

SÍFILIS SECUNDARIA DURANTE EL EMBARAZO: IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL.

SECONDARY SYPHILIS IN PREGNANCY: SIGNIFICANCE OF PRENATAL CONTROL.

Méndez-Valdés, Arlenne*

*Médico, Panamá

Correo electrónico: arlenne.mendez@gmail.com

Recibido: 24 de noviembre de 2013.

Aceptado: 28 de febrero de 2014.

Méndez-Valdés A. Sífilis Secundaria durante el Embarazo: Importancia del Control Prenatal. Rev méd cient. 2013; 26(2):30-38.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La sífilis secundaria es una entidad ampliamente estudiada en distintas poblaciones a nivel mundial, y nuestro país no escapa de esta realidad. Sin embargo, es palpable la falta de conocimiento en el manejo de la misma en la paciente embarazada, pues es alto el subregistro que se presenta en nuestro país, producto probablemente, del mal control prenatal por parte de la paciente o del médico tratante.

CASO. Primigesta de 13 años de edad con embarazo de 23 semanas, que acudió a su primera cita de control prenatal, con cuadro de 3 meses de evolución, de lesiones maculopapulares en las cuatro extremidades, región palmar, tronco anterior y posterior; y lesiones condilomatosas en región perineal y vulvar. Ante el cuadro clínico, se realizó prueba no treponémica, que reportó títulos 1:32. Posteriormente, la prueba treponémica MHATP confirma el diagnóstico al resultar positiva. Se realizó ultrasonido obstétrico en el cual no se evidencian hallazgos sugestivos de infección fetal. Se administra penicilina G benzatínica 7,2 millones UI vía intramuscular, dividida en tres dosis de 2,4 millones de UI semanales, logrando disminución de los títulos serológicos.

CONCLUSIÓN. El tamizaje materno durante los controles prenatales y el reconocimiento de esta enfermedad son claves en el tratamiento temprano de la embarazada y así evitar complicaciones fetales durante la gestación. De igual forma, se logra una reducción en el subregistro de la misma y de esta manera lograr políticas de salud que benefician a las mujeres embarazadas en general.

PALABRAS CLAVE: Sífilis secundaria, Embarazo, Tamizaje, Penicilina G benzatínica.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Secondary syphilis is a widely studied entity in different populations worldwide and our country will not escape this reality. However, it is palpable lack of knowledge in the management of the same in the pregnant patient, it is high underreporting that occurs in our country product of lack prenatal care by the patient or physician.

CASE. Primigravida, 13 years old with 23 weeks pregnancy, she went to her first prenatal appointment with 3 month history of maculopapular lesions in all four limbs, palmar region, back and chest and condylomatous lesions in perianal and vulvar region. Given the clinical, non-treponemal test was conducted which reported 1:32 titers. Subsequently, the MHATP test, to confirm the diagnosis gives a positive result. Obstetrical ultrasound was performed in which no findings suggestive evidence of fetal infection. Benzathine penicillin G is administered 7.2 million IU intramuscularly in three divided doses of 2.4 million IU weekly, obtaining the serologic titers decreased.

CONCLUSION. The maternal screening during prenatal care and recognition of this disease are key in the early treatment of pregnant woman and avoid fetal complications during pregnancy. Similarly, leads to a reduction in the registration of the same and thus achieve health policies that benefit pregnant women in general.

KEYWORDS: Secondary syphilis, Pregnancy, Screening, Benzathine penicillin G.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual conocida desde el descubrimiento de América. A pesar de las actuales campañas de promoción de control natal, aún se registran elevadas cifras de incidencia y prevalencia a nivel mundial.

Las vías de transmisión son a través de contacto sexual, al nacer o por vía transplacentaria. Esta última representa la tasa más alta en el caso de sífilis congénita. Es importante señalar que el riesgo de infección fetal por enfermedad materna reciente es de 80 a 90% en una madre no tratada.

Es en este punto donde radica la importancia del control prenatal en la mujer embarazada. Toda mujer a la cual se le diagnostica embarazo debe ser inmediatamente, ingresada en el programa de control prenatal en su respectivo país e iniciar el adecuado control para prevenir complicaciones posteriores.

Debe realizarse pruebas no treponémicas en toda mujer embarazada antes de las 20 semanas y después de ésta, para garantizar un adecuado control y en caso tal de detectar una prueba positiva, realizar con premura la prueba treponémica confirmatoria disponible en el centro de atención.

En este caso, se presenta una paciente con 23 semanas de embarazo, con manifestaciones de sífilis secundaria, lo cual aumenta el riesgo durante el embarazo y la terminación del mismo.

El objetivo primordial de nuestro caso es enfatizar en el diagnóstico y manejo de esta patología, la cual no es poco común en nuestro medio; además de hacer un llamado de atención respecto al adecuado seguimiento de la mujer embarazada en su control prenatal; y enfrentar al profesional de la salud al

reconocimiento de esta enfermedad con el fin de orientarlo en el tratamiento y seguimiento óptimo de la misma.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 13 años admitida al servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Ezequiel Abadía con embarazo de 23 semanas, sin inicio de control prenatal, y cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por aparición de lesiones maculares violáceas y pruriginosas de aparición súbita, limitada inicialmente a miembros superiores e inferiores y posterior diseminación generalizada que abarcó región palmar de ambas manos, tórax anterior, abdomen y región perineal. Además, presentó lesiones elevadas, firmes y dolorosas en labios mayores, periné y ano. Niega lesiones ulceradas previas.

HISTORIA ANTERIOR

Antecedentes personales patológicos:

Negó sufrir de alguna enfermedad. Negó alergias.

Hábitos personales:

Negó alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas.

Antecedentes personales no patológicos:

Bajos recursos económicos, bajo nivel académico. Sin antecedentes heredofamiliares, uso de medicamentos, transfusiones o antecedentes quirúrgicos relevantes.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Primigesta, menarca: 11 años, inicio de vida sexual activa: 13 años, número de compañeros sexuales: 1, negó uso de anticonceptivos y sin infecciones de transmisión sexual previas.

Fecha de última menstruación: 25/7/12. Fecha probable de parto: 30/5/13. Papanicolau realizado en enero de 2013: reportó negativo por células malignas. Controles prenatales: 2.

Revisión por Aparatos y Sistemas:

Las dolencias referidas por la paciente se exponen previamente en la enfermedad actual.

Examen Físico:

Presión Arterial: 110/70 mmHg. **Frecuencia Cardíaca Materna:** 84 lpm. **Frecuencia Cardíaca Fetal:** 142 lpm. **Frecuencia Respiratoria:** 16 rpm. **Temperatura:** 36 °C.

General: alerta, consciente, orientada, afebril, buen estado general.

Cabeza: normocéfala, sin deformidades, sin lesiones en cuero cabelludo.

Ojos: pupilas isométricas, reactivas a la luz directa, escleras anictéricas, conjuntiva palpebral y bulbar sin lesiones. Agudeza visual 20/20.

ORL: tabique nasal central, mucosa nasal sin lesiones ni secreciones.

Boca: mucosa oral subhidratada sin lesiones. Lengua saburral.

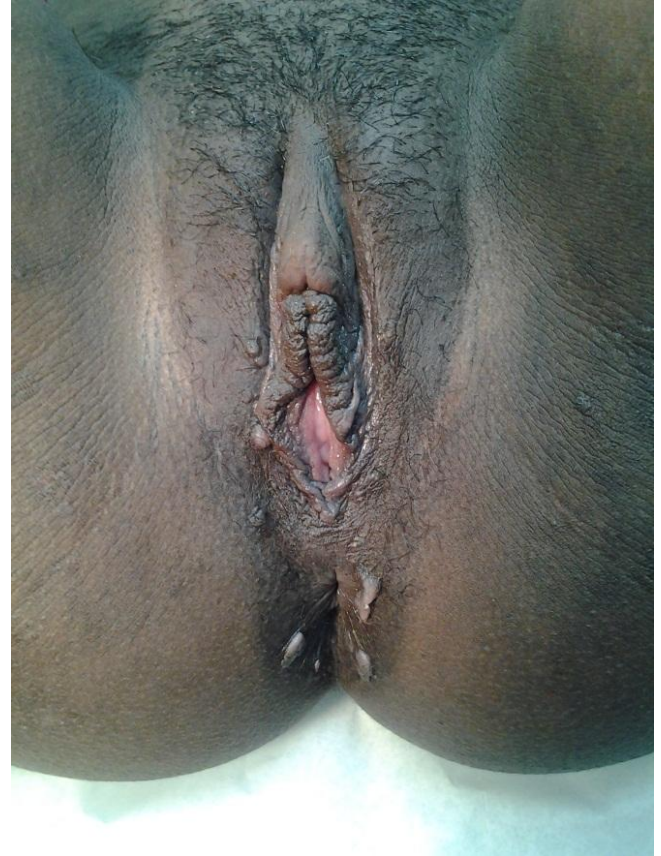
Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplo ni galope. Buena entrada y salida de aire, ruidos respiratorios normales sin ruidos agregados.

Abdomen: grávido, altura uterina: 22 cm, tono normal, situación transversa, dorso anterior. Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad. No doloroso a la palpación.

Genitourinario: genitales externos eutróficos, lesiones tipo condilomata lata en labios mayores,

periné y área perianal, no fluctuantes sin secreciones (Ver Figura 1).

Figura 1. Lesiones Condilomata Lata.



Al examen ginecológico se evidencia condilomata lata que se extiende desde labios mayores hasta región perineal, lesiones típicas de la sífilis secundaria.

Piel: lesiones maculares en miembros superiores e inferiores, ambas axilas, tronco anterior y abdomen y región perineal. En la cara interna de ambos muslos, lesiones maculares con bordes descamativos. En región palmar de ambas manos presentó lesiones papulares hiperqueratósicas con collarete descamativo (Ver Figura 2, 2.1, 3, 3.1 y 4).

Neurológico: GCS modificado: 15. Nervios craneales conservados. Sin signos de irritación meníngea. Sin déficit motor ni sensorial.

Figura 2 y 2.1.



Lesiones maculares en tronco anterior, abdomen, brazo y axila.

Figura 3 y 3.1.



Al examen físico se evidenció lesiones maculares que se extienden desde el abdomen hasta miembros inferiores abarcando la cara interna de ambos muslos y la región perineal, conocidas como roséola sífilítica.

Figura 4.



Lesiones papulares hiperqueratósicas con bordes descamativos en región palmar de ambas manos, conocidas como “clavos sifilíticos”.

ESTUDIOS

Se realizó biometría hemática completa que reflejó anemia leve fisiológica y eosinofilia (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Biometría Hemática Completa.

	25/1/13	30/1/13
Hemoglobina	10.6	10.7
Hematocrito	32.2	32.3
Volumen Corpuscular Medio	82.9	83.8
Glóbulos blancos	8840	5930
Neutrófilos	75.6	62.2
Linfocitos	13.7	24.3
Monocitos	7.8	7.7
Eosinófilos	2.2	4.6
Plaquetas		213 000

Fuente: Expediente clínico del paciente.

Se realizó prueba no treponémica, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), que reportó títulos 1:32.

Posteriormente, se realiza prueba treponémica, Treponemal specific microhemagglutination test (MHATP) que resultó positiva (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Inmunoserología.

Prueba	Resultado	Valores de Referencia
Anticuerpos T. pallidum (11/1/13)	Positivo	
Toxoplasma IgG (11/1/13)	< 0.130	0 - 25
Toxoplasma IgM (11/1/13)	0.23	0 - 1.8
VDRL* (24/1/13)	Reactor 1:32	
MHATP† (24/1/13)	Positivo	
VIH (25/1/13)	0.26	0 - 0.89

* Venereal Disease Research Laboratory

† Microhemagglutination Assay for Treponema pallidum

Fuente: Expediente clínico del paciente.

Se realiza USG ultrasonido obstétrico el 24/1/13 donde no se evidencia anomalías en ninguna de las mediciones antropométricas fetales. Sólo se sospecha de probable restricción del crecimiento intrauterino; ya que el producto se encuentra por debajo del percentil 10.

TRATAMIENTO

Al realizar el diagnóstico de sífilis secundaria se inicia tratamiento con Penicilina benzatínica 2,4 millones UI vía intramuscular en dosis única, con posterior control de VDRL donde no se reportó disminución de los títulos. Por este motivo, se decide tratar con Penicilina benzatínica 2,4 millones de UI vía intramuscular semanalmente hasta completar una dosis de 7,2 millones UI.

Al realizar control de VDRL se reporta disminución de títulos a 1:16 logrando la respuesta deseada.

Finalmente, remiten los síntomas en la paciente y se logra llevar al término el embarazo sin complicaciones.

Se decide inducir la labor de parto con dinoprostona 2 mg en fondo de saco vaginal, pero presentó datos de bienestar fetal incierto en monitoreo fetal control, por lo cual se lleva a cesárea. Se obtuvo producto masculino, peso 2400 gramos, índice APGAR 9/9, sin deformidades visibles. Durante su puerperio inmediato y mediato cursó con buena evolución y posterior egreso a las 72 horas con seguimiento en consulta externa en 8 días.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La sífilis secundaria presenta un diagnóstico diferencial dermatológico amplio que incluye exantemas víricos o medicamentosos y psoriasis.

En el caso de nuestra paciente, refirió antecedentes de infecciones previas o ingesta de medicamentos en meses anteriores por lo cual se excluye el diagnóstico. Además, no presentó antecedentes familiares de psoriasis ni lesiones típicas de esta enfermedad, excluyéndola de igual forma.

El condiloma plano es otro diagnóstico diferencial que podemos considerar en este caso, pues la paciente se presenta con múltiples vegetaciones hipertróficas en la región perianal y en labios mayores que dan la impresión de coliflor. Sin embargo, debido a que la paciente presenta altos títulos de VDRL y lesiones características de sífilis, se excluye el diagnóstico.

Finalmente, debido a la historia, examen físico y laboratorios de la paciente se realiza el diagnóstico de sífilis secundaria y se inicia el tratamiento y seguimiento pertinente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual documentada desde el siglo XV, persistiendo aún la controversia en torno a si los españoles llevaron esta enfermedad al continente europeo una vez finalizada las expediciones de Cristóbal Colón.¹

Dicha enfermedad sigue teniendo un impacto negativo en América Latina. La aparición de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden estructural y técnico de los servicios de salud.¹

Se define como sífilis congénita, al paso transplacentario del *Treponema pallidum*, aunque también puede producirse la infección fetal por contacto directo con una lesión a través del canal de parto.² Según cifras reportadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Panamá, en el año 2010, se reportó 11 casos confirmados de sífilis en recién nacidos y la tasa de sífilis congénita nacional fue de 0,16 por 1.000 nacidos vivos, mientras que los casos sospechosos sumaron 39.³

En nuestro país, las provincias con mayor incidencia de sífilis materna, en orden decreciente son Panamá, Colón y Veraguas, según el último reporte del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud del Ministerio de Salud en el año 2000.

La espiroqueta, *Treponema pallidum*, es el agente causal de la sífilis, produciendo una enfermedad sistémica cuyo periodo de incubación es de 10 a 90 días en promedio. Se transmite principalmente durante las relaciones sexuales, por contacto con las lesiones o transfusión de sangre en la fase temprana de la enfermedad, transplacentario y a través del canal de parto de existir alguna lesión activa.^{1,6}

Después del periodo de incubación, aparece una lesión ulcerada, no dolorosa con base indurada y bordes elevados, conocida como chancro; que generalmente representa el sitio de inoculación en la sífilis primaria.^{2,3}

Esta lesión es altamente infecciosa y usualmente de resolución espontánea en 4 a 6 semanas, aún sin tratamiento.⁶ En nuestro caso la paciente refiere cuadro de 3 meses de evolución de aparición de lesiones dérmicas y perineales sin reportar ninguna lesión tipo chancro inicialmente.

Después de tres a seis semanas de la aparición del chancro, ocurre la diseminación hematógena de las espiroquetas resultando en el síndrome que caracteriza la sífilis secundaria.⁶ Dichas manifestaciones se presentan como cefalea, fiebre, linfadenopatía generalizada, afectación hepática y renal, siendo más específicas las lesiones mucocutáneas como rash maculopapular palmoplantar conocido como roséola sifilítica; condilomas planos conocidos como condylomata lata; y clavos sifilíticos en palmas.^{2,4}

Nuestra paciente acude a su primera cita de control prenatal con manifestaciones cutáneas evidentes, además con lesiones condilomatosas en región genital y perianal.

El embarazo no afecta el curso de la infección, pero ocasiona serias complicaciones como parto pretérmino, abortos y óbito. Las manifestaciones de la sífilis congénita dependen de la edad gestacional al momento de la infección, la etapa de la sífilis materna, el tratamiento materno y la respuesta inmunológica del feto.⁷ Es aquí donde radica la importancia de la temprana captación, diagnóstico y manejo adecuado de la embarazada que se presenta por primera vez a la consulta con esta sintomatología.

En el primer control prenatal, se solicita pruebas no treponémicas en mujeres sin factores de riesgo y pruebas treponémicas en aquellas que los presentan, como mujeres de bajo nivel educativo y socioeconómico que viven en áreas con alta morbilidad de sífilis y conductas de riesgo.⁸

Las pruebas no treponémicas se utilizan clásicamente para monitorizar el efecto de la terapia y detección de la infección, mientras que las pruebas treponémicas se utilizan para confirmar el diagnóstico. Entre las pruebas no treponémicas se encuentran el VDRL y la prueba de Reaginina Plasmática Rápida (RPR), que pueden presentar falsos positivos debido a desordenes autoinmunes, infecciones o embarazo. Usualmente son positivas en 75% de los casos de sífilis primaria a las 4 u 8 semanas después del contagio; y la sensibilidad es mayor cuanto más avanzada esté la enfermedad.

En el caso de la sífilis secundaria siempre se caracteriza por presentar VDRL con títulos mayores de 1/16. El título de los anticuerpos refleja la actividad de la enfermedad, de modo que un descenso en 4 diluciones sugiere una adecuada terapéutica, mientras que un aumento en 4 diluciones representa enfermedad activa. Estas pruebas tienden a ser negativas un año después de recibir la terapia en sífilis primaria, y dos años en sífilis secundaria.⁷

Típicamente, una prueba no treponémica sospechosa es seguida de una prueba treponémica confirmatoria como absorción de anticuerpos fluorescentes treponémicos (FTA-ABS) y el ensayo para microhemoaglutinación de anticuerpos de *Treponema pallidum* (MHATP); las cuales son diagnósticas al reportar un resultado positivo como es el caso que presentamos.^{6,9}

Respecto a los estudios de imágenes, el ultrasonido (USG) obstétrico es el método de elección para dar seguimiento a las posibles complicaciones fetales durante la gestación. Algunas complicaciones de la sífilis congénita pueden detectarse usando el USG bidimensional, las cuales se presentan en la semana 24 de gestación. Los signos ultrasonográficos comunes son hepatoesplenomegalia, placentomegalia y restricción del crecimiento intrauterino, y en baja frecuencia, se puede reportar hallazgos como calcificaciones intrahepáticas e intracerebrales, ascitis, hidrops e incluso muerte fetal.¹⁰

Un adecuado tratamiento es efectivo para prevenir la transmisión materna al feto y para tratar la infección fetal. La efectividad de la penicilina se encuentra bien establecida por múltiples estudios aleatorizados. El Centro de Control de Enfermedades (CDC), recomienda que la embarazada debe ser tratada con el régimen de penicilina apropiado para la etapa de la infección. El tratamiento para la sífilis secundaria se basa en la administración de penicilina benzatínica 2,4 millones de UI vía intramuscular en dosis única; sin embargo, estudios actuales han demostrado que se obtienen mejores resultados utilizando una dosis total de 7,2 millones de UI vía intramuscular administrada en tres dosis de 2,4 millones de UI cada semana por tres semanas. En caso de alergia a la penicilina, la embarazada debe ser desensibilizada y tratada posteriormente con penicilina, para lograr la remisión de la enfermedad con controles serológicos a los 6 y 12 meses.^{6,7}

CONCLUSIONES

La infección por sífilis durante el embarazo representa un problema de salud pública a nivel mundial.

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomiendan que la embarazada debe ser tamizada para sífilis con pruebas serológicas en la primera visita prenatal y a las 32 o 36 semanas, si la paciente presenta factores de riesgo. El CDC propone recomendaciones similares y agrega el tamizaje al momento del parto en pacientes con alto riesgo de infección.⁷

Finalmente, en nuestro país es necesario e indispensable fortalecer el control prenatal en la atención primaria; ya que, es el primer nivel de atención al cual acude la embarazada.

El médico debe solicitar los laboratorios indicados de acuerdo a la edad gestacional y número de consulta, como es el caso de nuestra paciente, de esta forma se evitará el subregistro que enmascara la realidad en la cual se encuentra la mujer panameña; y así se podrá ofrecer la oportunidad de un tratamiento eficaz que evite la infección congénita y el avance de esta enfermedad.

REFERENCIAS

1. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Pan Am J Public Health* 2004; 16(3): 211-17.
2. Leal E, Campos S, Pardo I, Vásquez – Rodríguez M, García-Jiménez E, Moral E. Sífilis y Embarazo. *Clin Invest Gin Obst* 2011; 38(3): 114-17.
3. Rodríguez J, Alonso S, Ortiz P. Sífilis. , *Dermatopatología: Correlación clínico-patológica*. Edición: 1era. Madrid: España. Editorial: Área Científica Menarini, 2007. p: 578-82.
4. Ministerio de Salud, Panamá. Vigilancia epidemiológica de sífilis congénita. Ciudad de Panamá: Ministerio de Salud; 2010. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=49&option=com_content#ref36

5. Roa R, Amaris A, Lum W, Escolan B. Consideraciones ante el Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita en Panamá. Ministerio de Salud, Panamá; 2000. p:10-2. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/consideraciones_a_un_plan_de Eliminacion_de_sifilis.pdf
6. Uzoma A, Pope N, Odukoya O. Syphilis in pregnancy: the importance of detecting latent disease. Trends in Urology Gynaecology and Sexual Health 2010; 15-7.
7. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G et al. Syphilis infection during pregnancy: Fetal risks and Clinical Management. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 2012; 1-5. doi:10.1155/2012/430585
8. U.S Preventive Services Task Force. Screening for Syphilis Infection in Pregnancy: U.S. Preventing Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2009; 150: 705-9.
9. Owusu-Edusei K, Koski K, Ballard R. The Tale of Two Serologic Tests to Screen for Syphilis-Treponemal and Nontreponemal: Does the Order Matter? Sexually Transmitted Diseases. 2011; 38(5): 448-56.
10. Araujo E, Martins E, Rolo L, Marcondes L, Fernandes A. Prenatal Diagnosis of Congenital Syphilis Using Two and Three Dimensional Ultrasonography: Case Report. Case Report in Infectious Diseases. 2012; 1-3. doi:10.1155/2012/478436.