

MEDICINA AL DIA

LA SIFILIS CONGENITA

Dr. Aníbal Concepción Mercedes

Pediatra, Ayudante del Servicio de Pediatría de la Maternidad del I. D. S. S., Santo Domingo, R. D.

INTRODUCCION:

La sífilis es hoy por hoy, uno de los grandes flagelos que acosan a la humanidad. Siendo como es, una enfermedad infecto-contagiosa, encuentra su mayor habitat en las regiones más pobres del mundo. Es cada día más preocupante por su alta incidencia, especialmente en nuestro medio.

Estas y otras consideraciones conducentes a orientar a la población en general y a la clase médica en particular además de su prevención son los aspectos más importantes que motivan al autor a escribir este artículo.

CONCEPTO:

La sífilis es una enfermedad infecto-contagiosa, aguda o crónica, producida por un organismo microscópico llamado *treponema pallidum*, que puede afectar al ser humano en cualquier época de su vida, produciendo, empero, sus mayores estragos en el feto y en el recién nacido; ya que se transmite de la madre al feto por vía transplacentaria.

ANTECEDENTES:

El nombre de sífilis se conoce desde el año 1530 en que Jerónimo Flancastoro publica su obra titulada "SIPHILIS SIVE MORBUS GALLISCUS" en la que describe la enfermedad padecida por el pastor Sífilo. Pero no es hasta el 1905 que es descubierto el agente causal (el *treponema Pallidum*) por Fritz Shaudin (Parasitólogo) y Erick Hoffman (Dermatólogo). Posteriormente, en 1907, Augusto Wassermann descubre la reacción que lleva su nombre, de importancia práctica para el diagnóstico de esta enfermedad.

Desde el descubrimiento de Wassermann (1907) hasta nuestros días, se han dado pasos cada vez más positivos para realizar pruebas que conduzcan a un más seguro resultado del diagnóstico de este mal, hasta el punto que hoy día se dispone de una prueba fidedigna, en el 97 o/o de los casos, que es la investigación del *Treponema* en campo oscuro, llamada FTA—ABS (absorción de anticuerpos *treponémicos* fluorescentes).

CARACTERISTICA FISICO-QUIMICAS DEL AGENTE ETIOLOGICO

El *Treponema Pallidum* debe su nombre a su poca avidez por los colores y a su forma de tirabuzón (espiral). Es tan pequeño que mide de 4 a 20 micras de largo y 0.5 micras de diámetro; es muy difícil verlo en el microscopio luminoso, a menos que se emplee iluminación a campo

oscuro, procedimiento éste último de la mayor confiabilidad. Se encuentra principalmente en las lesiones húmedas de la piel y mucosas; logra conservarse bastante tiempo por congelación a menos de 70 grados C.

Sin embargo, se destruye rápidamente por la acción de la mayoría de los antisépticos, el agua y jabón. Muere rápidamente fuera del organismo y es poco resistente a la desecación y a temperaturas mayores de los 40 grados C.

ANTECEDENTES:

Naturalmente la incidencia de la sífilis en el mundo disminuyó de manera muy notable con la aparición de la Penicilina. Sin embargo, las estadísticas registran, al momento, un incremento de la frecuencia de este padecimiento atribuible a varios factores, algunos de orden psico-sociológico y culturales, tales como:

- 1.— Pérdida del temor a la enfermedad por la presunta facilidad de su tratamiento.
- 2.— Aumento de la promiscuidad.
- 3.— Hacinamiento en los barrios marginados de todo el mundo.
- 4.— Desarrollo de la capacidad migratoria.
- 5.— Liberalidad en las relaciones sexuales.
- 6.— Deficiente formación cultural.

CLASIFICACION:

La sífilis clásicamente se divide en tres períodos: primario, secundario y terciario, a los que se le añade un período latente entre el secundario y el terciario.

Algunos autores prefieren dividirla para fines más prácticos en sífilis precoz o temprana, menor de 2 años, y sífilis tardía mayor de 2 años. Ahora bien, la sífilis temprana, dependiendo del tiempo de aparición de sus manifestaciones clínicas, se clasifica en sífilis prenatal sintomática reciente y sífilis prenatal sintomática tardía. Cada una a su vez puede ser asintomática.

MECANISMO DE TRANSMISION Y PATOGENESIS

Se transmite de varias formas: por contacto humano de una persona enferma a una sana principalmente a partir de lesiones húmedas ricas en *treponemas*; bien por relaciones sexuales, por besos, mordeduras, usos de objetos contaminados como son: cepillo de dientes, hojas de afeitar, vasos, transfusiones de sangre fresca por un donante sifilítico, etc.

La Sífilis Congénita: Se transmite de la madre al feto por vía transplacentaria.

Hasta hace unos años se creía que el *Treponema Pallidum* pasaba la placenta sólo después del 4to. a 5to. mes de embarazo, debido a que supuestamente la capa de Langhans del Corion se desarrollaba en época temprana de la gestación, de forma tal que supondría una verdadera barrera capaz de impedir el paso del *Treponema*. Sin embargo, a partir del año 1976, por los trabajos de Harter y Bernischke, se ha descrito la presencia de espiroquetas en fetos abortados menores de tres meses.

El *Treponema Pallidum* provoca alteraciones patológicas en la placenta, consistentes en proliferación de células mononucleares, determinando así el aspecto característico de la placenta sífilítica que es gruesa, pálida y de mayor peso que el normal.

El *Treponema Pallidum* produce, además, en el feto, diseminación del mal a casi todos los órganos existentes: Lesiones óseas; Metafisitis, Osteocondritis, Periostitis, En el hígado; hepatitis intersticial difusa con infiltración mononuclear característica; en el páncreas; pancreatitis difusa; en el pulmón; neumonitis intersticial; en el corazón; miocarditis en la aorta; aortitis, etc.

En el riñón puede producir nefrosis. Tardíamente afecta el ojo produciendo una queratitis intersticial y al sistema nervioso central, produciendo neurosífilis, etc.

CUADRO CLINICO (FORMAS CLINICAS):

*Las manifestaciones clínicas de la sífilis son muy variadas, fácilmente confundibles con una gran cantidad de enfermedades de la piel (por lo que se conoce con el nombre de la gran imitadora).

Las manifestaciones clínicas puede ser divididas en tempranas y tardías. También hay que tomar en cuenta los estigmas sífilíticos o huellas de la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas tempranas en el niño pueden presentarse al momento del nacimiento o posteriormente hacia la 2da. a 6ta. semana de vida, época en que la madre trae el niño a consulta.

Las más frecuentes son lesiones dérmicas, ampollas o descamativas en las plantas de los pies, palmas de las manos consideradas casi patognomónicas de la enfermedad, menos frecuentemente aparecen rinitis, dermatitis, lesiones ulcerativas alrededor de la boca y del ano; ocasionalmente puede haber diátesis hemorrágica por las encías y epistaxis.

El abogotamiento de la cara y la rinitis le confieren una apariencia típica al niño sífilítico.

Puede aparecer inmovilidad de un miembro, constituyendo la pseudoparálisis de Parrot, que resulta de una Osteocondritis, o pérdida de peso; pero puede existir también aumento de peso por el edema producido en la fase evolutiva de una nefrosis luética.

MANIFESTACIONES TARDIAS:

Se presentan después del segundo año de vida, siendo principalmente la queratitis intersticial, sordera, hidroartritis, neurosífilis y condilomas.

Estigmas: Son las huellas o secuelas que deja la enfermedad que son, principalmente, los dientes de Hutchinson, de-

formidad en forma de barril de los incisivos superiores centrales, con los bordes laterales cortantes y convexos, dando un aspecto de media luna; deformidad de las piernas (pierna en sable), y de la frente, (hiperostosis frontal), deformación de la nariz (nariz en silla de montar).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de la sífilis se establece con una buena historia clínica que recoja los antecedentes principalmente epidemiológicos, las manifestaciones clínicas, pruebas serológicas y hallazgos radiográficos.

LABORATORIO:

Existen varias pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis, pero para mejor comprensión se pueden clasificar en dos grupos o tipos: Las que utilizan antígenos no treponémicos, o sea, las pruebas hechas con antígenos a base de Cardiopina y Lecitina, que pueden ser de dos clases: Floculación como el VDRL, y fijación del complemento como la de Kolmer y Wasserman; y las que utilizan antígenos treponémicos, que se subdividen en dos tipos, las que utilizan antígenos a base de *Treponema* no patógeno (Raister) y las que utilizan cepas patógenas (Nichols).

El VDRL es una prueba serológica más frecuentemente usada para el diagnóstico de la sífilis por ser de bajo costo y fácil de realizar; pero no es confiable por las reacciones falsas positivas que con frecuencia pueden presentarse, y no debe hacerse el diagnóstico de sífilis por el resultado de una sola prueba de laboratorio si no va apoyada de signos clínicos y de una historia clínica positiva.

Un escaso porcentaje de individuos normales poseen una sustancia semejante a las reaginas, que producen reacciones dudosas e incluso falsas positivas y además varias enfermedades pueden dar reacciones falsas positivas como la lepra, paludismo, sarampión, varicela, hepatitis, sarcoidosis, neumonía por virus, escarlatina, tuberculosis aguda, lupus eritematoso, filariasis, tífus, reacción vacuolada, endocarditis bacteriana sub-aguda, transferencia de anticuerpos de la madre al niño, etc.

Existe una prueba más confiable, y específica para el diagnóstico de la sífilis que es la FTA—ABS pero que lamentablemente no es de uso rutinario en los centros hospitalarios del país.

Si una madre sífilítica embarazada ha sido adecuadamente tratada, y al tomar sangre de la vena umbilical el niño resulta positivo, no quiere decir que el mismo sea sífilítico. Esto puede ser debido a la transmisión de anticuerpos maternos de la madre al niño que pueden persistir hasta por varios meses (6) después del nacimiento.

Una madre sífilítica tratada o no puede dar a luz:

- a)— Un nacido muerto por la infección sífilítica.
- b)— Un sífilítico, con serología positiva y con signo de enfermedad desde el nacimiento.
- c)— Un niño sífilítico con serología positiva o negativa, asintomático al nacimiento, que posteriormente comienza a presentar manifestaciones clínicas.
- d)— Un niño no sífilítico, con serología negativa o positiva que se negativiza a corto plazo.

PREVENCION:

Hablamos primero de prevención en general dado que la misma depende directa e indirectamente de la prevención de la población en general. En ese sentido debe hacerse un programa ejecutado en cada país por el Departamento de Salud Pública y Asistencia Social unido o no a el Departamento de Seguridad Social, debiendo lógicamente comenzar operando en los núcleos, poblaciones y sectores que sean, por diversas razones, focos naturales de irradiación del mal.

Entre estos núcleos podemos destacar los barrios marginados de los bateyes de los ingenios, las llamadas zonas de tolerancia, donde se practica la homosexualidad y la prostitución y en las áreas aledañas a los puertos.

Se debe, junto a una efectiva tarea de educación, hacerle a esos grupos exámenes médicos y practicarles pruebas serológicas a fin, entre otros objetivos, de localizar nuevos casos.

Para ello, el organismo correspondiente deberá identificar las distintas zonas en todo el país y movilizar en cada una de ellas brigadas de personal médico y paramédico y otros organismos pertinentes.

En cuanto a la prevención de la enfermedad en el niño recién nacido debe hacerse primero con un Programa de Asistencia y Control Prenatal de las embarazadas, mediante chequeos clínicos y serológicos periódicos.

El mejor tratamiento de la sífilis es su prevención, dado que una vez contraída aunque se haga tratamiento adecuado, si su detección se ha hecho muy tardíamente las secuelas que deja serán perjudiciales y podrán acortar la vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Anzure, L., Beatriz: Sífilis Prenatal Sintomática Reciente. Vol. 40, Nov.—Dic., 1971, México, D.P.
- 2.— Bogaert Díaz, Humberto: Manual de Dermatología, Primera Edición, 1978, Santo Domingo, R. D.
- 3.— Hepler, Opal E.: Manual Práctico de Análisis Clínicos, Editorial Labor, S. A., 1965.
- 4.— Kemjre, C. Henry & Silver, Henry K.: Donough O'Brien, Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos, 2da. Edición, 1974.