

República de Colombia  
**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

# **GUIA DE ATENCION DE LA SIFILIS CONGENITA**

**CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ**

# **GUIA DE ATENCION DE LA SIFILIS CONGENITA**

**VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ**

Ministro de Salud

**MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA**

Viceministro de Salud

**CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS**

Director General de Promoción y Prevención

# TABLA DE CONTENIDO

<b>1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES .....</b>	<b>5</b>
2.1 HISTORIA NATURAL .....	5
2.2 FACTORES ASOCIADOS A LA ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN POR LA MADRE .....	6
2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN VERTICAL MADRE-HIJO.....	7
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>4. POBLACION OBJETO .....</b>	<b>7</b>
<b>5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN .....</b>	<b>7</b>
5.1 DETECCIÓN.....	8
5.2 DIAGNÓSTICO .....	8
5.2.1 Estudio del recién nacido con sífilis congénita .....	8
5.2.2 Diagnóstico diferencial de la sífilis congénita .....	9
5.3 TRATAMIENTO .....	9
5.3.1 Tratamiento de la sífilis gestacional .....	9
5.3.2 Tratamiento de la sífilis congénita.....	10
5.3.3 Tratamiento de la sífilis en lactantes y niños mayores .....	11
5.3.4 Alergia a la Penicilina .....	11
5.3.4.1 Recomendaciones .....	12
5.3.4.2 Pruebas Cutáneas de Alergia a Penicilina.....	12
5.3.4.3 Reaginas (Adaptado de Beall) .....	13

5.3.4.4	<i>Procedimientos</i>	13
5.3.4.5	<i>Desensibilización</i>	14
5.3.5	Infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)	15
5.3.6	Soporte social	15
5.4	SEGUIMIENTO	15
5.4.1	Seguimiento de las mujeres con sífilis gestacional	15
5.4.2	Seguimiento de los niños y las niñas con sífilis congénita	15
5.5	REHABILITACIÓN	16
5.5.1	Alteraciones orgánicas y funcionales	16
5.5.1.1	<i>Compromiso del sistema nervioso</i>	16
5.5.1.2	<i>Alteraciones de los órganos de los sentidos</i>	17
5.5.1.3	<i>Alteraciones del sistema osteomuscular</i>	18
6.	<b>FLUJOGRAMAS</b>	<b>20</b>
7.	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>23</b>

## 1. JUSTIFICACIÓN

La guía de atención para la sífilis congénita (SC) comprende los lineamientos para la orientación de los procedimientos de: educación para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, y rehabilitación de esta enfermedad.

La guía de atención determina los pasos mínimos a seguir y el orden lógico y secuencial de los mismos que aseguren la calidad de los servicios, incluyendo su oportunidad, para garantizar su impacto y la satisfacción del usuario.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública; Existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país. El plan para la eliminación de la sífilis congénita, adaptado del plan propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2000 por medio de la detección y el diagnóstico precoz, y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil.

Entre las estrategias fundamentales para lograr la eliminación de la SC están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es *prevenir* la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación, o cuando menos tratarla in útero, y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya se ha transmitido la infección. Para lo anterior es fundamental la normatización de los procesos de atención de la sífilis gestacional (SG) y de la sífilis congénita (SC) en el marco del plan obligatorio de salud

## 2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Transmitida de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo.

### 2.1 HISTORIA NATURAL

La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del humano de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* y que se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infeccio-

nes crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades si no es detectada y tratada adecuadamente. La SC es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al fruto de la gestación, que puede ocurrir *in utero* por paso transplacentario o durante el paso a través del canal del parto, y que le es transmitida verticalmente por su madre infectada y quien no ha sido tratada adecuadamente.

La probabilidad de que la enfermedad se transmita de una madre infectada que no ha recibido tratamiento a su hijo es de aproximadamente 70%, pero tiene rangos amplios (30-100%) dependiendo del tiempo de la primoinfección de la madre. La transmisión de la sífilis ocurre *in útero* pero las manifestaciones clínicas aparentes en el fruto de la gestación son muy variables determinando el período de incubación clínico en el fruto de la gestación.

La infección sifilítica del feto produce, dependiendo de su severidad: aborto tardío espontáneo (20 - 40%), mortinato (20 - 25%), parto pretérmino (15 - 55%) con infección congénita, recién nacido vivo a término con infección congénita (40 - 70%). La infección congénita puede manifestarse, según su severidad, como muerte neonatal, enfermedad neonatal, o infección latente, pudiendo desarrollar secuelas tardías.

La muerte prenatal es el resultado más frecuente, pues ocurre entre el 40% y hasta el 70% de las gestaciones de mujeres con sífilis no-tratada o tratada inadecuadamente; la mayoría de los recién nacidos vivos son asintomáticos pudiendo desarrollar manifestaciones tardías. Las manifestaciones clínicas pueden ser tempranas o tardías, su espectro es muy variado.

## ***2.2 Factores asociados a la adquisición de la infección por la madre***

- Contacto sexual de riesgo.
- Conducta sexual riesgosa.
- Presencia de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad.
- Enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo en la actualidad o en el pasado.
- Consumo de drogas psicoactivas (marihuana, basuco, cocaína, heroína, alcohol, etc.) que disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual.

- Nivel socioeconómico o educativo bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura en los servicios de salud, una mayor incidencia al abuso y al trabajo sexual, y un menor nivel de la mujer en la familia.

### **2.3 Factores asociados a la transmisión vertical madre-hijo**

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita; el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad.

La oferta de los servicios en el proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir los procedimientos de:

- Educación para la prevención
- Detección
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento.
- Rehabilitación

## **3. OBJETIVOS**

Prevenir la diseminación de la sífilis congénita, permitir un diagnóstico precoz, así como ofrecer un tratamiento eficaz y oportuno que evite las secuelas y la muerte.

## **4. POBLACION OBJETO**

Son beneficiarios de esta guía todas las mujeres gestantes y los recién nacidos afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

## **5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

## 5.1 DETECCIÓN

La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en la búsqueda sistemática en todas las gestantes durante el control prenatal, a través de la realización de pruebas serológicas no-treponémica (RPR o VDRL) durante:

- La primera consulta de atención prenatal.
- Si existen factores de riesgo se debe hacer prueba no treponémica en el tercer trimestre de gestación.
- Al momento de la terminación de la gestación, sea un aborto, mortinato, parto pretérmino o parto a término por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea) para establecer el diagnóstico del binomio madre e hijo.
- Si la terminación de la gestación no fue institucional la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o postaborto.
- Si la prueba serológica no treponémica es positiva, se evaluara la necesidad de prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA).

## 5.2 DIAGNÓSTICO

Los pilares del diagnóstico de la sífilis congénita son la prueba de selección para sífilis (RPR o VDRL) en la madre al terminar la gestación (aborto, parto o puerperio), la prueba de confirmación en la madre (FTA-Abs o TPHA) y la historia del tratamiento y seguimiento de la sífilis materna.

**Caso de sífilis gestacional:** Se define como una mujer gestante con prueba serológica de selección para sífilis (RPR o VDRL) reactiva en 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si ella tiene una prueba treponémica reactiva.

**Caso de sífilis congénita:** Es el recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento.

Un **tratamiento inadecuado** consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación.

### 5.2.1 Estudio del recién nacido con sífilis congénita

Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, a todos los neonatos de madres con serología positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio que incluye:



- Examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita
- Test serológico no treponémico cuantitativo (no de sangre de cordón)
- Test treponémico si se considera necesario.
- LCR para análisis de células, proteínas y VDRL
- Radiografías de huesos largos
- Parcial de orina
- Otros estudios clínicamente indicados: Radiografía de torax, cuadro hemático, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, examen oftalmológico, potenciales evocados.
- Evaluaciones por exámenes complejos de los neonatos dependen de la presencia de anomalías al examen físico, y su realización debe efectuarse con criterio de utilidad, es decir, siempre que los resultados impliquen cambios en el tratamiento, seguimiento, o rehabilitación.

### **5.2.2 Diagnóstico diferencial de la sífilis congénita**

Se debe diferenciar la sífilis congénita de las infecciones causadas por toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, y el herpes simplex (agentes causales del llamado síndrome “TORCH”).

## **5.3 TRATAMIENTO**

### **5.3.1 Tratamiento de la sífilis gestacional**

El tratamiento de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico, la búsqueda de otras ETS, y la educación, según lo establecido en la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.

El tratamiento farmacológico depende inicialmente de si la gestación continúa o no en curso, ya que, solo si la gestación ya terminó pueden ofrecerse terapias diferentes a penicilina.

**Si la gestación continúa en curso, el tratamiento farmacológico debe hacerse siempre con penicilina, desensibilizando por vía oral en caso de que sea probable la presentación de reacciones de hipersensibilidad (ver anexo)**

**El esquema a elegir depende de si la edad gestacional. Si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días. Si existe amenaza de parto pretérmino se remitirá por alto riesgo. Debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal.**

**Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:**

- **Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis : penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis.**
- **Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana : penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.**
- **Neurosífilis: penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días.**

Además como parte de la atención de un caso de sífilis en una mujer gestante se debe garantizar el tratamiento de todos sus contactos sexuales con el fin de evitar la reinfección de la gestante.

Todas las mujeres gestantes que han sido diagnosticadas con sífilis deben recibir un tratamiento integral y ser evaluadas para otras enfermedades de transmisión sexual incluyendo una prueba de tamizaje para VIH (ver guía de atención de las ETS).

El tratamiento debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de la prueba presuntiva, prioritariamente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer exijan una atención de mayor complejidad.

### **5.3.2 Tratamiento de la sífilis congénita**

Los neonatos deben ser tratados para sífilis congénita si cumplen la definición operativa de caso de sífilis congénita descrita anteriormente.

Los dos esquemas antibióticos recomendados para el tratamiento están basados en el uso del medicamento de elección que es la penicilina, y no existen otras alternativas que garanticen la curación de la enfermedad. Por lo tanto **sólo la penicilina se debe usar para tratar un caso de sífilis congénita.**

**Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes:**

**Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10-14 días. Si hay compromiso de Sistema Nervioso Central durante 14 días.**

**O Penicilina G procaínica 50,000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante 10-14 días. Si el tratamiento se interrumpe, debe reiniciarse. Este último esquema de tratamiento con penicilina procaínica no requiere atención intrahospitalaria.**

**Si el recién nacido tiene VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante 14 días.**

### **5.3.3 Tratamiento de la sífilis en lactantes y niños mayores**

A los lactantes (niños de 1 mes de edad a 2 años) y niños mayores de 2 años de edad en quienes se diagnostica sífilis deben ser examinados, se les debe revisar la historia clínica materna y perinatal para diferenciar si es congénita o adquirida.

La evaluación del caso es igual a la descrita anteriormente. El régimen de manejo recomendado para todo niño mayor de un mes de edad con sífilis es el siguiente:

**Penicilina Cristalina G acuosa 200.0000 a 300.0000 unidades/kg/día intravenosa administrados en dosis fraccionadas de 50.000 U/kg/cada 4-6 horas por un total de 10-14 días**

### **5.3.4 Alergia a la Penicilina**

Los pacientes pediátricos o las mujeres gestantes que requieren de tratamiento para la sífilis, pero que tienen una historia de alergia a la penicilina deben ser desensibilizados y tratados con penicilina. Las pruebas cutáneas de sensibilidad a la penicilina pueden ser útiles en algunos casos

No existen tratamientos alternativos a la penicilina con eficacia comprobada para tratar la neurosífilis, la sífilis congénita o la sífilis en la mujer gestante. En los Estados Unidos se ha reportado un 3 - 10% de la población adulta que ha presentado urticaria, angioedema o anafilaxis (obstrucción respiratoria alta, broncoespasmo, o hipotensión) con tratamientos de penicilina. La re-administración de penicilina en estos pacientes, puede causar reacciones inmediatas de tipo severo. Ya que este tipo de reacciones alérgicas puede llegar a ser fatal, se debe remover la sensibilidad anafiláctica mediante desensibilización aguda.

Sin embargo, sólo aproximadamente el 10% de las personas que reportan una historia de reacciones alérgicas severas a la penicilina son aún alérgicas. Con el paso del tiempo después de una reacción alérgica severa, la mayoría de las personas que han experimentado una reacción severa paran de expresar IgE específica contra la penicilina. Estas personas pueden tratarse con penicilina de manera segura.

#### *5.3.4.1 Recomendaciones*

Muchos estudios han encontrado que las pruebas cutáneas con determinantes mayores y menores, pueden identificar de manera confiable a las personas con alto riesgo de presentar alergias a penicilina. Aunque estas reagentes se producen fácilmente y han estado presentes en los centros académicos por más de 30 años, actualmente sólo el peniciloil-poli-L-lisina (Pre-Pen, el determinante mayor) y la penicilina G se consiguen comercialmente. Los expertos estiman que hacer las pruebas únicamente con el determinante mayor y penicilina G detecta del 90 - 97% de los pacientes que actualmente son alérgicos. Sin embargo, ya que las pruebas cutáneas sin los determinantes menores dejan por fuera de un 3 a un 10% de los pacientes alérgicos sin detectar y se pueden presentar reacciones severas o fatales, se sugiere precaución cuando no se dispone de la batería completa de pruebas cutáneas con las reagentes listadas en la tabla.

Si se dispone de la batería completa de reagentes, incluyendo los determinantes mayores y menores (ver pruebas cutáneas de alérgica a penicilina), los pacientes que reportan una historia de reacción alérgica y son negativos a la prueba de sensibilidad pueden recibir el tratamiento convencional. Los pacientes sensibles deben ser desensibilizados.

Si no se dispone de la batería completa, incluyendo los determinantes menores, deberá hacerse la prueba al paciente usando peniciloil (el determinante mayor Pre-pen) y penicilina G. Aquellos con resultados positivos deben ser desensibilizados. Algunos expertos creen que las personas con pruebas negativas de sensibilidad a la penicilina, en esta situación, deben ser considerados como posiblemente alérgicos y ser desensibilizados. Otros sugieren que aquellos con prueba negativa pueden recibir desensibilización gradual con penicilina oral en un lugar donde se pueda realizar monitoreo del paciente y se disponga de tratamiento contra posibles reacciones anafilácticas.

#### *5.3.4.2 Pruebas Cutáneas de Alergia a Penicilina*

Los pacientes en alto riesgo de anafilaxis (por ejemplo: historia de anafilaxis relacionada con penicilina, asma u otras enfermedades que harían de la anafilaxis algo más peligroso, o terapia con agentes beta-adrenérgicos) deben ser probados con reagentes diluidas 100 veces más que las pruebas usuales antes de ser

probados con estas mismas. En estas circunstancias, los pacientes deben estar bajo situación controlada, donde se disponga de tratamientos antialérgicos. De ser posible los pacientes no deben haber recibido drogas antihistamínicas, por ejemplo: maleato de clorfeniramina o terfenadina durante las 24 horas previas a la prueba, difenhidramina HCl o hidroxicina en los últimos 4 días, o astemizol en las últimas tres semanas.

#### 5.3.4.3 *Reaginas (Adaptado de Beall)*

- Determinantes mayores:
  - Benzylpeniciloil poli-L-Lisina (Pre-Pen ( $6 \times 10^{-5}$  M)
- Precusores de determinantes menores:
  - Benzyl penicilina G ( $10^{-2}$  M, 3.3 mg/ ml, 600 U/mL)
  - Benzylpeniciloato ( $10^{-2}$  M, 3.3 mg/ ml),
  - Benzylpeniloato ( peniciloil propylamina) (  $10^{-2}$  M, 3.3 mg/ml).
- Control Positivo: Histamina comercial para pruebas epicutáneas (1 mg / ml).
- Control negativo: Diluyente usado para disolver otras reaginas, usualmente solución salina.

#### 5.3.4.4 *Procedimientos*

Diluir los antígenos 100 veces para la prueba preliminar si el paciente refiere historia de alergia que haya amenazado la vida, o 10 veces si el paciente ha tenido otro tipo de reacción generalizada inmediata, durante el último año.

- **Pruebas epicutáneas.** Dos gotas de la reagina cutánea se colocan sobre la superficie anterior del antebrazo. La epidermis subyacente se pica con una aguja # 26 sin permitir sangrado.

Una prueba epicutánea es positiva si el diámetro promedio de la reacción después de 15 minutos es 4 mm más grande que los controles negativos; de otra manera, la prueba se considera negativa. Los controles con histamina deben ser positivos para asegurar que los resultados no son falsos negativos a causa del efecto de drogas antihistamínicas.

- **Pruebas de Induración.** Si la prueba epicutánea es negativa, dos inyecciones intradérmicas de 0.02 ml del control negativo y de la solución antigénica debe-

rán aplicarse sobre la cara anterior del antebrazo usando una jeringuilla con aguja 26 o 27. Los diámetros cruzados de las ampollas inducidas por las inyecciones deben ser registrados.

Una prueba intradérmica es positiva si el promedio del diámetro de la ampolla después de 15 minutos de la inyección es de 2 mm o más grande que el tamaño de la ampolla inicial y también es como mínimo 2 mm más grande que los controles negativos. De otra forma la prueba se considera negativa.

#### 5.3.4.5 Desensibilización

Los pacientes que tienen las pruebas cutánea positiva a alguno de los determinantes a la penicilina, pueden ser desensibilizados. Este es un procedimiento directo, relativamente seguro que puede ser realizado por vía oral o Intravenosa. Aunque las dos aproximaciones no han sido comparadas, la desensibilización oral se piensa que es más segura, simple y fácil. Los pacientes deben ser desensibilizados en un entorno hospitalario a causa de las serias reacciones alérgicas mediadas por IgE, aunque es improbable que ocurran. La desensibilización puede completarse en cerca de 4 horas, después de haber administrado la primera dosis de penicilina (ver tabla). Se deben identificar los sitios de referencia donde la desensibilización pueda ser realizada. Después de la desensibilización, los pacientes deben ser mantenidos constantemente con penicilina durante todo el curso del tratamiento.

#### Protocolo de desensibilización oral para pacientes con pruebas cutáneas positivas

No. de Dosis suspensión penicilina V Φ	Cantidad ξ (unidades / ml)	ml	Solución preparada No.	Unidades administradas	Dosis acumulada (Unidades)
1	1.000	0.1	1	100	100
2	1.000	0.2	1	200	300
3	1.000	0.4	1	400	700
4	1.000	0.8	1	800	1.500
5	1.000	1.6	1	1.600	3.100
6	1.000	3.2	1	3.200	6.300
7	1.000	6.4	1	6.400	12.700
8	10.000	1.2	2	12.000	24.700
9	10.000	2.4	2	24.000	48.700
10	10.000	4.8	2	48.000	96.700
11	80.000	1.0	3	80.000	176.700
12	80.000	2.0	3	160.000	336.700
13	80.000	4.0	3	320.000	656.700
14	80.000	8.0	3	640.000	1'296.000

Φ Intervalo entre dosis, 15 minutos; tiempo a emplear 3 horas 45 minutos; dosis acumulada 1.3 millones de unidades.

ξ La cantidad específica de droga es diluída en aproximadamente 30 ml de agua y luego administrada oralmente.

#### 5.3.4.5.1 Forma de hacer las diluciones con Penicilina V potásica

La Penicilina V potásica viene en suspensión oral 250 mg por 5 ml (400,000 U), es decir, 80,000 UI / ml. Se deben preparar 3 diferentes soluciones así:

- Solución No.1: 1 ml (=80,000 U) + 79 ml de agua, quedando una concentración de 1,000 U / ml.
- Solución No.2: 2 ml (=160,000 U) + 14 ml de agua, quedando una concentración de 10,000 U/ml.
- Solución No.3: solución comercial de 80,000 U / ml sin diluir.

### 5.3.5 Infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)

Los datos disponibles actualmente no permiten establecer si los niños con sífilis congénita y cuyas madres están coinfectadas con VIH requieren una evaluación o un tratamiento diferente al recomendado para los otros niños.

### 5.3.6 Soporte social

Se debe promover el soporte familiar de la gestante y de las mujeres desplazadas sin familia por parte de las instituciones adecuadas que se ocupan de mujeres solteras y con otros problemas sociales.

## 5.4 SEGUIMIENTO

### 5.4.1 Seguimiento de las mujeres con sífilis gestacional

Todas las gestantes que fueron tratadas para sífilis deben ser seguidas con pruebas serológicas no-treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3 y 6 meses.

Los criterios de curación son: que la prueba se torne no-reactiva, o el título de la misma disminuya por lo menos en 2 diluciones (cuatro veces) a los 3 meses, y que sea menor de 1:8 a los 6 meses.

**Si no se cumplen los criterios de curación debe tratarse nuevamente.**

### 5.4.2 Seguimiento de los niños y las niñas con sífilis congénita

Todos los neonatos, lactantes y niños mayores que fueron tratados para sífilis deben ser seguidos cuidadosamente en consulta médica y con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3, 6 y 12 meses.

Los criterios de curación son:

- Prueba que se torna no reactiva
- Título de la misma que disminuya por lo menos en dos diluciones a los tres meses
- Título menor de 1:8 a los 12 meses
- Si se hizo diagnóstico de neurosífilis, se debe hacer VDRL en LCR a los 6 meses. Si persiste alteración en el número de células y/o VDRL positivo se debe tratar nuevamente.

La respuesta serológica es mas lenta cuando el neonato es tratado después del periodo neonatal.

La serología no treponémica y treponémica permanecen reactivas por el paso de inmunoglobulinas maternas al niño que pueden persistir por un periodo hasta de 15 meses, por lo tanto si no se cumplen los criterios de curación debe evaluarse individualmente si se trata de un tratamiento ineficaz o de un aclaramiento de anticuerpos maternos lento, para decidir si se inicia nuevo tratamiento.

**Si los títulos aumentan durante el seguimiento, debe realizarse un nuevo tratamiento.**

## **5.5 Rehabilitación**

Dependiendo de las alteraciones y secuelas, el paciente se remitirá a las diferentes áreas de rehabilitación.

### **5.5.1 Alteraciones orgánicas y funcionales**

#### *5.5.1.1 Compromiso del sistema nervioso*

La sífilis presenta manifestaciones precoces (o tempranas) y manifestaciones tardías.

Las manifestaciones tempranas corresponden a la meningitis y a la hidrocefalia, que pueden dejar secuelas como convulsiones, sordera, retardo en el desarrollo mental o retardo psicomotriz, ya sea leve o severo.

Las manifestaciones tardías son las más evidentes y se hacen patentes en la infancia y adolescencia. Hay dos formas de presentación: la no-parenquimatosa o intersticial y la forma parenquimatosa.



La primera, o forma no-parenquimatosa está dada por las meningitis y la neurosífilis vascular.

En la meningitis el daño puede ser severo manifestándose por cefalea, fiebre, convulsiones, estupor y parálisis de nervios craneanos con signos meníngeos de Kernig y Brudzinski.

En la neurosífilis vascular se comprometen los vasos sanguíneos del sistema nervioso con graves consecuencias como la trombosis arterial y la encefalomalacia. Los síntomas y signos generalmente están focalizados y por lo tanto puede ser evidente la hemiplejía, afasia, disartria o disfagia. En otras oportunidades son más sutiles y puede iniciar por cambios de conducta, cefalea, confusión o convulsiones.

En la forma parenquimatosa ya se compromete en tejido nervioso en forma directa. A nivel cerebral el daño es principalmente de los lóbulos frontales y se presenta de manera progresiva. Se manifiesta inicialmente por cambios de conducta, demencia, alteraciones emocionales, juicio inapropiado. El componente motor se ve progresivamente afectado por temblor, ataxia, hipertonia e hiperreflexia hasta la cuadriparesia y cuadriplejía.

En la médula espinal puede encontrarse un cuadro muy tardío en el cual se comprometen tanto las raíces posteriores como de los cordones posteriores de la médula. Ya se hacen patentes los síntomas radicales, de intenso dolor fulgurante en forma de cinturón, y en crisis episódicas. Además de los síntomas dolorosos de parestesias, disestesias e hiperestesias, se encuentran alteraciones vesicales. El compromiso de los cordones posteriores se hace significativo en la pérdida de sensaciones posturales y en la ataxia y el signo de Romberg. Progresivamente se van involucrando otros niveles y otros sistemas no siendo extraño encontrar hipotonía muscular, trastornos vesicales e intestinales; secundariamente a la pérdida de sensibilidad articular y de las extremidades a nivel distal aparecen las articulaciones de Charcot y los males perforantes plantares.

#### *5.5.1.2 Alteraciones de los órganos de los sentidos*

Básicamente el compromiso de los órganos de los sentidos es a nivel ocular y neurosensorial auditivo.

Las lesiones oculares van desde la queratitis hasta retinitis con atrofia óptica. En la etapa precoz se encuentra queratitis intersticial o coroiditis. La respuesta terapéutica está relacionada con la precocidad diagnóstica y la posibilidad de prevenir estigmas y secuelas como la ceguera.

En la etapa tardía las manifestaciones son amplias y variadas. La forma más común es la retinitis sifilítica, usualmente es bilateral y puede hacerse explícita cuando ha sido posible curar la queratitis intersticial. Se encuentra con frecuencia asociada a coroiditis e iritis. Se manifiesta con disminución progresiva de la agudeza visual, pérdida de la visión nocturna, escotomas y reducción del campo visual. En el curso de la enfermedad pueden aparecer gomas en el iris, cuerpo ciliar, periostio y pared orbitaria con los efectos que se generan a partir de allí. Igualmente pueden comprometerse los músculos extrínsecos e intrínsecos del ojo con paresias y parálisis progresivas.

El compromiso auditivo puede llevar hasta la sordera uni o bilateral como producto de las lesiones del sistema nervioso, ya sea por el compromiso meníngeo o por las lesiones centrales parenquimatosas, o por ambas. En la etapa precoz la razón mas frecuente es la meningitis. En la etapa tardía la neurosífilis se evidencia como un cuadro de pérdida de la audición en forma súbita o con una rápida disminución de la audición que puede llevar hasta la sordera.

#### *5.5.1.3 Alteraciones del sistema osteomuscular*

Las alteraciones de tipo óseo y articular aparecen en forma temprana y en forma tardía.

Las alteraciones tempranas de la sífilis a nivel óseo están dadas por la osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisiaria.

En los casos de osteocondritis la acción de la espiroqueta lleva a separar las epífisis de la metáfisis por un tejido de granulación mientras se detiene la actividad osteoblástica, lo que lleva a la deformidad ósea.

La periostitis fetal se evidencia muy tempranamente en las primeras semanas de nacido, muy a menudo combinada con osteocondritis que puede comprometer una o varias extremidades las cuales no muestran ninguna movilidad, por lo cual se le ha llamado “parálisis de Parrot”, no siendo otra que una pseudoparálisis por el severo compromiso osteoarticular.

La osteomielitis diafisiaria es menos frecuente y está condicionada a la agresividad de la enfermedad y a la no intervención terapéutica, por ello su aparición es un poco más tardía. Es debida a la penetración del tejido de granulación subcondral en la diáfisis. Es una infiltración de tipo gomoso a lo largo del hueso y con preferencia del cúbito y el radio. Hay una forma característica de osteomielitis diafisiaria que compromete la falanges, metacarpianos y metatarsianos. Estas gomas pueden posteriormente, y de acuerdo a lo exitoso y precoz del tratamiento, generar o no fístulas, quistes y fracturas patológicas con deformidades múltiples muy dolorosas.

El compromiso articular en las etapas tempranas es raro. Lo que puede evidenciarse es el compromiso de las bursas extraarticulares las cuales están llenas de líquido, y les da una apariencia voluminosa sin que exista daño articular.

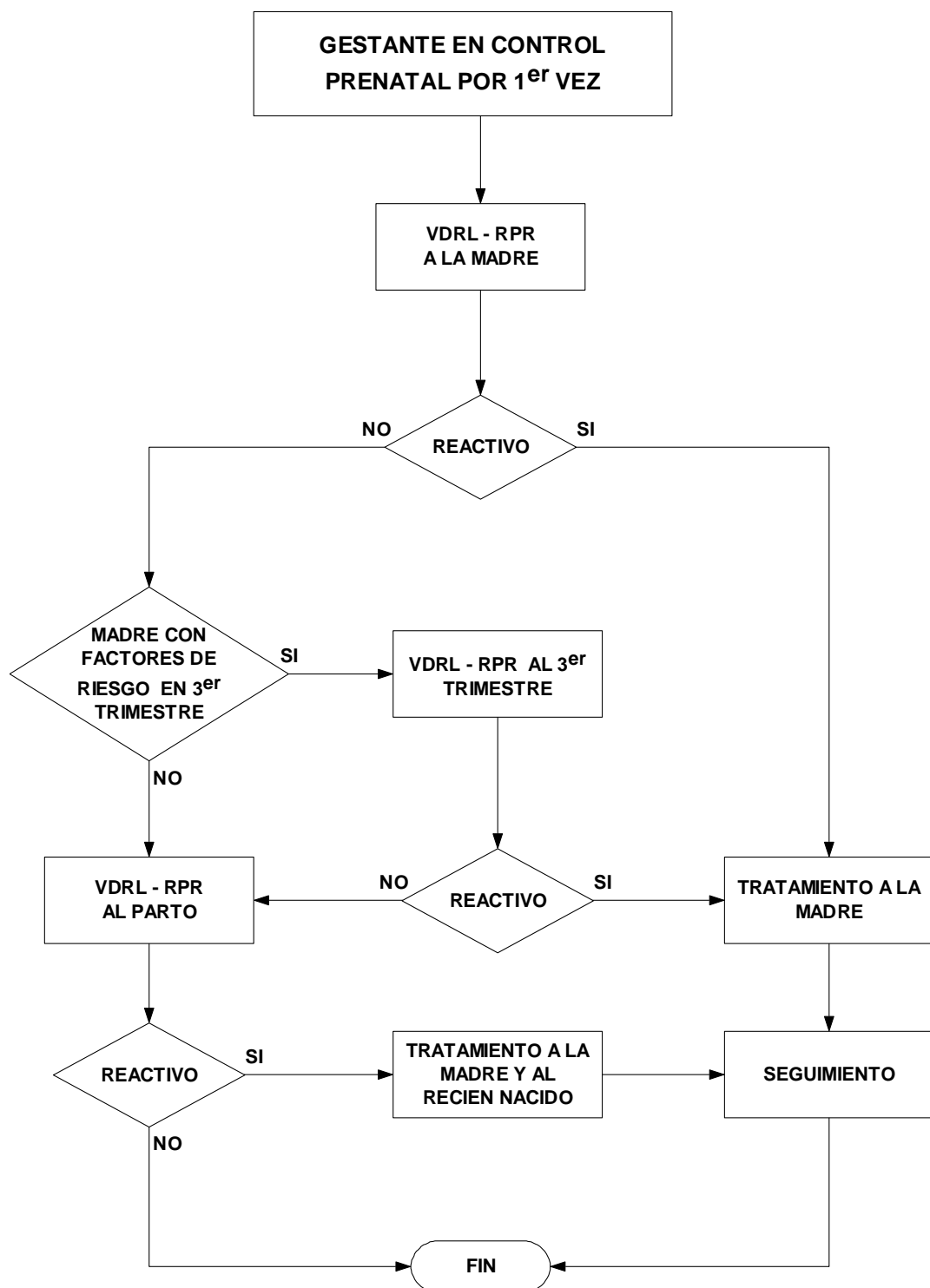
Las alteraciones tardías se evidencian después de la edad pre-escolar, entre los 5 y los 14 años de edad. Generalmente coexisten la periostitis y la osteomielitis diafisaria que compromete principalmente las tibias, que con el reblandecimiento llevan al arqueamiento que persistirá cuando se ha llegado a la etapa de condensación y engrosamiento de la enfermedad, dando lugar a la deformidad llamada “tibias en sable”. Así mismo pueden comprometerse los huesos del cráneo y de la cara.

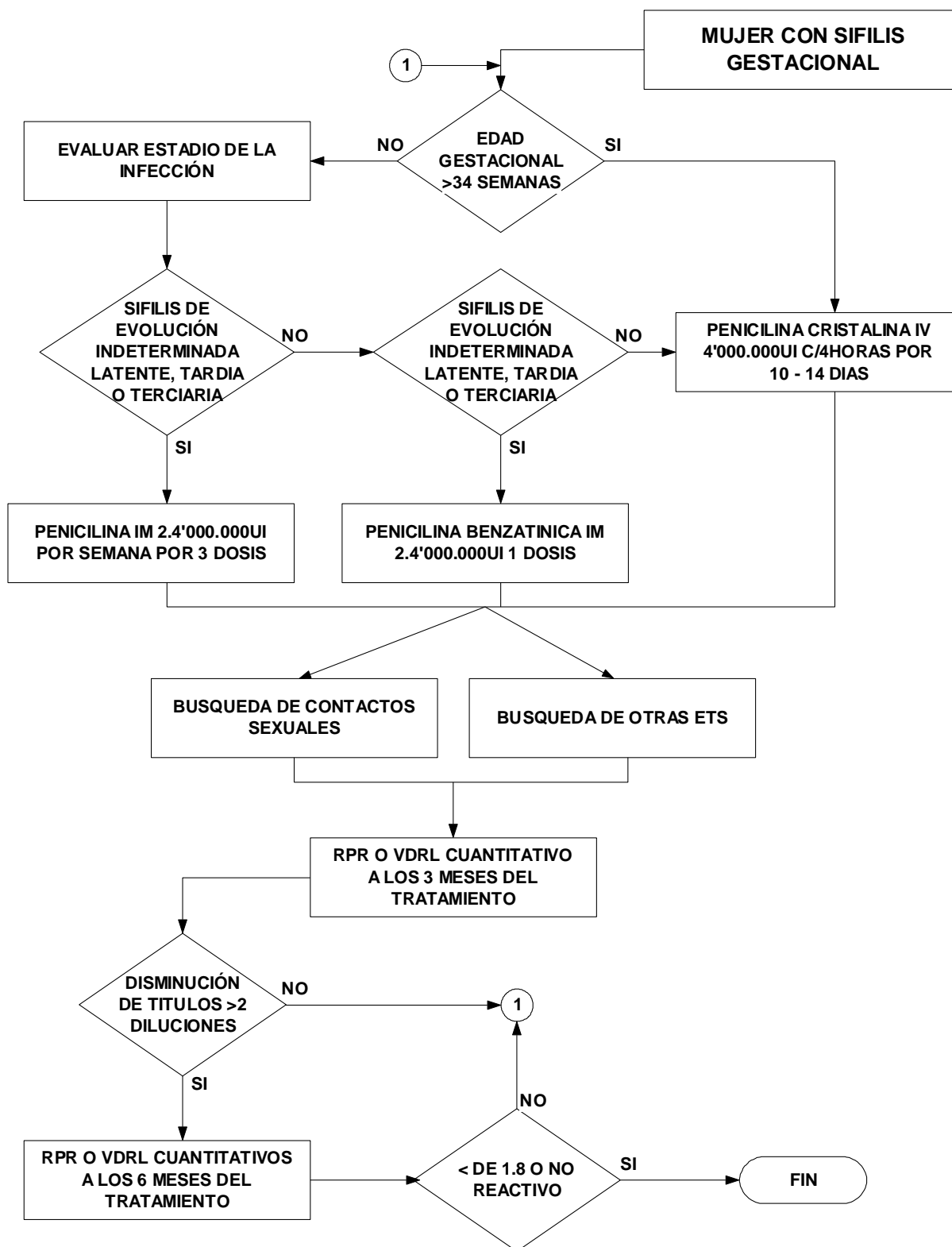
Como se señaló en la forma temprana cuando no se ha realizado una adecuada intervención terapéutica, la enfermedad continúa su curso dejando una estela de secuelas y estigmas muy difíciles de corregir, lo que es válido para todos los sistemas afectados.

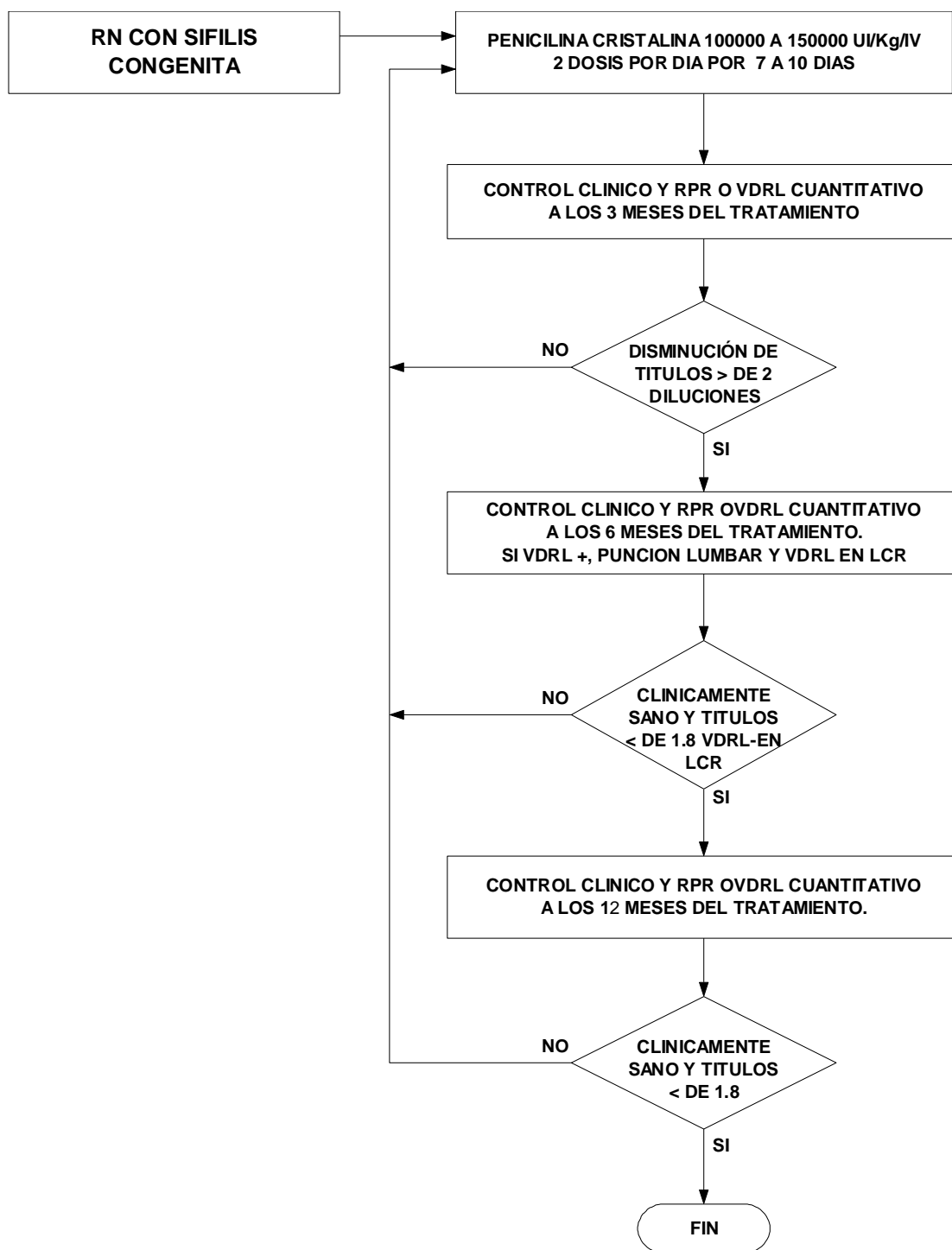
Las gomas periósticas que son lesiones subcorticales, y las lesiones difusas de la osteomielitis gomosa producen los mismos efectos deletéreos observados en la etapa temprana teniendo mayores repercusiones y alteraciones en el individuo por las exigencias del crecimiento y su desempeño.

Todas estas lesiones muestran períodos sintomáticos de dolor e hipersensibilidad con períodos de remisión de los síntomas. Se incrementan con el ejercicio, la marcha y con las exigencias físicas. De allí la importancia de la dirección en los programas de rehabilitación.

## 6. FLUJOGRAMAS







## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Becker, Junior E *et al.* Protocolo de eliminación de la Sífilis congénita: La experiencia del grupo de Puerto Alegre, Brasil. Hospital de Clínicas de Puerto Alegre, 1992.
- 2 Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998; 47(RR-1): 41-48.
- 3 Desenclos, JA *et al.* Characteristics of mothers of live infants with congenital syphilis in Florida, 1987-1989. American Journal of Epidemiology 1992 136:657-61.
- 4 Kampmeier, RH. Essentials of Syphilology. 3a edición. Philadelphia: JB Lippincott; 1943.
- 5 Mascola, L *et al.* Congenital syphilis: Why is it still occurring? The journal of the american medical association. Octubre 1984. 252 (13):1719-22.
- 6 May C, Allen J, Palomar-Petit F. Manual de las Enfermedades de los Ojos. 16° edición. Editorial Salvat, pp 125-127.
- 7 Ministerio de Salud. Evaluación de la Tendencia de la Sífilis Congénita en Colombia. 1976-1997. IQEN 1998; 3(15): 211-17.
- 8 Ministerio de Salud. Informe sobre el Análisis de la Ficha de Notificación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita - Agosto de 1996 a Diciembre de 1997. IQEN 1998; 3(18): 255-60.
- 9 Ministerio de Salud. Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual - Protocolo Básico para el Equipo de Salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud, 1995.
- 10 Musher, D. Syphilis, neurosyphilis, penicillin and AIDS. J. Infect. Dis 1991; 163:1201-1206
- 11 Orozco, B. La sífilis. En: Enfermedades de transmisión sexual. Editores: Díaz F, Ospina S,
- 12 Orozco B, Estrada, S. Corporación para las Investigaciones Biológicas (CIB): Medellín, 1995. pp 1 Ministerio de Salud. Normas Técnico Administrativas del Componente de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual / SIDA. Artículo 25: Sífilis. Resolución 14081 de Noviembre 21 de 1991. Bogotá: Ministerio de Salud. 1991.
- 13 Orozco, B. La sífilis. En: Enfermedades de transmisión sexual. Editores: Díaz F, Ospina S, Orozco B, Estrada S. Corporación para las investigaciones biológicas (CIB): Medellín, 1995. pp 13-14.b 13-14.b.
- 14 Parisi EA *et al.* Proyecto Sífilis congénita. Capítulo Argentino, ULACETS.
- 15 Stokes JH, Beerman H, Ingraham NR. Modern clinical syphilology, diagnosis, treatment. Case study. 3a. edición. Philadelphia: WB Saunders; 1945.

- 16 Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: reporting and reality [Editorial]. Am J Pub Health. 1990; 80: 271-2.