

Sífilis del Recién Nacido

HECTOR ULLOQUE C.*

INTRODUCCION

La mal llamada SIFILIS CONGENITA es una fetopatía por paso transplacentario del treponema pálido desde el 4º mes de embarazo hasta el momento del nacimiento. Parece ser que la presencia de la capa de Langhans de las vellosidades coriales (1-2-3-12) que comienza a desaparecer entre el 4º y 5º mes se opone al paso del parásito impidiendo la infección del embrión antes de esta época; una vez desaparecida la barrera placentaria, a través de los vasos umbilicales coloniza el hígado fetal y se disemina por todo el organismo.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La sífilis tiene carácter endémico en nuestro medio y se encuentra en porcentaje elevado principalmente en el paciente hospitalario (3).

Constituye un verdadero problema de salud el aumento de las cifras de infecciones por sífilis, lo mismo que para las otras enfermedades venéreas; aumentando en los últimos diez años. Fenómeno muy similar a nivel mundial atribuido entre otras cosas a la liberación y promiscuidad sexual, homosexualidad, movilidad de las poblaciones y aumento de las comunicaciones, falta de educación y prevención y a programas no definidos (14).

Aunque se ha intentado controlar con programas de prevención (consultorios de venéreas, dispensarios, etc.), los

resultados han sido pobres siendo a nuestro modo de ver el principal problema a nivel de la consulta prenatal (poca y deficiente) y del recién nacido (3).

En el país la incidencia de sífilis ha tenido cifras oscilantes (ver cuadro 1), pero con tendencia a aumentar en los últimos 5 años.

En 1978 se informaron 15.748 casos de Sífilis adquirida (siendo 2 veces más frecuentes en mujeres que en varones) y 308 casos de sífilis congénita (mortalidad para 1977, 46 casos). (13).

La región con más altas cifras es la zona de Antioquia, sin incluir a Medellín, siguiendo el Valle del Cauca y el Distrito de Bogotá. (Ver cuadro 2).

La tasa de sífilis por 100.000 habitantes para 1977 por grupos de edad fue mayor para personas de 15-44 años (179.9) y para menores de 1 año (sífilis congénita) (69.4) (14).

En el continente americano en 1973 la mayor incidencia para sífilis congénita fue en Estados Unidos y Honduras, 1527 y 1121 respectivamente siendo diagnosticados en su orden solo 313 y 10 en los primeros 11 meses de vida y 81 y 13 en los siguientes 4 años de edad, hecho de gran importancia pues es una minoría la que se logra diagnosticar al nacimiento o poco después.

Las manifestaciones de la sífilis adquirida in útero son muy amplias. Son bastante conocidas por obstetras, pediatras, e inclusive médicos generales;

* Instructor Asociado de Pediatría, Fac. de Med., U. N., Depto. de Pediatría.

Cuadro No. 1

TASA POR 100.000 HABITANTES

1959	11.504	72.0	1969	16.341	84.1
1960	9.986	61.4	1970	15.683	79.1
1961	10.733	65.0	1971	13.976	69.0
1962	12.113	72.0	1972	18.631	90.1
1963	9.789	57.1	1973	25.357	120.0
1964	14.992	85.7	1974	21.865	101.3
1965	16.704	93.5	1975	20.723	93.9
1966	16.530	90.6	1976	20.723	89.2
1967	17.939	96.3	1977	20.141	93.0
1968	15.037	79.1	1978	16.056	

Cuadro No. 2

	Sífilis		Sífilis Congénita	
	M	F	M	F
Antioquia	2.096	1.768	107	95
Valle del Cauca	576	2.067	15	8
Bogotá	523	1.425	36	23
Quindío	222	807	6	3
Risaralda	214	539	—	—

puede pasar inadvertida por la gran variedad de cuadros clínicos desde formas asintomáticas a cuadros de verdadera sepsis de pronóstico mortal (3). La severidad del cuadro clínico será mayor entre más temprano sea la gestación o el período de la sífilis materna, pudiendo evolucionar desde abortos, mortinatos, partos pretérmino, desnutridos intrauterinos hasta recién nacidos sanos (ley de Kasowitz) (12).

La infección es perfectamente evitable y si se trata a la madre durante el embarazo, el niño nace libre de la enfermedad (2), aunque algunos niños diagnosticados y tratados después del nacimiento pueden más tarde presentar algunas manifestaciones de sífilis congé-

nita tardía (estigmas) posiblemente como fenómeno de hipersensibilidad.

Como ya se mencionaba en la actualización y revisión realizada en 1969 en el I.M.I. (3), aunque los casos no han aumentado significativamente por año, los diagnósticos se siguen haciendo en el servicio una vez se revisa el niño después del nacimiento o en los controles siguientes en forma ambulatoria o dentro del algún manejo hospitalario concomitante al nacimiento o posterior.

Por su diseminación hematógena corresponde a sífilis de tipo secundario, dando manifestaciones a nivel hepático, óseo y mucocutáneo principalmente.

MANIFESTACIONES MUCOCUTANEAS

1. Penfigo palmoplantar: No siempre presente. Puede estar al nacimiento, son lesiones papulo-ampollosas localizadas solamente en palmas y plantas. Usualmente secas pero las ampollas pueden contener material seroso rico en treponemas, las cuales se "esterilizan" después de 2 días de tratamiento (altamente contagiosas) y de 2 a 4 días más tarde se secan y se desprenden dejando un lecho ulceroso que epiteliza 7 a 15 días después. (4). (Fotografía No. 1).

2. Lesiones úlcero-costrosas o pulo-ulcerativas: No presente al nacimiento, usualmente detectadas 1 a 2 semanas después del nacimiento en niños no diagnosticados. Pueden pasar inadvertidas o mal interpretadas. Se localizan preferentemente en las uniones mucocutáneas en la cara (boca y nariz) menos en los párpados, en la región perianal, dejando al sanar cicatrices alargadas irregulares conocidas como "regadías". Menos frecuentes se encuentran en los pliegues de flexión y en ocasiones se encuentran condilomas planos. (4). (Fotografía No. 2).

3. Coriza o Rinorrea Serosanguinolenta: Aparece como manifestación tardía 2 a 3 semanas siguientes al parto, sin embargo se dice que constituye la primera manifestación clínica de lúes prenatal. Se presenta como secreción abundante serosanguinolenta o seropurulenta con obstrucción nasal importante dificultando la respiración y la succión siendo el motivo de consulta; puede haber zonas vecinas de erosión en la nariz y labios.

MANIFESTACIONES OSEAS

Son de gran importancia, pueden encontrarse en cualquier momento de la enfermedad, desde el nacimiento hasta

las formas tardías. Pueden hallarse aún en ausencia de la mayoría de los otros síntomas acompañantes pero también pueden faltar ante cuadros clínicos con títulos serológicos positivos.

Son de 2 tipos:

La osteocondritis, que compromete la porción metafisiaria de los huesos largos (extremidad proximal del húmero, distal de fémur y proximal de tibia); se observa como bandas transversales radiolúcidas y en ocasiones se observan bandas radioopacas por debajo de ésta, cuando el compromiso es mayor se forman espículas óseas dando el aspecto de "dientes de sierra" (2). Cuando pasa inadvertido en el momento del nacimiento el dolor y la hipersensibilidad en las extremidades comprometidas presentan la Pseudoparálisis de Parrot, que se manifiesta por impotencia funcional de la extremidad sin compromiso de reflejos y sensibilidad, cediendo pocos días después de iniciado el tratamiento y recuperando el aspecto radiológico normal hacia los 2- a 3 meses de edad.

Menos frecuente es la periostitis y se manifiesta radiológicamente con aumento del espesor de la cortical y aspecto "en hojas" o capas de la diáfisis. (4). En pocas ocasiones se observan localizadas en la metafisis zonas de pérdidas de sustancia principalmente en la extremidad superior de la tibia (signo de Wimberger). (4) (Fotografías 3 y 4).

Con alguna frecuencia se producen fracturas a nivel de la metafisis o desprendimiento de la epífisis.

MANIFESTACIONES VISCERALES

1. Esplenomegalia: Es el signo más frecuente, se ha encontrado hasta en el 60% de los casos (6), puede encontrarse como manifestación única y persistir 1

o 2 meses después, ayudando en grado sumo al diagnóstico.

2. Hepatomegalia: Con afectación frecuente en unión con la esplenomegalia. En la mayoría de los casos cursa con ictericia precoz e hiperbilirrubinemia a expensas de la directa con transaminasas y fosfatasa alcalina elevada por inflamación difusa, constituyendo la hepatitis luética.

Las formas más graves se acompañan de gran hepato-esplenomegalia, con ascitis y anasarca por hipoproteinemia y afección renal (nefrosis) (8), palidez marcada por hemólisis y fenómenos purpúricos por trombocitopenia.

A nivel pulmonar cursa con neumonitis intersticial, conocida como "neumonía alba" poco diagnosticada y de pronóstico fatal.

Puede afectar el sistema nervioso central con abombamiento de las fontanelas, diastasis de suturas, convulsiones, hemorragia intracraneana, pleocitosis en el L.C.R. a expensas de linfocitos y aumento de las proteínas.

Cuando se acompaña de anemia hay compromiso del sist. hematopoyético con gran hemólisis y leucitosis.

Usualmente se mencionan las manifestaciones de la sífilis del recién nacido en forma global; por ejemplo dándole mayor frecuencia a la rinitis serosanguinolenta (coriza) y a las lesiones metafisiarias en huesos largos, pero la coriza solo se encuentra en los casos no diagnosticados al nacimiento; y no todos, tanto precoces como tardíos evidencian las lesiones óseas.

De los trabajos revisados sobre sífilis congénita precoz, solo la "Praxis médica" menciona formas clínicas (4).

Una forma banal (hepatoesplenomegalia, lesiones mucocutáneas), la forma

grave de comienzo brusco con signos alarmantes, anemia, rechazo del alimento y convulsiones de evolución mortal. (Manifestaciones no siempre atribuibles a la sífilis y que puede corresponder a cualquier tipo de infección del R.N.) y una última forma latente que no se revela sino en forma secundaria incluso la serología puede ser negativa al comienzo y solo se diagnostica en forma tardía.

Como no siempre se conoce el período de la sífilis materna y si recibió tratamiento en forma adecuada por la falta de un buen control prenatal y por la relativa frecuencia con que diagnosticamos SIFILIS CONGENITA en el servicio de Pediatría del I.M.I. que podemos clasificar la sífilis del recién nacido (sífilis congénita precoz) en 5 formas clínicas:

FORMAS CLINICAS

1. Forma asintomática o latente:

Diagnóstico solo por hallazgo serológico, positivos igual o mayor que la madre, sin antecedentes maternos o pocos (condilomas, sífilides, etc). Se convierte en la forma 5 si no se diagnostica precozmente.

2. Forma Leve:

Desde el nacimiento esplenomegalia, menos frecuente hepatomegalia en niños "aparentemente sanos". Puede haber antecedentes o no maternos como en el caso anterior y títulos serológicos similares.

3. Forma moderada:

Hepato o espleno o hepatoesplenomegalia desde el nacimiento, ictericia precoz con hiperbilirrubinemia bifásica moderada o leve, pocas veces lesiones presentes en huesos largos y pénfigo palmo-plantar. Títulos serológicos entre 1:16 a 1:64.

4. Forma grave:

Es la forma séptica; desde el nacimiento hepato-esplenomegalia, fenómenos purpúricos, ictericia precoz con hiperbilirrubinemia bifásica precoz e intensa y acompañado de palidez, anemia y leucocitosis. Manifestaciones neurológicas, con convulsiones, hipertensión endocraneana y episodios terminales de hemorragia intracraneal.

Lesiones en huesos largos usualmente metafisiarias transversales y radiolúcidas, menos frecuentes periostitis y fracturas.

Edema generalizado acompañándose de ascitis por hipoproteinemia y nefrosis, curso grave con hepatitis luética. Insuficiencia respiratoria aguda por neumonitis intersticial (neumonía alba), que cuando está presente es mortal, hay pénfigo palmoplantar en casi todos los casos y títulos serológicos altos.

5. Forma tardía:

Asintomático inicialmente el niño o pasando inadvertido en la etapa neonatal precoz; después de la segunda semana de edad y hasta los 3 meses se evidencia por rinitis o rинorrea serosanguinolenta persistente, esplenomegalia, regadías (lesiones maculares o ulcerativas en las uniones mucocutáneas), algunas veces ictericia residual o prolongada y el síntoma más importante: la lesión esquelética o pseudo parálisis de Parrot.

Hay lesiones de periostitis en los huesos largos y lesiones osteolíticas en las extremidades distales o proximales de éstos (signo de Wimberger); se encuentran fracturas patológicas y los títulos serológicos son altos o en ascenso si ha habido control serológico.

El diagnóstico de la sífilis del recién nacido se basa en el cuadro clínico y en el apoyo de las reacciones serológicas. Las respuestas serológicas del recién nacido con sífilis refleja los anticuerpos recibidos en forma pasiva a través de la placenta y los producidos activamente como respuesta a la infección. Siendo de valor si los títulos de dilución son mayor que los de la madre (2).

Un recién nacido de madre con lúes no es necesariamente "sifilítico", así el paso transplacentario de las reagentas maternas lo haga pasar equivocadamente por un enfermo sin estarlo, siendo solo portador de una serología positiva. La certeza de infección se hace por las determinaciones cuantitativas que evidenciaran descenso de los anticuerpos (4).

Si el niño es sano al nacer la enfermedad materna posiblemente es adquirida en el último trimestre del embarazo y los títulos serán débiles o negativos; únicamente la F T A puede aportar certeza con rapidez aunque en un 50 % pueden ser negativos. Para mayor tranquilidad se le debe hacer tratamiento al niño y se harán controles serológicos cuantitativos para detectar elevación de las reagentas.

Si el feto se contaminó en etapa temprana nacerá con serología positiva y con forma clínica sintomática de la sífilis pero los títulos serológicos se elevarán rápidamente siendo usualmente mayor que los de la madre. En estos casos los hallazgos clínicos son fundamentales.

"El tratamiento debe ser orientado principalmente en la consulta prenatal, si ésta falla o es deficiente no toca afrontar directamente el problema".

Si el tratamiento a la madre o el recién nacido no fue eficaz se traduce en la es-

tabilidad o aumento de los títulos de reaginas.

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis son: "no específicas", siendo más de 6 las existentes hasta el momento de las cuales el VDRL es la más confiable y de fácil realización. Aunque tiene un porcentaje alto de pruebas serológicas falsas positivas en la madre sin embargo los títulos mayores en el niño sospechoso confirman la enfermedad.

Las pruebas "específicas", son más de 12 siendo las de mayor importancia la ITP, la FTA — ABS y la IGM, FTA — ABS, de las cuales las dos últimas son las de mayor especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de sífilis in útero, sin embargo el costo de ellas limitan su uso (17).

Rein y Reyn sentaron los siguientes principios en el diagnóstico de la sífilis de la embarazada y del neonato: (2)

Toda mujer embarazada con serología + debe investigarse para determinar si sufre sífilis (FTA) o si es una reacción falsa +. Si no es posible se trata a la paciente para proteger al feto, después del nacimiento se hará vigilancia serológica.

Una prueba serológica negativa en un neonato no excluye la sífilis in útero, pues un feto infectado en la etapa tardía de la gestación puede desarrollar pruebas positivas tiempo después del nacimiento.

La desaparición de la circulación de las reaginas maternas por transferencia pasiva al niño desaparecen entre 3 a 4 semanas después del nacimiento; no siendo responsable de pruebas serológicas + después de 3 meses de nacido ni se encontrarán pruebas específicas después de los 6 meses.

Entre más alto es el título serológico materno al nacer más probabilidad de positividad en el recién nacido y más tiempo se extenderá en negativizarse.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los casos de sífilis diagnosticados en 1976, 1977, 1978 y los primeros meses de 1979, en recién nacidos de 2.5 Kg, y en el servicio de lactantes. Lactantes.

Al mismo tiempo se recopilaron las cifras de recién nacidos mortinatos, recién nacidos hospitalizados y los muertos para precisar la morbilidad y mortalidad de esta patología en el I.M.I.

Además el formulario de datos se orientó para tratar de agrupar los casos revisados en las diversas formas clínicas que usualmente vemos en nuestro hospital y formamos una idea del pronóstico y evolución de cada una de las formas clínicas propuestas.

Del total de casos encontrados con diagnóstico de sífilis congénita que fueron 168, correspondieron a 161 al servicio de Pediatría y 7 al archivo de Patología.

De éstos, 77 casos eran positivos para sífilis congénita, diagnosticados por el hallazgo clínico y los resultados de la serología (VDRL); prueba de floculación en lámina, mayor de 1:16 o si los dos títulos de dilución eran en el niño mayores que los de la madre.

37 casos se descartaron por:

Sospechosos por madre con condilomas pero niños sanos y sin serología; 7 casos.

Sospechosos por hepato-esplenomegalia al nacer o poco después pero sin serología; 12 casos.

Sospechosos por antecedentes de sífilis materna pero niños sanos y con serolo-

gía con títulos más bajos que la madre; 18 casos.

En 14 no se encontró historia materna ni la historia del recién nacido; 40 no tenían historia de recién nacido y no coincidían con el diagnóstico de sífilis.

De los casos encontrados positivos para sífilis del recién nacido (77), se hicieron 5 grupos según las manifestaciones clínicas para determinar la cantidad de casos para cada uno de ellos y su mortalidad.

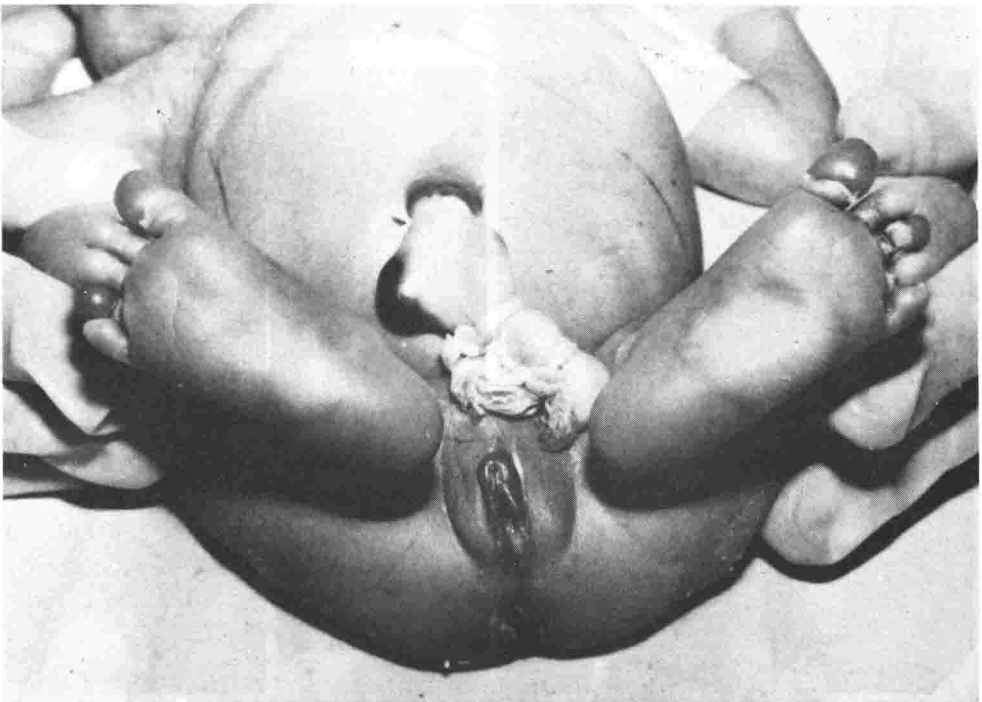
RESULTADOS

En el I.M.I. entre el 1º de enero de 1976 a 30 de junio de 1979 nacieron 69.060 niños (ver cuadro No. 3) y se recibieron 1.803 mortinatos. Del total de recién nacidos se hospitalizaron 16.242 (23.5%) con diversos grados de

problemas con una mortalidad global del 12.5% (2.032) y correspondiendo a la sífilis el 5% de las hospitalizaciones y el 1% de la mortalidad; diagnosticándose 2 casos por mes en promedio, con una incidencia del 1%. De los casos encontrados la mayor cantidad 58 (75%) se encontró entre 1977 y 1978 (cuadro No. 4).

De los 77 casos que resultaron como sífilis del recién nacido, 34 niños (44%) eran del sexo femenino y 43 (56%) masculino (gráfica 1). Del total de casos fallecieron 25 (33%) correspondiendo a: muerte neonatal inmediata: 2 casos (8%) de 1 día; muerte neonatal precoz: 15 casos (60%) de 1 a 7 días; muerte neonatal tardía: 8 casos (32%) de 8 a 28 días; (gráfica 2).

Al seleccionar los casos según los grupos de peso convencionales encontramos



No. 1. Obsérvese las lesiones ampollosas de aspecto blanquecinas en las plantas, las cuales

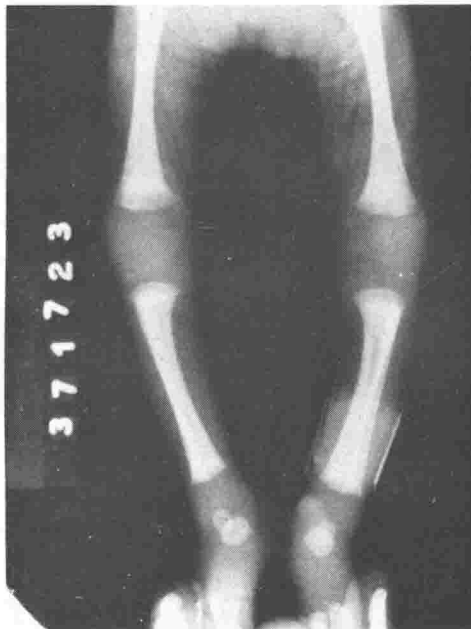
se han desprendido en los dedos de las partes profundas de la piel.

que solo 27 (35%) casos tenían peso mayor de 2.5 Kg., el 61% (47 casos) con peso de 1.500 a 2.500 gramos (gráfica 3), cifras que concuerdan bastante con las de edad gestacional (gráfica 4) pues aunque en 9 (12%) no se consignó la edad gestacional el 44% (34 casos) tenían menos de 38 semanas.

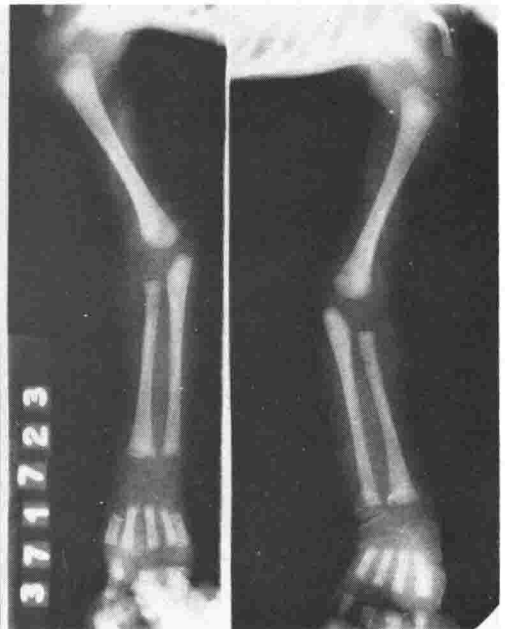
Al mismo tiempo al compararlo con las tallas por grupo de 5 cms. (ver gráfica 5) 36 casos (47%) tenían 41-45 cms. y la misma cantidad con más de 45 cms.

De otro lado la cifra promedio fue de 2.350 gramos y la talla promedio de 45 cms. Estas cifras son importantes pues en nuestra serie la tendencia es de ser niños con prematurez más que de peso bajo.

No. 2. Lesión ulcerativa sobre el surco nasogeniano en un niño de 2 semanas de edad, con bordes bien definidos y aspecto de Chancro; es la lesión conocida posteriormente como "regadías".



No. 3. Radiografías mostrando las lesiones destructivas de las extremidades de los huesos largos. En cúbito derecho aspecto de "dientes



de sierra" y en el izquierdo desprendimiento de la epífisi (forma clínica 3 y 4).

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS, HOSPITALIZACIONES, CASOS DE SIFILIS X AÑO

	1976	1977	1978	1979	TOTAL
Recién Nacidos	18.270	20.760	21.421	8.609	69.060
Mortinatos	482	507	521	293	1.803
Hospitalizados	3.835	4.526	5.410	2.451	16.242
Muertes	475	611	648	298	2.032
Sífilis del R.N.	6	16	42	13	77
Muertes por Sífilis	0	8	15	2	25

Cuadro No. 4

DISTRIBUCION DE CASOS DE SIFILIS POR AÑO REVISADO

	Casos	Muertes
1976.	6	0
1977.	16	8
1978.	42	15
1979.	13	2
	77	25

En cuanto a los antecedentes maternos 59 (75%) tenían de 16 a 25 años (gráfica 6) y el 73% (56 casos) tuvieron hasta 3 gestaciones (gráfica 7) y solo 13 casos (17%) tenían antecedentes de 4-6 gestaciones; sin embargo solo 14 (18%) de las madres tenían antecedentes de aborto, 1 sola tuvo 5 abortos y en un solo caso se encontró mortinato (cuadro No. 5).

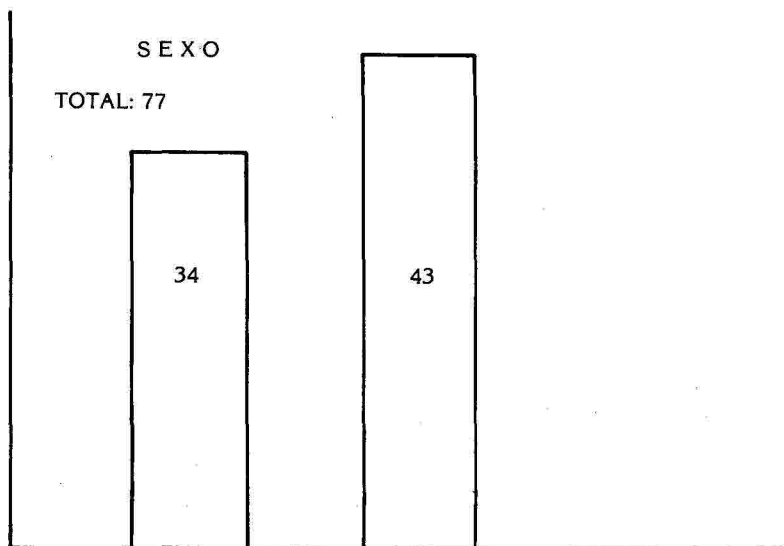
Estas cifras hacen pensar que la enfermedad sífilítica era de evolución reciente (en la madre), dada la corta edad del promedio de madres (23 años), las pocas gestaciones en las mayorías de

ellas y el escaso antecedente de abortos y mortinatos.



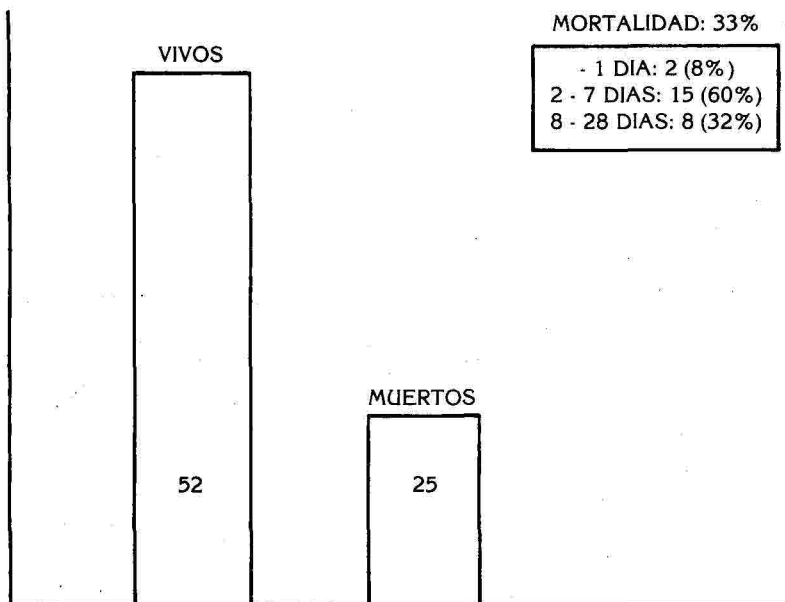
No. 4. Lesiones radiolúcidas transversales en las metafisis de los huesos largos e imágenes de periostitis (forma clínica 5).

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



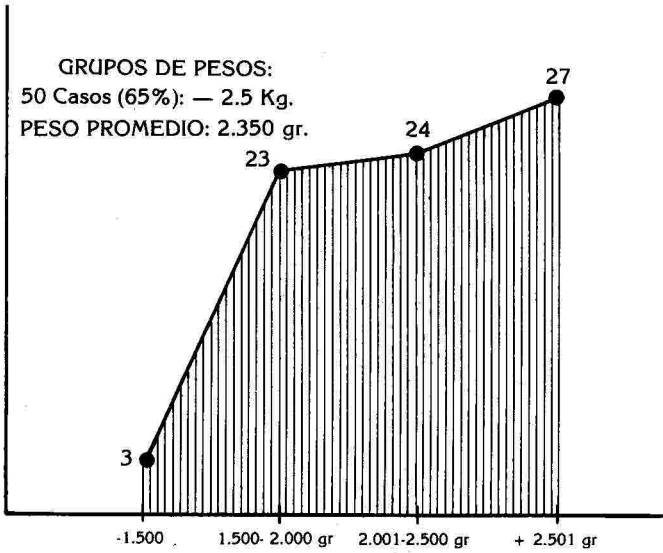
Gráfica No. 1

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



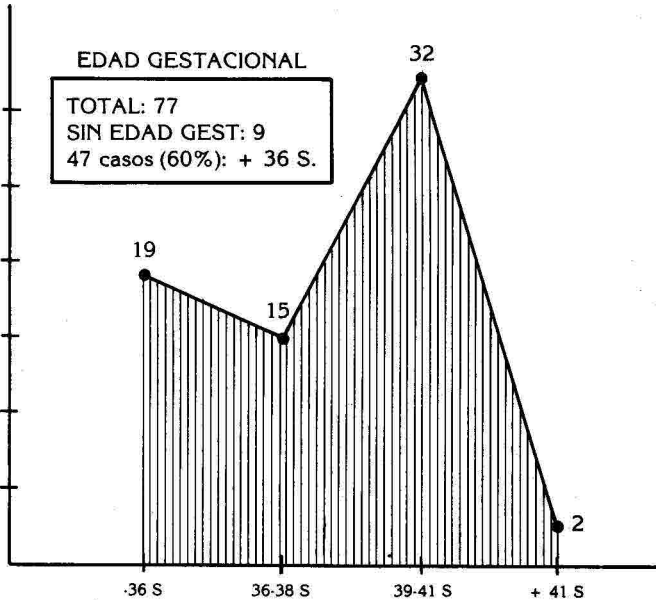
Gráfica No. 2

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



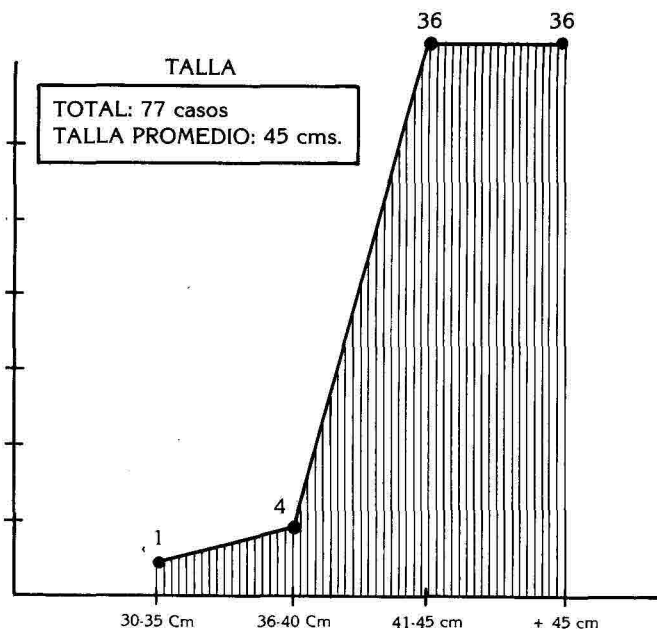
Gráfica No. 3

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



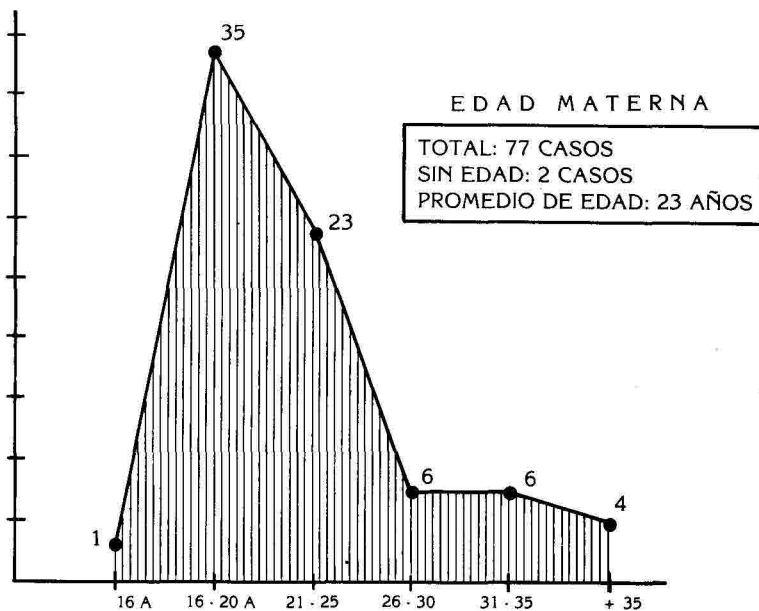
Gráfica No. 4

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I



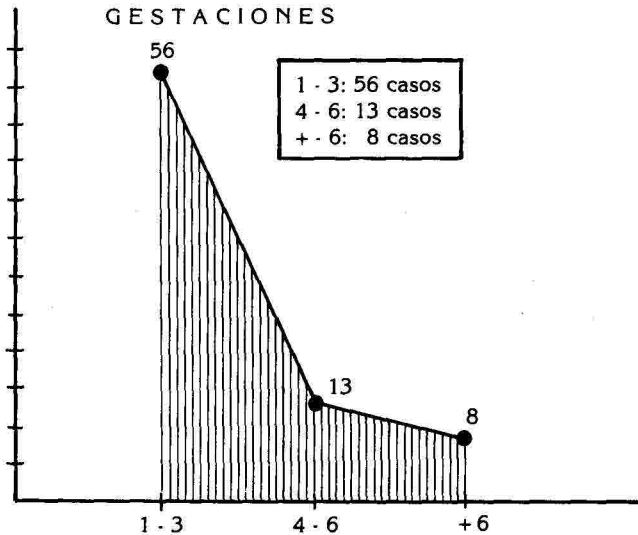
Gráfica No. 5

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



Gráfica No. 6

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



Gráfica No. 7

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO

Sin antecedentes de abortos:	63 Casos
Con antecedentes de abortos:	14 Casos (18%)
Con antecedentes de mortinatos:	1 Caso.
1 Aborto:	7 Casos.
2 Abortos:	5 Casos.
3 Abortos:	1 Caso.
5 Abortos:	1 Caso.

Cuadro No. 5

Como ya lo habíamos mencionado solo en 15 (19%) se hizo control prenatal. 18 (24%) no tenían control y en 44 (57%) se desconocía este antecedente.

De los que tenían control prenatal en solo 7 casos (46%) tenían serología materna y en 12 casos (16%) se detectaron condilomas, (cuadro No. 6).

Se dice que la sífilis prenatal o adquirida en útero por el niño puede ser total-

mente evitable (2) con control prenatal adecuado. En nuestro medio sigue siendo de importancia el diagnóstico precoz por el servicio de pediatría, aprendiendo a reconocer o sospechar la enfermedad por los signos predominantes. Según lo afirmado por Thomas (2) el 25% de los fetos infectados en el útero son mortinatos, el 25-30% fallecen después del nacimiento (en nuestra serie el 33%) y el 40% podrían desarrollar la sífilis congénita tardía al pasar inadvertida o no tratarla en forma adecuada, que para nuestro caso por uno que diagnosticamos dos se pasan sin diagnóstico.

En la gráfica 8 están las manifestaciones presentes al nacimiento; el 65% (50 casos) son de peso bajo (—de 2.5 Kg.), el 48% (37 casos) con esplenomegalia y el 44% (34 casos) con hepatomegalia o sea que de cada 2 niños con sífilis al nacimiento deben ser de peso me-

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

<p style="text-align: center;">CONTROL PRENATAL:</p> <p>SI: 15 Casos (19%) NO: 18 Casos (24%) X : 44 Casos (57%)</p>	<p style="text-align: center;">CONDILOMAS</p> <p>SI: 12 Casos (15.5%) NO: 65 Casos (84.5%)</p>
<p style="text-align: center;">ANTECEDENTES DE SEROLOGIA:</p>	<p>SI: 7 Casos (9%) NO: 70 Casos (91%)</p>

Cuadro No. 6

nor de 2.5 Kg., tener hepato-espleno o ambas. Menos frecuente es el pégfigo palmo-plantar al nacimiento que solo se encontró en el 10% (8 casos).

Posterior al nacimiento (gráfica 9) se encontró ictericia precoz en 42 casos (54%), esplenogamia en 27 casos (35%), hepatomegalia en 18 (23%) y edemas en 4 (5%), siendo muy pocas las manifestaciones de petequias, rí-norrea, convulsiones e hipertensión endocraneana.

Si reunimos las principales manifestaciones al nacimiento y las encontradas posteriormente (gráfica 10) vemos que básicamente el diagnóstico de sífilis en el recién nacido se hace con la presencia de esplenomegalia (83%), al ser de peso bajo (—de 2.5 Kg.) el 65%, presentar además hepatomegalia (67%) y cursar con ictericia precoz (54%) y que se confirma con el hallazgo serológico (89%), gráfica 11.

En cuanto al aspecto radiológico (de gran valor diagnóstico) del total de casos se hizo estudio radiológico a 32 ni-

ños (42%). Solicitamos siempre huesos largos y cráneo; aunque es infrecuente encontrar lesiones en este último.

En 20 (63%) los huesos largos eran negativos y en 12 (37%) había lesiones.

Del total de estudios radiológicos negativos:

- 1 Caso correspondió a la forma Clínica I.
- 8 Casos a la forma clínica II.
- 10 Casos a la forma clínica III.
- 1 Caso a la forma clínica IV

De los estudios positivos:

- 2 A la forma II
- 8 A la forma III
- 1 A la forma IV
- 1 A la forma V

De las lesiones en huesos largos:

11 presentaban “bandas radiolúcidas transversales metafisiarias” y solo con periostitis.

Los huesos largos se encontraban afectados por igual siendo de menor compromiso el peroné y en 1 caso se encontró lesiones en los huesos ilíacos.

Fémur: 10 casos
 Húmero: 8 casos
 Cúbito: 8 casos
 Tibia: 7 casos
 Radio: 8 casos
 Peroné: 4 casos
 Iliacos: 1 caso

Al relacionar los títulos de dilución con la presencia, o no de lesiones en huesos largos se encontró que (ver cuadro No. 7) los títulos más altos no necesariamente se asociaba con estudios radiológicos positivos, inclusive el paciente que tuvo los títulos más altos (No. 13) los huesos largos no evidenciaron lesiones y por el contrario niños con lesiones "típicas" en los huesos largos presentaron serologías con diluciones bajas (No. 8).

En el mismo cuadro encontramos también que 10 con estudios negativos eran de la forma clínica III y 1 de la IV.

Además, de los 25 muertos, 16 cursaron con cuadros clínicos en su mayoría mortales y que contribuyeron a su desenlace fatal: (gráfica No. 12).

11 (44%) con sepsia
 2 (8%) con E.M.H.
 3 (12%) con enterocolitis necrosante

Por último solamente se hizo tratamiento a 25 (32%) de las madres y a 75 de los pacientes, de los cuales solo se alcanzó a hacerle controles serológicos a 1 (gráfica No. 13).

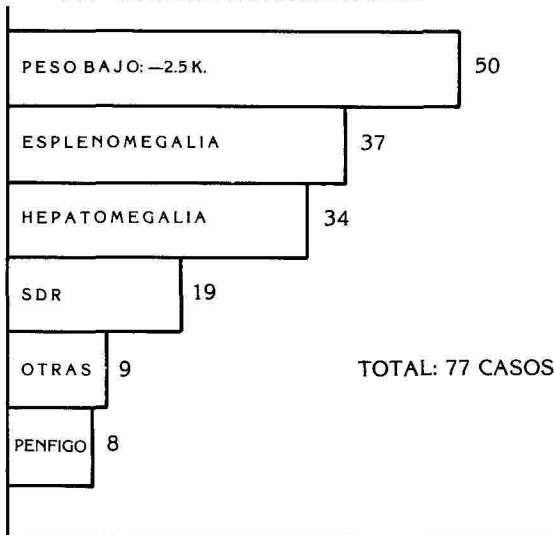
De los casos tratados 41 (55%) se inició el tratamiento desde el primer día y 34 (45%) desde la primera semana, y es debido al alto grado de sospecha.

De las 5 formas clínicas propuestas se encontraron:

9 casos de la forma I y sin muertos.
 35 casos de la forma II y 6 muertos.
 22 casos de la forma III y 12 muertos.

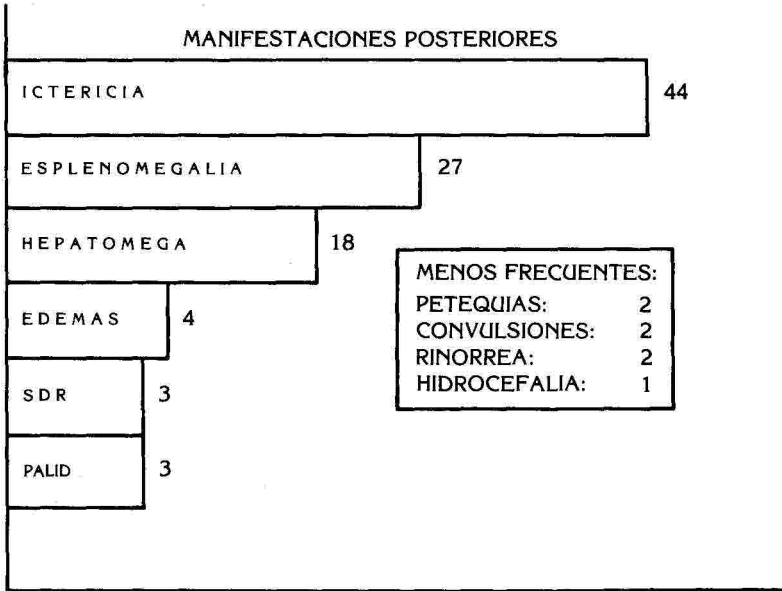
SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.

MANIFESTACIONES AL NACIMIENTO



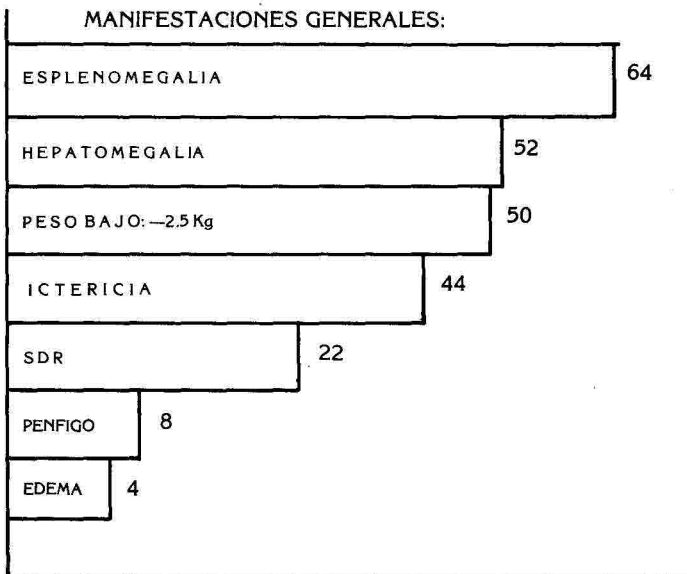
Gráfica No. 8

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I . M . I .



Gráfica No. 9

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.



Gráfica No. 10

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I

TIPO DE DIAGNOSTICO	
SEROLOGICO	69
CLINICO	56
PATOLOGICO	16
RADIOLOGICO	7
TOTAL	

Gráfica No. 11

PATOLOGIA ASOCIADA:

Sepsis	11 Casos
Enfermedad de membranas hialinas	2 Casos
Enterocolitis necrosante	3 Casos
Aspiración Meconial	2 Casos
Exanguinotransfusión	1 Caso
Hemorragia Intracraneana	1 Caso

Gráfica No. 12

9 casos de la forma IV y 7 muertos
2 casos de la forma V y sin muertos

Como se ve 31 casos (40%) correspondieron a las formas más graves (III y IV) con una mortalidad del 76% (19

casos), y 11 casos (14%) a las formas I y V que pueden evolucionar a la sífilis tardía del recién nacido si no se diagnostican y se tratan en forma adecuada. (No encontrándose más canti-

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO RELACION ENTRE SEROLOGIA — RX Y FORMAS CLINICAS

Casos	Hijo	Madre	RX	Forma Clínica	Vivos	Muertos	Observaciones
1	1/64		+	II	X		
2	1/32	1/32	+	III		X	
3	1/64		+	V		X	
4	—	—	+	IV			
5	—	—	+	IV			
6	1/64		+		III	X	
7	1/128	1/128	+	II	X		
8	1/8	1/16	+	III		X	
9	1/32	+	+	III		X	
10	1/64	1/128	+	IV		X	
11		1/64	+	III		X	
12	1/32	1/64	+	III		X	
13	1/512	1/64	—	III	X		
14	1/64	1/128	—	III	X		Padre 1/16
15	+		—	II	X		
16	1/4	+	—	I		X	
17	1/1	+	—	III	X		
18	+	+	—	III	X		
19		1/32	—	III		X	
20	+	+	—	IV		X	
21		1/32	—	III	X		
22	+	+	—	III		X	
23	1/32	1/32	—	II	X		
24	+		—	III		X	
25	1/64 1/128	1/512	—	II	X		15 días 1/128 3 meses 1/4
26	1/32		—	II	X		
27	1/4		—	III		X	
28	1/16	1/32	—	II	X		
29		+	—	III	X		
30	1/4		—	II	X		
31	1/4	1/4	—	II	X		
32	1/4		—	II	X		

Cuadro No. 7

dad de casos de la forma V por ser niños recién nacidos tardíos o lactantes menores que consultan a otro hospital Pediátrico).

Para poder completar nuestro estudio revisamos los casos diagnosticados como "sífilis" en el Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia durante el mismo tiempo que cubrió la revisión encontrándose 10 casos de los cuales 5 (50%) habrían nacido en el I.M.I. y el resto en la casa, habiendo pasado inadvertido o sin diagnosticar al nacimiento (ver cuadro No. 8).

El de menor edad de 23 días y de mayor edad 4 meses, pero la mayoría estaba dentro de los 2 a 3 meses de vida.

4 (40%) tenían estudios radiológicos positivos siendo de predominio periostítico y osteolítico y 1 con lesiones destructivas en cráneo. 1 caso (10%) tenía huesos largos normales y el resto no se le solicitaron.

En cuanto al cuadro clínico:

5 (50%) tenían esplenomegalia

5 (50%) rinorrea

2 (20%) paresia de miembros inferiores

3 (30%) S.D.R. alto

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO —FORMA V— CASOS HOSP. DE LA MISERICORDIA

Casos Nacim.	Edad A.	Ing. Serología	RX	Síntomas y Signos	
1	Casa	23 días	Diluc. + hijo	No se hizo	Esplenomegalia, rinorrea, paresia de miembros.
2	I.M.I.	3 meses	Madre 1/36	Lesiones osteolíticas en huesos largos y cráneo.	Esplenomegalia, regadías, anemia severa.
3	Casa	Hijo 1/512 3 meses	Hijo 1/32	Lesiones en metafisis y diáfisis de huesos largos.	Paresia de miembros.
4	I.M.I.	3 meses	Madre con sífilis diagnosticada al 6º mes.	No se hizo	Rinorrea Purulenta
5	Casa	2 meses	Hijo 1/16	Periostitis y osteolitis	Esplenomegalia, rinorrea
6	I.M.I.	2 meses	Madre e hijo +	No se hizo	tos, S.D.R., exantema.
7	Casa	1.½ mes	Hijo 1/32	Negativos	Hepato-espleno, rinorrea, epistaxis.
8	I.M.I.	4 meses	Madre 1/8 Padre 1/8 Hijo no	No se hizo	Hepato-espleno, ictericia, rinorrea.
9	Casa	2 meses	Madre 1/4 Hijo VDRL (+)	No se hizo	Fiebre, cianosis, tos.
10	I.M.I.	3 meses	Hijo, madre y padre	Periostitis en huesos largos	Tos emetizante, convulsión, fiebre.

Cuadro No. 8.

Como dato curioso de estos 10 casos 2 eran hermanos (No. 7-10) productos de la 2ª. y 3ª gestación, nacido uno en el I.M.I. y el otro en la casa y además habiendo recibido la madre tratamiento después del parto del 1er. niño afectó desarrollando sin embargo el siguiente niño la enfermedad.

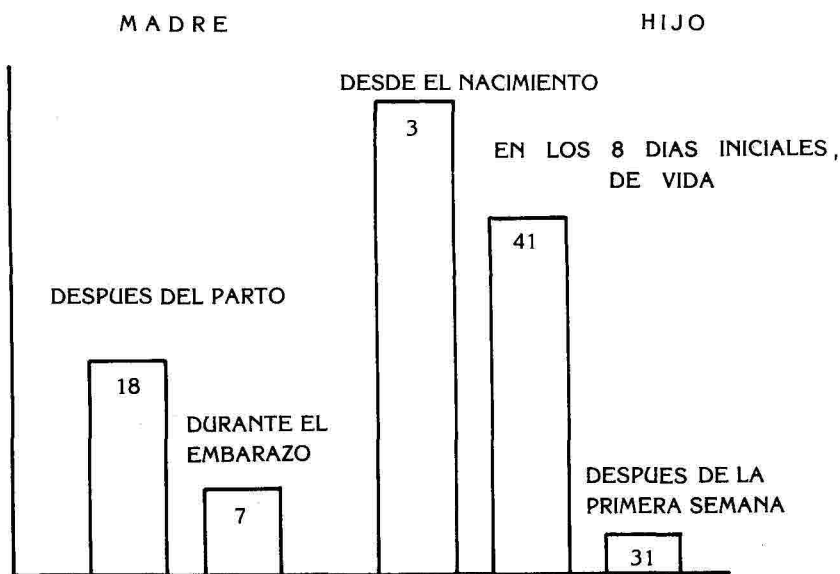
Pero debemos resaltar que 35 (45%) son de las formas II o sea que se hizo el diagnóstico por la presencia de esplenomegalia y se confirmó por la serología.

De los casos descartados 18 podían corresponder a la forma I, y 12 a la forma clínica II si se hubieran hecho los controles serológicos adecuados.

Al distribuir la mortalidad en cada una de las formas clínicas se encontró que las principales causas de muerte fueron debidas a Sepsis y S.D.R, posiblemente debido a la prematurez de gran parte de los casos (gráfica No. 14).

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.

TRATAMIENTO:



Gráfica No. 13

SIFILIS DEL RECIEN NACIDO I.M.I.

MORTALIDAD SEGUN LAS FORMAS CLINICAS:

I	0	—
II	SEPSIS	4
	ENTEROCOLITIS	1
	S.D.R	
III	S.D.R.	6
	SEPSIS	2
	ENTEROCOLITIS	2
	SIN PRECISAR	4
IV	SEPSIS	5
	S.D.R.	2
V	0	

Gráfica No. 14

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se revisaron los casos de sífilis del recién nacido diagnosticados en el Instituto Materno Infantil de Bogotá en el lapso de 3 y ½ años.

Del total de casos encontrados (168) solo se confirmó el diagnóstico en 77.

A la sífilis del recién nacido correspondió el 5% de las hospitalizaciones y el 1% de la mortalidad durante el lapso de tiempo estudiado.

Se diagnosticaron 2 casos por mes en promedio y la incidencia fue de 1%.

No se encontró predominio de sexo. La mortalidad fue del 33% correspondiendo el 60% de ésta en la primera semana de vida.

El 61% de los casos correspondió a niños con peso de 1.500 gramos a 2.500 y el 44% tenían menos de 38 semanas de edad gestacional. El peso promedio fue de 2.350 gramos y la talla promedio de 45 cms. La edad materna promedio de 23 años y el 75% tenían de 16 a 25 años y el 73% solo habían tenido hasta 3 gestaciones; con pocos antecedentes de abortos, solo el 18% y 1 solo caso con antecedente de mortinato.

De las madres solo el 19% tuvo control prenatal y de éstas al 46% se determinó serología.

En cuanto a las manifestaciones clínicas detectadas al nacimiento o poco después se encontró que el principal es

la esplenomegalia (83%) siguiendo la hepatomegalia (67%), peso menor de 2.5 Kg el 65%, la ictericia precoz el 54% y el péñfigo palmo-plantar en solo el 10% y la coriza en el 3%.

A 32 niños (42%) se le practicó estudio radiológico, en 20 de estos (63%) eran negativos y el 12 (37% con lesiones óseas o sea 15% del total de casos encontrados.

De los 12 casos positivos, 11 presentaban bandas radiolúcidas metafisiarias y solo 1 con periostitis.

Se encontró además que los títulos altos de dilución no necesariamente se asoció con lesiones óseas.

Las causas de muertes más importantes fueron la sepsis (44%), la E.M.H el 8% y la enterocolitis necrosante en el 12%.

Solamente el 32% de las madres recibió tratamiento y el 97% de los niños.

De las 5 formas clínicas propuestas y que se encontraron en la revisión la mayoría de los casos correspondieron a la forma II (35) o sea los diagnosticados con la sola presencia de esplenomegalia; la mayor mortalidad corresponde a las formas III y IV (76%) y las formas I y V no tuvieron muertes pero pueden convertirse en la forma tardía de la sífilis congénita cuando no se diagnostica o se trata antes de los 2 años de vida.

Por último al revisar los casos de sífilis diagnosticados en un Hospital Pediátrico durante el mismo tiempo de la revisión se encontraron 10 (forma clínica V) de los cuales el 50% habían nacido en el I.M.I., el 40% tenían estudios radiológicos positivos, el 50% tenían esplenomegalia-rinorrea y el 20% paresía de miembros superiores.

Además 2 de estos pacientes eran her-

manos nacidos con diferencia de 1 año con manifestaciones de la enfermedad en el 2º niño aun habiendo recibido tratamiento la madre.

ANOTACIONES AL TRATAMIENTO

Aunque se aceptan mundialmente la penicilina como tratamiento único para la sífilis del recién nacido los esquemas que se exponen son diversos y tienden a confundir principalmente por las diversas formas clínicas. Nosotros utilizamos en base a éstas el siguiente esquema:

FORMAS CLINICAS I — II — V.:

Penicilina Benzatínica en dosis total de 1.200.000 unidades en una sola dosis o repartida en 2, 3 o 4 dosis semanal.

Controles serológicos cada 2 o 4 semanas hasta el tercer mes de edad.

FORMAS CLINICAS III y IV.:

Penicilina cristalina 50.000 unidades cada 12 horas. I.V o I.M. por 10 días. Se puede utilizar dependiendo de las condiciones del niño una dosis de penicilina procaínica de 100.000 unidades diariamente por 10 días.

Sin embargo el mayor enfoque está dirigido últimamente hacia la sífilis del sistema nervioso y se recomienda hacer punción lumbar a todos los casos y si se encuentra pleocitosis, proteinorrea y V.D.R.L., o F.T.A.—ABS positivo en el L.C.R. se hará tratamiento por 10 días y si es negativo se aplicará una dosis total de penicilina benzatínica de 1.200.000 unidades.

En todos los casos se hará tratamiento a los padres o contactos con 2.400.000 a 4.800.000 unidades de penicilina benzatínica.

REFERENCIAS

1. Brown J. J. y Moore M.B.
Congenital Syphilis in the United States.
Clin. Ped. 2: 220, 1963.
2. Curtis A., Philpott Osgoode.
Sífilis Prenatal
Clin. Med. Nort. Am. 707-719. mayo de 1964.
3. Edgar Rey Sanabria.
Lues Congénita.
Rev. Pediatría Vol. XII No. 3, 218 - 225, nov. 1971.
4. Praxis Médica.
Editorial
9,055, Pág. 6-10. 1971.
5. Thomas, E.W.
Syphilis: Its Course and Management.
New York. Mac Millan Co., 1949.
6. Kampmeir, R.H.
Essentials of Syphilology.
Philadelphia J.B. Lippincott Co. 1943.
7. Rein, C.R y Reyn. A.
Serology of Trepanomatoses.
Bull World Health Org. 14: 193, 1956.
8. Reynoso G. M. y Vargas R. R.
Sífilis Congénita con Síndrome Nefrótico. (nefrótico).
Bol. Med. Hosp. Infan. Vol. XXXVI, 425-432. mayo-junio 1979.
9. Rudolph A. H., y Ducan W.C.
Sífilis, diagnóstico y tratamiento.
Clin. Obst. y Gin. 155-17, marzo de 1975.
10. Pariser.
Sífilis infecciosa.
Clin. Med. de Nort. Am., 625-636, mayo de 1964.
11. Miller. J.
Valor y limitación de las pruebas treponémicas y no treponémicas en el diagnóstico de laboratorio para sífilis.
Clin. Obst. y Ginc., 181-191. marzo de 1975.
12. Fiumara N.
Sífilis del recién nacido.
Clin. Obs. y Gin., 179-191. marzo de 1975.
13. División de información.
Ministerio de Salud Pública. SPA-F 30.
14. Normas Nacionales. Subprograma control de enfermedades venéreas. Ministerio de Salud Pública. 1979.
15. Casos notificados de enfermedades de Declaración obligatoria en las Américas en 1973. Publicación No. 315. O.P.S. 1976.
16. Nicholas L.
Pruebas de laboratorio para diagnóstico de la sífilis.
Consulta. 13-14. agosto de 1974.
17. Gillespi E. y Brown B.C.
Nuevos métodos de laboratorio para diagnóstico y tratamiento de la sífilis.
Clin. Med. de Noth. Am. 731-741. mayo de 1964.