

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

SIFILIS CONGENITA. PRESENTACION DE UN CASO

* Dr. José T. Aponte

* Dra. Nelly Familia

* Dra. Nieves A. Valdez

* Dra. Ana Leonardo

* Dra. Dinorah Roque

Resumen

Presentamos el caso de un recién nacido con sífilis congénita, quien presentó descamación y fisuras en las palmas de las manos y plantas de los pies al nacer. No hubo otras lesiones dermatológicas. El nacimiento ocurrió en el Hospital Dr. Luis E. Aybar en Santo Domingo, República Dominicana, en marzo de 1998, de una madre de 21 años, G2, P1, quien no acudió a la consulta prenatal. El recién nacido pesó 2070 gramos, femenina, con una edad gestacional de 40 semanas; por lo que fue clasificado como de bajo peso, pequeño para su edad gestacional. (RN, PEG)

Sífilis congénita Recién nacido de bajo peso, pequeño para su edad gestacional VDRL
No asistencia a la consulta prenatal

Abstract

We report the case of a newborn with congenital syphilis, that show desquamation of the skin of the palm and soles. There were not other dermatologic lesions. The child was born at Dr. Luis E. Aybar Hospital in Santo Domingo, Dominican Republic, from a 21 years old mother, G2, P1, with no pre-natal consultation. The birthweight was 2070 grams, female, with gestational age of 40 weeks, reason why was classified as a low birth weight small for gestational age infant (NB,SGA).

Congenital syphilis newborn low birth weight, small for gestational age VDRL
No pre-natal consultations

* Del área de perinatología del Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, República Dominicana

Como sabemos, la sífilis es una infección sistémica causada por el *Treponema pallidum*, una espiroqueta móvil, delgada, perteneciente a la familia spirochaetaceae y al género *treponema*.¹

La introducción de la penicilina hace 45 años, redujo la incidencia de sífilis congénita a menos de 200 casos reportados en EE.UU.A.¹

Sin embargo, un resurgir de la sífilis primaria y secundaria en años recientes, ha causado concomitantemente un aumento de casos neonatales.²

Reportamos este caso, ocurrido en los servicios de obstetricia y pediatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar en Santo Domingo, República Dominicana, para recordar que entre nosotros, este problema está lejos de estar controlado.

PRESENTACION DE CASO

Recién nacido producto de madre de 21 años G2, P1, quien cursó sin chequeos prenatales, durante el cual no ingirió medicamentos, ni tomó hematófínicos, quien llega al hospital con dilatación completa y mediante parto eutócico se recibe un producto femenino APGAR 8/9 quien pesó 2070 gramos, valorado en 40 semanas de edad gestacional por el Método Dubowitz. Perimetro cefálico 31 cm, perimetro torácico 29 cm, talla 42 cm.

La placenta fue larga; el recién nacido presentó descamación de las manos y los pies y ligera hepatoesplenomegalia. Las palmas de las manos y plantas de los pies estaban fisuradas y ligeramente eritematosas, con apariencia brillante.

El VDRL en la sangre materna resultó positivo en diluciones 1:32 y en el recién nacido en diluciones de 1:1024. En el líquido cefalorraquídeo del recién nacido estaba negativo. El hemograma mostró un hematócrito en 40%, leucocitos un total de 15,000/mm³; Diferencial 65% neutrófilos, 35% linfocitos.

El recién nacido evolucionó satisfactoriamente al tratamiento de 100,000 U de Penicilina Cristalina IM por 10 días.

DISCUSION

La sífilis en el recién nacido es una infección transplacentaria⁴ que puede causar parto prematuro, natimuerto, infección congénita y/o muerte neonatal.⁵

La infección puede tener lugar en cualquier

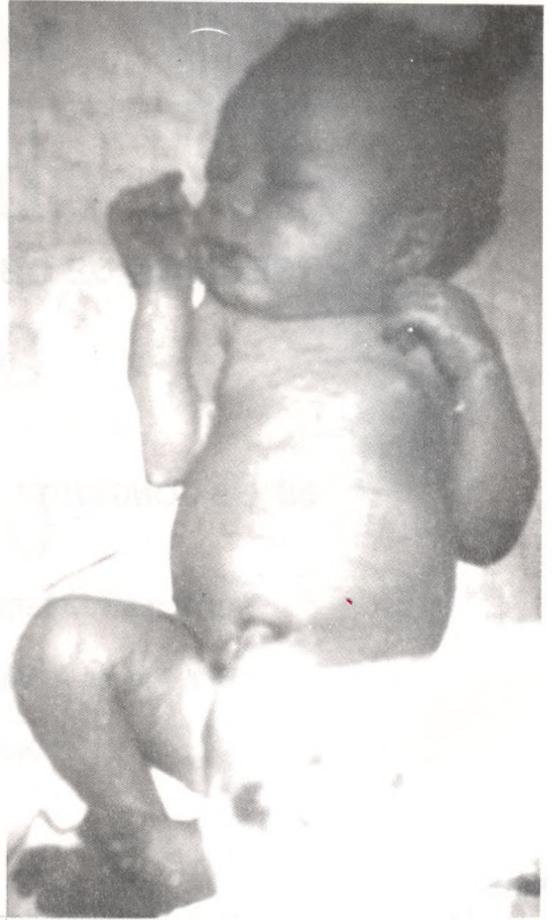


FIGURA No. 1.- NUESTRO CASO, MOSTRANDO DESCAMACIÓN DE MANOS Y PIES.

momento durante el embarazo, pero ordinariamente durante la segunda mitad.

El resultado habitual de una infección del tercer trimestre, es el nacimiento de un recién nacido aparentemente normal, quien se convierte en enfermo dentro de las primeras semanas de vida, aunque virtualmente todos los recién nacidos de madres con sífilis primaria o secundarias no tratadas, padecen la enfermedad, un 50% están clínicamente asintomáticos.

La tasa de transmisión cae a 40% en los estadios latentes tempranos (< 2 años) y de 6 a 14% en los estadios tardíos.

Aún con diagnóstico y tratamiento anteparto, 11% de los recién nacidos demuestran afección del sistema nervioso central.⁶

Debido a que el *treponema* entra al sistema sanguíneo fetal directamente, el estadio primario

de infección es sobrepasado, es decir, no hay chancro ni linfadenopatía local.⁴

El hígado es el blanco inmediato de invasión, es cargado con microorganismos, los cuales entonces penetran todos los órganos y tejidos en menor grado.

Las manifestaciones clínicas que aparecen en los primeros dos años, son referidas como sífilis congénita temprana y las que aparecen luego, como tardía.

La enfermedad temprana está asociada con anemia, hepatoesplenomegalia y lesiones cutáneas ampollosas; periostitis, osteocondritis y meningitis son hallazgos comunes. Los estigmas tardíos incluyen periostitis de los huesos frontales y parietales, dientes de Hutchinson, molares en mora, nariz en silla de montar, tibia en sable, sordera nerviosa, ragades, anomalías del sistema nervioso central y articulaciones de Clutton.

El diagnóstico habitualmente se hace por serología, pero puede hacerse por examen de campo oscuro de las espiroquetas.⁷

Para el recién nacido asintomático cuya madre fue apropiadamente tratada y a quien puede realizarse un seguimiento adecuado, no es necesario tratamiento.

Para el recién nacido asintomático en quien el seguimiento es dudoso, una dosis de penicilina benzatínica intramuscular es recomendada. Si presenta infección activa, o no se puede excluir neurosífilis, un curso de 10 días de penicilina cristalina debe ser administrado intramuscularmente o intravenosamente.^{2,5}

Este fue el segundo caso de sífilis congénita que diagnosticamos en menos de un año en nuestro Hospital, ambos procedentes de madres sifilíticas no diagnosticadas y sin chequeos.

Las lesiones en las palmas de las manos y las plantas de los pies deben considerarse sifilíticas, hasta que se demuestre lo contrario.⁸⁻⁹

El espectro de lesiones cutáneas, las cuales ocurren en un 30 a 40% de recién nacidos con sífilis congénita puede ser extremadamente variable. Puede haber descamación, lesiones anulares o circinadas o manifestaciones vesiculoampollosas. Es raro ver ampollas al nacer, ya que la mayoría se rompen en útero. Estas lesiones son altamente contagiosas.⁹

REFERENCIAS

- 1.- Behrman R E, Kliegman R M, Arvin A M. Nelson's textbook of pediatrics. 15ava Ed. W B Saunders Co. Philadelphia, 1996, pag 853-56
- 2.- Fanaroff A, Martin R. Neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant. 6th Ed. Mosby-Yearbook, St. Louis Mo, 1997, 342-43
- 3.- Cloherty J P, Stark A R. Manual of neonatal care. 4th Ed., Lippincott-Raven Co, Philadelphia, 1998, pag 307-14
- 4.- Taeusch H, Ballard R. Avery's diseases of the newborn. 7th Ed. W B Saunders Co., Philadelphia, 1998, pag 535-37
- 5.- Tapia J L, Ventura-Juncá P. Manual de neonatología. Editora Mediterraneo, Santiago de Chile, 1992 pag 198-201
- 6.- Gomella T. Neonatology. 3rd Ed. Appleton & Lange Co. Hartford, Connecticut 1994, pag 357-59
- 7.- Klaus M H, Fanaroff A A. Care of the high risk neonate. 4th Ed, W B Saunders Co. Philadelphia 1993, pag 337-38
- 8.- Castillo Ariza M. Diagnóstico clínico en neonatología. 2da Ed. Editora Taller, Santo Domingo 1996, pag 53-54
- 9.- Rudolf A J. Atlas of the newborn. Blackwell Science Inc, Boston 1997, Vol IV, pag 108-17