riesgo de neurosífilis en estos casos es desconocido. Al respecto aún no hay una recomendación universal.

Diagnóstico de sífilis congénita

La tamización rutinaria para sífilis de todos los recién nacidos no es recomendada, se prefieren las pruebas no treponémicas en todas las mujeres en el momento del parto. Cuando la serología es reactiva en la madre o se tiene el antecedente de sífilis, siempre se debe ordenar la prueba no treponémica (VDRL o RPR) al neonato. Sin embargo en los recién nacidos las pruebas serológicas pueden ser no reactivas si la madre presenta títulos bajos o si fue infectada al final del embarazo o pueden ser positivas pero a expensas de anticuerpos (Ig G) treponémicos y no treponémicos transferidos de la madre a través de la placenta, sin que el recién nacido tenga la enfermedad.

El FTA no es útil en el recién nacido para el diagnóstico, dado que cuando éste está infectado produce anticuerpos de tipo IgM, pero en la actualidad no se dispone comercialmente de ninguna prueba que sea específica para IgM, como son la IgM mediante Captia ELISA o el FTA-ABS 19 S; las pruebas que se tienen en el medio no distinguen entre IgG e IgM.

El diagnóstico definitivo en el recién nacido es poco usual. Se hace con la confirmación del treponema pallidum por: campo oscuro, examen histológico o prueba de infectividad en el conejo (RIT), de muestras de lesiones sospechosas, cordón, placenta o líquido amniótico. Las anteriores son pruebas poco empleadas en nuestro medio. También se hace diagnóstico definitivo cuando los títulos en el recién nacido cuadruplican los de la madre por ejemplo, si la madre tiene al parto 1:8 y el bebé tiene 1:32.

Al nacimiento hasta el 50% de los recién nacidos con sífilis congénita son asintomáticos. Un examen físico normal del neonato no descarta la sífilis congénita. Para hacer el diagnóstico de sífilis congénita es importante tener en cuenta la clasificación de la sífilis materna, el tratamiento recibido, la correlación con los títulos maternos, el examen físico y de laboratorio del recién nacido. En la tabla 1 se enumeran los hallazgos clínicos y en ayudas diagnósticas que se pueden encontrar en los recién nacidos sintomáticos.

Tabla 1 Hallazgos en los recién nacidos con sífilis congénita

Sífilis congénita temprana	Sífilis congénita tardía
Aparece dentro de los dos primeros años de vida	Aparece después de los 2 primeros años de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Brote maculopapular • Hepatoesplenomegalia • Compromiso óseo: periostitis o bandas metafisiarias • Rinorrea mucosanguinolenta • Anormalidades hematológicas (anemia, trombocitopenia, leucopenia o leucocitosis) • Prematurez • Bajo peso • Hidropesía fetal • Ictericia patológica (a expensas de bilirrubina directa) • Neumonía alba 	<ul style="list-style-type: none"> • Dientes de Hutchinson • Tibias en sable • Nariz en silla de montar • Queratitis intersticial • Compromiso del octavo par • Retardo mental • Hidrocefalia • Convulsiones • Parálisis de nervios craneanos • Cicatrices periorificiales en la piel

La guía de tratamiento para infecciones de transmisión sexual de los CDC en el aparte de sífilis congénita, propone cuatro escenarios para clasificar los recién nacidos con riesgo de sífilis congénita y tiene la ventaja de proveer al médico tratante de elementos necesarios para definir si está ante un caso de sífilis congénita y la conducta que debe tomar.

Cuando se evalúa un recién nacido hijo de madre con prueba no treponémica reactiva (VDRL o RPR) se debe ubicar en uno de los cuatro escenarios posibles. El anexo 2 presenta un flujograma de manejo de sífilis congénita basado en los escenarios de las guías de los CDC con algunas modificaciones propuestas por NACER, Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. Los escenarios 1 y 2 son los considerados casos de sífilis congénita, deben ser reportados al SIVIGILA, tener estudios complementarios, recibir tratamiento y seguimiento; los escenarios 3 y 4 no son casos de sífilis congénita y no se deben reportar pero deben tener el manejo expuesto en el flujograma y seguimiento. Los mortinatos asociados a sífilis materna deben tener un examen clínico para detectar signos asociados a la enfermedad, pertenecen al escenario 1 y siempre deben reportarse como casos de sífilis

congénita. A continuación se presenta la clasificación por escenarios:

Escenario 1: recién nacido con enfermedad probada o altamente probable y:

- Examen físico compatible con sífilis congénita o
- VDRL o RPR cuatro veces los títulos maternos o
- Campo oscuro positivo o anticuerpos fluorescentes positivos.

Escenario 2: recién nacido con examen físico normal y serología igual a la madre o con menos de cuatro veces los títulos maternos y:

- Madre no tratada, tratada inadecuadamente o sin registro de tratamiento o
- Madre tratada con eritromicina u otro antibiótico diferente a penicilina o
- Madre tratada en las últimas cuatro semanas de su embarazo.

Escenario 3: es aquel en que la madre fue tratada adecuadamente en el embarazo, con disminución adecuada de títulos y sin reinfección ni recaída. Para el recién nacido en nuestro medio se recomienda tratamiento profiláctico con una dosis única de penicilina benzatínica IM de 50.000 Ud/kg y seguimiento clínico y serológico.

Escenario 4: corresponde a la huella o cicatriz serológica. Hay constancia de tratamiento adecuado antes del embarazo con títulos que permanecen bajos y estables (menor o igual a 1:2 diluciones si la prueba es VDRL y menor o igual a 1:4 si es RPR). En nuestro medio es frecuente que el seguimiento de estos casos sea inadecuado, por tanto se recomienda tratar al recién nacido con una dosis de benzatínica y dejar un plan de seguimiento.

Tratamiento de sífilis congénita

Los neonatos considerados como casos de sífilis congénita (**escenarios 1 y 2**) deben ser hospitalizados para estudio y manejo con penicilina cristalina (ver flujograma anexo 2). Aunque la penicilina procaínica puede ser usada con igual efectividad no se recomienda en nuestro medio debido a las dificultades

en la supervisión del cumplimiento de la terapia, lo mismo que la penicilina benzatínica en el escenario 2 debido a que el seguimiento, en nuestro medio, aún es deficiente.

La dosis diaria de penicilina cristalina es menor en la primera semana y el intervalo de administración mayor, debido al metabolismo de la penicilina y la madurez del sistema renal en el recién nacido (ver anexo 2).

Los escenarios 1 y 2 requieren punción lumbar para descartar compromiso del SNC que puede estar presente en el 60%, pues los síntomas de neurosífilis no se manifiestan al nacer sino después del tercer mes de vida. En caso de no contar con reactivos para el análisis adecuado del LCR se deben remitir las muestras a un nivel de atención superior.

El compromiso del SNC se manifiesta por anomalías del líquido cefalorraquídeo (LCR) tales como VDRL reactivo, aumento de células blancas y proteínas. Los valores obtenidos durante el período neonatal son difíciles de interpretar dado que pueden encontrarse en el recién nacido normal hasta 25 células blancas por mm^3 y 150 mg/dl de proteínas en el neonato de término y 170 mg/dl en el pretérmino. Sin embargo, algunos especialistas recomiendan utilizar valores límites de 5 células y 40 mg/dl de proteínas, que es preferible acoger en el contexto de un caso de sífilis congénita. Así, cuando se encuentra alterado uno o varios de los tres parámetros mencionados se deberá hacer manejo antibiótico por diez a catorce días y el seguimiento con punción lumbar. La eficacia de un curso de penicilina de diez días para la erradicación de la espiroqueta del LCR neonatal ha sido documentada.

Seguimiento del recién nacido con sífilis congénita

Todos los neonatos con serología reactiva al nacer, o hijos de madres con serología reactiva al parto, deben recibir seguimiento clínico y serológico estrecho con pruebas no treponémicas cada 2 o 3 meses hasta que se vuelvan no reactivas o los títulos disminuyan cuatro veces. Los anticuerpos no treponémicos disminuyen a los 3 meses de vida y deben ser no reactivos a los 6 meses de edad si el niño no fue infectado (transferencia pasiva

de IgG materna) o fue infectado pero adecuadamente tratado. Si los títulos no disminuyen o aumentan después de los 6-12 meses de edad, o si son reactivos a los 18 meses, el niño debe ser reevaluado incluso con punción lumbar y tratado con penicilina parenteral por 10 días. Aquellos con anomalías del LCR al nacer deben tener punción lumbar cada 6 meses hasta que los resultados sean normales. Si las anomalías persisten deben ser retratados. Ver esquema de seguimiento anexo 2.

El plan de seguimiento clínico y serológico de la madre y del recién nacido deben quedar por escrito en la historia clínica y se debe asegurar que la madre comprenda la importancia de este.

Vigilancia epidemiológica

Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud que diagnostica y maneja los pacientes que cumplen la definición de caso de sífilis gestacional o sífilis congénita notificar al SIVIGILA a través de la ficha de notificación. Se realizará notificación individual inmediata y colectiva semanal. Las direcciones locales de salud notificarán de igual manera a la dirección seccional de salud, y esta última de manera semanal colectiva al Ministerio de la Protección Social.

Bibliografía

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep 2006. Aug 4;55(RR11):1-94.

Diagnostics Evaluation Series No.1.SDI Report. The Sexually transmitted diseases diagnostics initiative (SDI).UNDP/ World Bank/ WHO. Special Programme of Research and training in tropical diseases.2003.

Hammerschlag MR, Rawstron SA, Bromberg K. Sexually transmitted diseases. En: Geishon AA, Hotez PJ, Kat`z SL, Krugman S. Krugman´s Infectious Diseases of Children. 11 Edition. Estados Unidos :Mosby; 2004. pp 585.

Ingall D,Musher D. Syphilis En:Remington JS,Klein JO.infection diseases of the fetus and newborn infant. 6. Philadelphia :W. B.Sanders;2006. p.553.

Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of test for syphilis. Clinical Microbiology Reviews, 1995 Jan;8(1):1-21.

Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. Clin Perinatol 2004; 31:501-528.

Michelow IC,Wendel GD,Norgard MV,Zeray F,Leos K,Alsaadi R,Sánchez PJ. Central Nervous Sistem Infection in Congenital Syphilis. N Engl J Med 2002; 346 (23): 1792-1798.

Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Informe epidemiológico nacional quincenal, 2005 ene 30; 10 (2):1-16.

Platou RV. Treatment of congenital syphilis with penicillin. Adv Pediatr 1949;4: 39-86.

Tramont EC. Treponema pallidum (Syphilis). En: Mandell GL, Bennett JE, Douglas RG, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Elsevier; 2005.

Stuart M. Berman. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization 2004; Jun 82 (6):433-36.

Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;3:CD001143.

