

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminario N°81

Infecciones Congénitas

Bacterianas: Sífilis

Dra Valentina Alvarez G.

Dr. Juan Guillermo Rodriguez A. Dr. Daniel Martin N.

Dr Sergio de la Fuente G. Dra. Susana Aguilera

Marzo 2022

INTRODUCCION

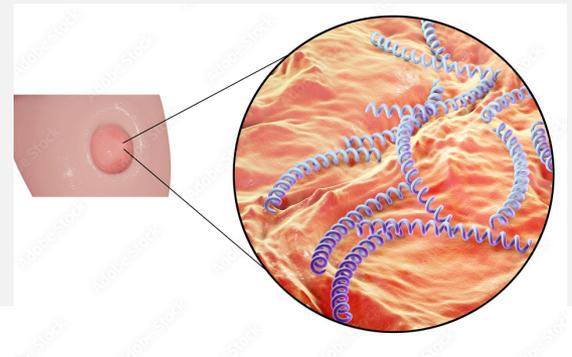


Enfermedad causada por un gram negativo
Treponema pallidum

Se divide en etapas sobre la base clínica
Que guían el tratamiento y seguimiento

Transmisión: Sexual, congénita

Periodo de incubación: 21 días



EPIDEMIOLOGIA



- 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo
 - Cerca de 2 millones de embarazos afectados
 - >25% de los embarazos afectados aborto o muerte fetal
- USA presenta un aumento en los casos diagnósticados en un 179% al 2019 respecto 2013
- Tasa de sífilis congénita mundial de 473 por cada 100 000 nacidos vivos (2016).

EPIDEMIOLOGIA



- En Chile el **diagnóstico en embarazadas** esta normado **desde 1976** , implementándose 2000 planes de eliminación de sífilis congénita.
- 2004 → Enfermedad de notificación obligatoria
- Incidencia
 - más baja fue en el 2005 con 17.4/100.000 habitantes
 - 2019 31,4/100.000 habitantes

EPIDEMIOLOGIA



Figura 3: Tasas de sífilis. Chile 2000-2018*

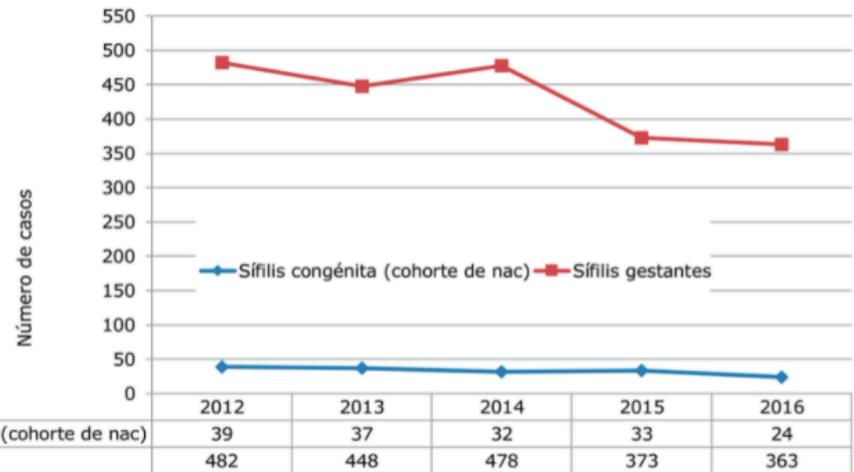


*Años 2017-2018 Datos provisionales
Fuente: Dpto. Epidemiología, DEIS. DIPLAS. Ministerio de Salud de Chile.

2016

4,9% de los diagnósticos es en extranjeros

Sífilis congénita Tasa de 0,1/1.000 nacidos vivos



SIFILIS CLASIFICACION



Clasificación general de los estados de la Sífilis

a. Sífilis Precoz

- Sífilis Primaria
- Sífilis Secundaria
- Sífilis Latente Precoz

b. Sífilis Tardía

- Sífilis Latente Tardía
- Sífilis Terciaria

c. Sífilis Congénita

- Sífilis congénita precoz
- Sífilis congénita tardía

d. Neurosífilis

SIFILIS PRIMARIA

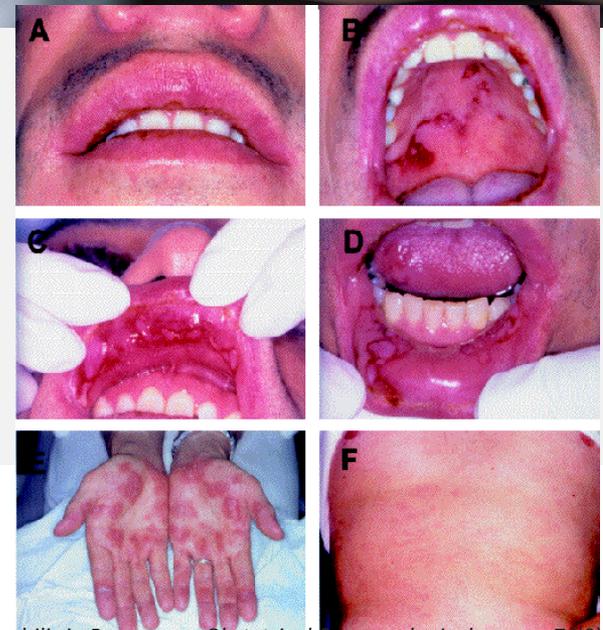


- Lesion ulcerativa, generalmente única e indolora en sitio de inoculación
 - “CHANCRO”
- Linfadenopatía regional indolora
- Resolución en 4-6 semanas
- 25% de los pacientes no tratados experimentarán una progresión a sífilis secundaria después de 6 a 8 semanas



SIFILIS SECUNDARIA

- Rash maculo-papuloso o papulo escamoso de afectación palmo-plantar y/o de mucosas
 - No pruriginoso
- Linfadenopatía generalizada
- CEG, cefalea
- Condilomas planos



SIFILIS TERCIARIA

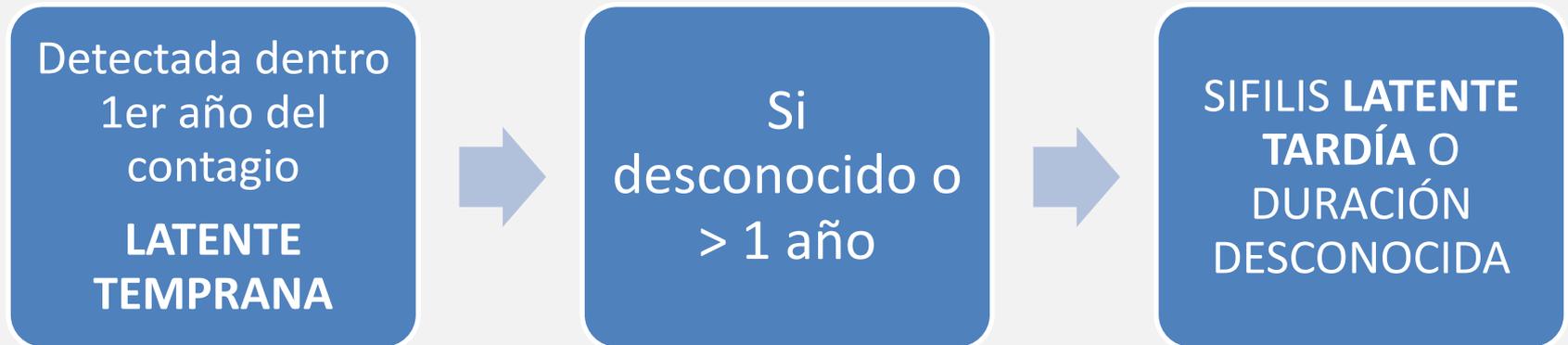
- Lesiones inflamatorias que afectan:
 - SCV (aortitis)
 - Piel (gomas)
 - Esqueleto (osteítis)
 - Neurosífilis



SIFILIS: CLASIFICACION



Infecciones latentes → todas aquellas asintomáticas



SINTOMAS



- Puede generar afectación del SNC en cualquier etapa → **Neurosífilis**
- **Afectaciones tempranas:** primeros meses o años de la infección
 - ACV, meningitis, disfunción nervio craneal, otosifilis, sífilis ocular
- **Afectaciones tardias:** 10 a 30 años
 - Paresia general, tabes dorsal

SIFILIS CONGENITA



- Transmisión vertical puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad y en cualquier trimestre del embarazo
- OMS estima que entre 50 – 80% de los embarazos afectados tienen resultado adverso
 - Muerte fetal
 - Aborto

SIFILIS CONGENITA



Mecanismo de transmisión:

- Transplacentario
- Durante el parto por contacto lesión

SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

- 50 % RIESGO TRANSMISIÓN
- INCLUSO 75-90%

LATENTE PRECOZ

- 40% RIESGO TRANSMISION

LATENTE TARDIA Y TERCIARIA

- 10%

Riesgo aumenta con títulos pruebas no treponémicas más altos

≥ 1:8 tenían tasa 25% sífilis congénita v/s 4% si títulos menores

SIFILIS CONGENITA



Presentación clínica en RN

- Asintomáticos y evolutivos
- Hepatoesplenomegalia
- Anomalías esqueléticas
- Anemia
- Rash cutáneo
- Ceguera y sordera



Figure 1: Clinical picture at presentation
Showing skin lesions caused by *Treponema pallidum* infection on the patient.

SIFILIS CONGENITA



Hallazgos ecográficos

Causados por la respuesta inflamatoria del feto a *T. Pallidum*

<20 semanas difícil detección de anomalías ecográficas por la inmadurez del sistema inmunitario fetal

SIFILIS CONGENITA



Hallazgos ecográficos

- RCIU
- Hepatomegalia
- Placentomegalia
- Disfuncion hematológica → aumento PS ACM
- Anemia
- Polihidroamnios
- Ascitis
- Hidrops fetal

*** Ausencia de anomalías no descarta sífilis congénita y hasta 12% RN de madres con sífilis no tienen alteraciones en la Ecografía**

SIFILIS CONGENITA



Tratamiento

Disminuye 36 a un 14% sifilis congénita

Parto prematuro de un 23 a un 9%

Muerte fetal 26 a un 4,5%

DIAGNOSTICO



- Pruebas serológicas

Treponemicas

- Detectan específicamente Ac contra *T. pallidum*
- Siempre (+)
- IgM a partir de la 2da semana e IgG 4ta semana infección
- **MH-TP, FTA abs, TP-PA**

No Treponemicas

- Detectan la liberación de Ac en respuesta al daño celular (también por cardiolipinas, lecitinas, etc)
- Valiosas como medidas cuantitativas para monitorizar la enfermedad
- **VDRL y RPR**

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS EXÁMENES SEROLÓGICOS PARA SÍFILIS

Sensibilidad (%) según etapa clínica

Examen	SENSIBILIDAD				ESPECIFICIDAD
	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía	
VDRL ⁹	80 (70-87)	100	80 (71-100)	71 (37-94)	98 %
RPR ⁹	86 (81-100)	100	80 (53-100)	73 (36-96)	98 %
FTA-Abs ⁹	98 (93-100)	100	100	96	99 %
MHA-TP ⁹	82 (69-90)	100	100	94	99 %
ELISA ⁹	92 (88-97)	100	99 (96-100)	100	99 %
USR	80 (72-88)	100	95 (88-100)	71 (37-94)	99 %
Inmuno- cromatografía	93	100	100	100	99 %

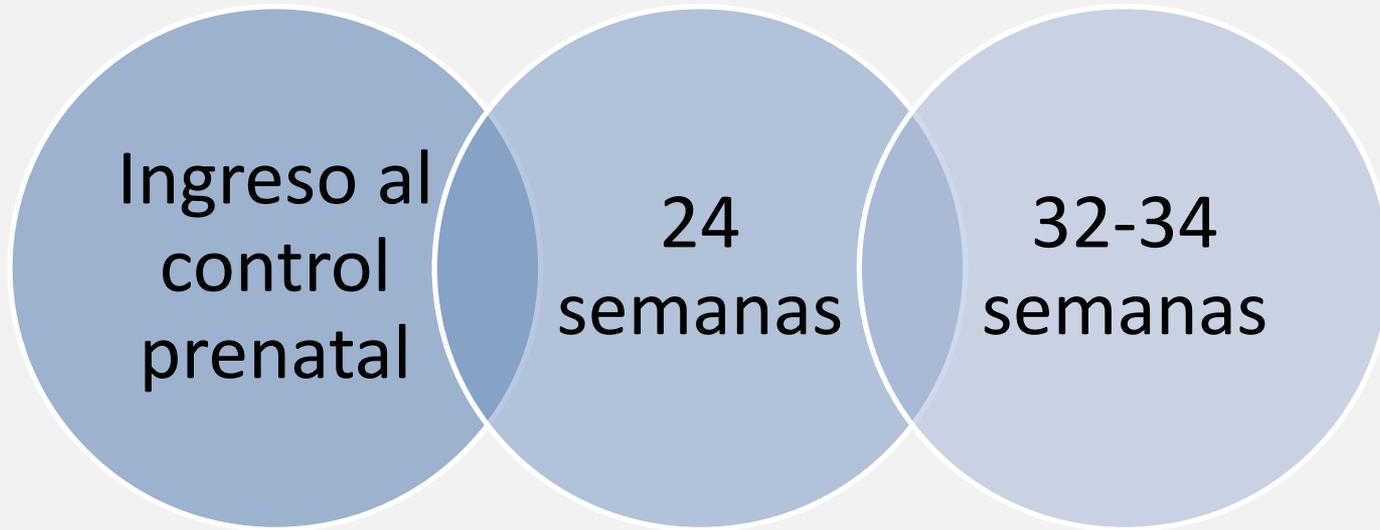
* entre paréntesis resultados variables reportados.

SCREENING EMBARAZO



- El screening disminuye la sífilis congénita
- La repetición del examen en el 3er trimestre
 - Disminuye:
 - Efectos adversos maternos y fetales
 - Utilizando una cohorte 3.9 mill de mujeres en USA (Hersh et al)
 - Se evitarían 41 casos de sífilis congénita
 - 73 casos de MFIU
 - 27 casos muerte neonatal

SCREENING EMBARAZO



MANEJO EMBARAZADA (+)



- Toda gestante con serología (+), independiente de la dilución
 - Debe recibir PNC IM en centro de atención
 - Derivar a UNACESS
- Toda gestante >24 semana
 - Derivar para evaluación de UFP, prevención de PP y evaluación integral
- Estudiar contactos sexuales

TRATAMIENTO



- La penicilina G IV es el unico tratamiento eficaz durante el embarazo
 - Mujeres con alergias documentadas debieran ser desensibilizadas
- Se ha estimado una efectividad >98% en mujeres embarazadas
 - Cuando el tratamiento se realiza <30 dias antes del parto, las tasas de sífilis congénitas son mayores

TRATAMIENTO



Recommended Regimen for Primary and Secondary Syphilis* Among Adults

Benzathine penicillin G 2.4 million units IM in a single dose

* Recommendations for treating syphilis among persons with HIV infection and pregnant women are discussed elsewhere in this report (see Syphilis Among Persons with HIV Infection; Syphilis During Pregnancy).

TRATAMIENTO



Recommended Regimens for Latent Syphilis* Among Adults

Early latent syphilis: Benzathine penicillin G 2.4 million units IM in a single dose

Late latent syphilis: Benzathine penicillin G 7.2 million units total, administered as 3 doses of 2.4 million units IM each at 1-week intervals

* Recommendations for treating syphilis in persons with HIV and pregnant women are discussed elsewhere in this report (see Syphilis Among Persons with HIV Infection; Syphilis During Pregnancy).

Recommended Regimen for Tertiary Syphilis Among Adults

Tertiary syphilis with normal CSF examination: Benzathine penicillin G 7.2 million units total, administered as 3 doses of 2.4 million units IM each at 1-week intervals

TRATAMIENTO



Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz (Sífilis de menos de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas

Sífilis Latente Tardía (Sífilis con más de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas

TRATAMIENTO



Reaccion de Jarisch Herxheimer

Reaccion al tratamiento de la sífilis

24 hrs post tratamietno

Se caracteriza por: reaccion febril aguda, cefalea, mialgias, náuseas, hipotensión, diaforesis

Más frecuente en Sifilis primaria y secundaria (50%)

TRATAMIENTO Y MANEJO EN EL PARTO



- Screeninga toda embarazada al ingreso a maternidad
 - Parto
 - Aborto
 - Mortinato
- Si reactivo al parto → se debe enviar muestra ISP, tratar y evaluar a RN para sífilis

SEGUIMIENTO



- VDRL mensual hasta el parto
- Tratamiento exitoso:
 - Sífilis precoz: disminución de 2 o más diluciones al mes
 - Sífilis tardía: evolución clínica
- Fracaso tratamiento y/o reinfección:
 - Sífilis precoz: mantención o aumento
 - Sífilis tardía: aumento de 2 o más diluciones

SIFILIS EN EL RN



- **Diagnóstico complejo** por paso de anticuerpos IgG maternos (treponemicos y no treponemicos)
- Se puede **presentar como**:
 - Aborto o mortinato: >50% infectados
 - Multisistémica
 - Oligosintomática
 - Asintomática: 60%, desarrollaran sintomas a las 3-8 semanas sin tratamiento

SIFILIS EN EL RN

Sífilis
congénita
precoz

2 años

Sífilis
congénita
tardía

- Cuadro multisistémico fulminante
- Lesiones muco-cutáneas
- Lesiones óseas
- PEG
- Linfadenopatía generalizada
- Compromiso hepático, renal, SNC, oculares

- Gomas
- Sífilis cardiovascular
- Dientes de Hutchinson
- Molares de Moore
- Nariz en silla de montar
- Tibias en sable
- Opacidades corneales
- Neurosífilis



Seminario N°81

Infecciones Congénitas

Bacterianas: Sífilis

Dra Valentina Alvarez G.

Dr. Juan Guillermo Rodriguez A. Dr.
Daniel Martin Dr Sergio de la Fuente
G. Dra. Susana Aguilera