



# Presentación protocolo conjunto: SÍFILIS CONGÉNITA



Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Dra. M. A. Frick VHIR. UPIIP. Hospital Vall d'Hebron

#### SÍFILIS CONGÉNITA

Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Servei de Neonatologia
Servei de Microbiologia Clínica
Servei de Ginecologia y Obstetrícia
Unitat d'Al.lergologia Pediàtrica

**Julio 2015** 

#### Justificación

Incidencia de sífilis en aumento

Transmisión sexual → perinatal → S. congénita

Morbilidad elevada

Riesgo de secuelas a largo plazo

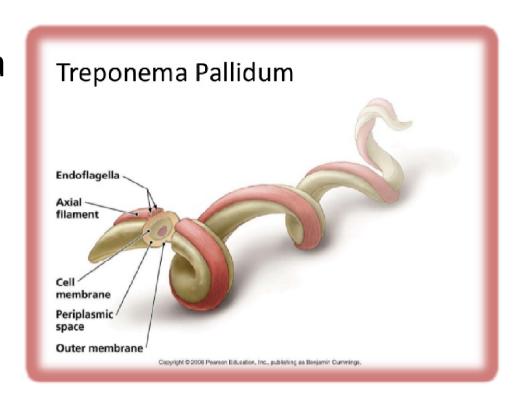
Existencia de un tto disponible, barato y eficaz

## Microbiología

 Bacteria GN móvil, alargada dispuesta a modo de espiral.

• Anaerobio estricto.

 Único huésped natural: el humano.



#### Transmisión

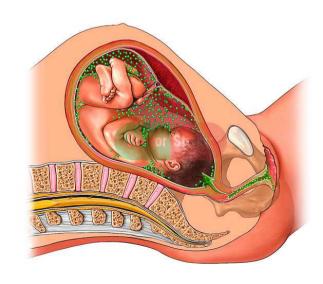
#### **SEXUAL**

Contacto sexual directo con las lesiones cutáneomucosas ulceradas (genital, oral o rectal) de una pareja infectada



#### **VERTICAL**

Transplacentaria Perinatal



#### Transmisión Vertical

La infección se puede transmitir al feto en cualquier estadío de la enfermedad materna.

Sífilis primaria: 50-70%

Sífilis secundaria: 90-100% Sífilis latente temprana: 40%

Sífilis latente tardía: 10%

Riesgo de TV conforme avanza la gestación.

Gravedad de la afectación fetal cuánto + precoz sea la TV.



## Epidemiología

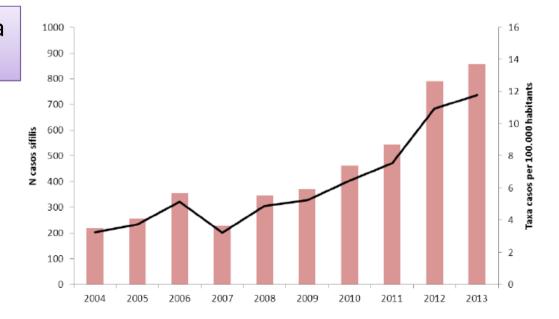
- Distribución mundial.
- 12 millones de personas infectadas cada año.
- Resurgimiento de la sífilis en Europa y EEUU.
  - España: de 2002 a 2012 ↑ incidencia 1,86 a 7,88 por 100.000 hab
     → 1 caso de sífilis congénita.
  - Cataluña: en 2013 se dx 11.8 casos por 100.000 hab (8% + que en 2012) → no casos de sífilis congénita.

Evolució dels casos de sífilis. Registre MDO individualitzada de Catalunya, 2004-2013

Tasa incidencia Sífilis congénita 0 a 2,23 casos por 100.000RN



Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissiá Sexual i Sida de Catalunya



#### Estadíos de la enfermedad

**PRECOZ** 

- PRIMARIA: Chancro. Linfadenopatías regionales bilaterales.
- SECUNDARIA: Exantema maculopapular que afecta palmas, plantas y mucosas, respetando cara. Linfadenopatías generalizadas.

LATENTE

- PRECOZ: < 1 año de la primoinfección.
- TARDÍA: >1 año de la primoinfección.

**TERCIARIA** 

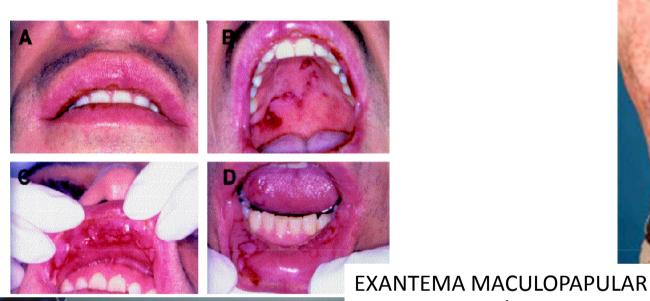
- Gomas en huesos, piel y mucosa.
- Lesión de los vasa vasorum: aortitis, aneurisma aórtico, insuficiencia aórtica.

La NEUROSÍFILIS puede aparecer en cualquier estadío de la enfermedad.





# Fase precoz secundaria







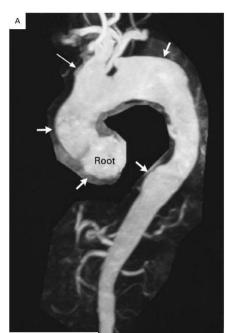


#### Fase latente

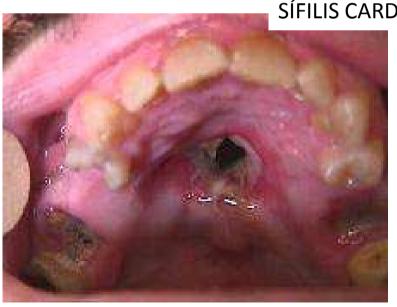
Paciente asintomático Diagnóstico serológico

### Fase terciaria



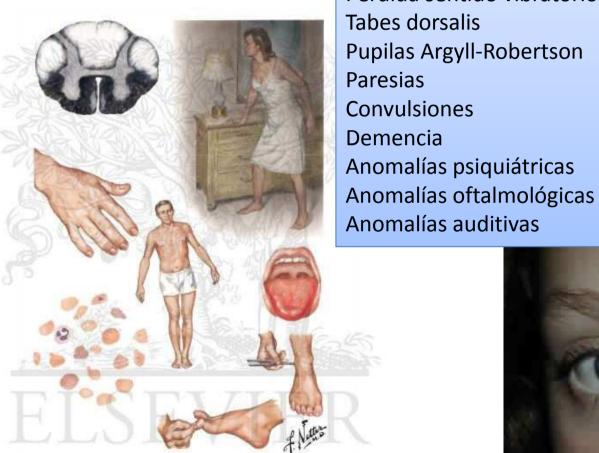




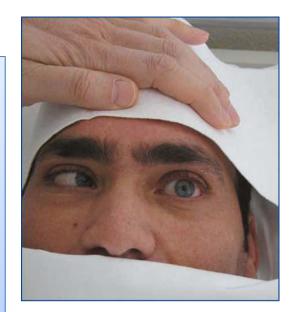




#### Neurosífilis



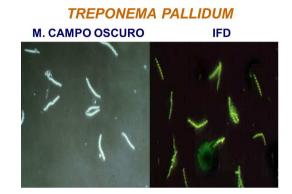
Disfunción N. craneales
Meningitis
Ictus
Alt. estado conciencia
Pérdida sentido vibratorio
Tabes dorsalis
Pupilas Argyll-Robertson
Paresias
Convulsiones
Demencia



### Diagnóstico microbiológico

#### • DIRECTO:

- Microscopía en campo oscuro
- PCR a T. pallidum



Seguimiento

#### INDIRECTO:

- Serología no-treponémica:
  - RPR (Rapid Plasma Reagin)
  - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

#### – Serología treponémica:

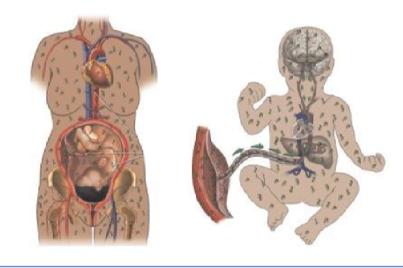
- FTA-ABS (Fluorescent Treponemal-Antibody Absorption)
- TPHA (*T. pallidum* particle agglutination test)
- CLIA (Chemiluminescence immunoassay)



# Sífilis gestacional

1,5M gestantes se infectan de sífilis cada año en todo el mundo

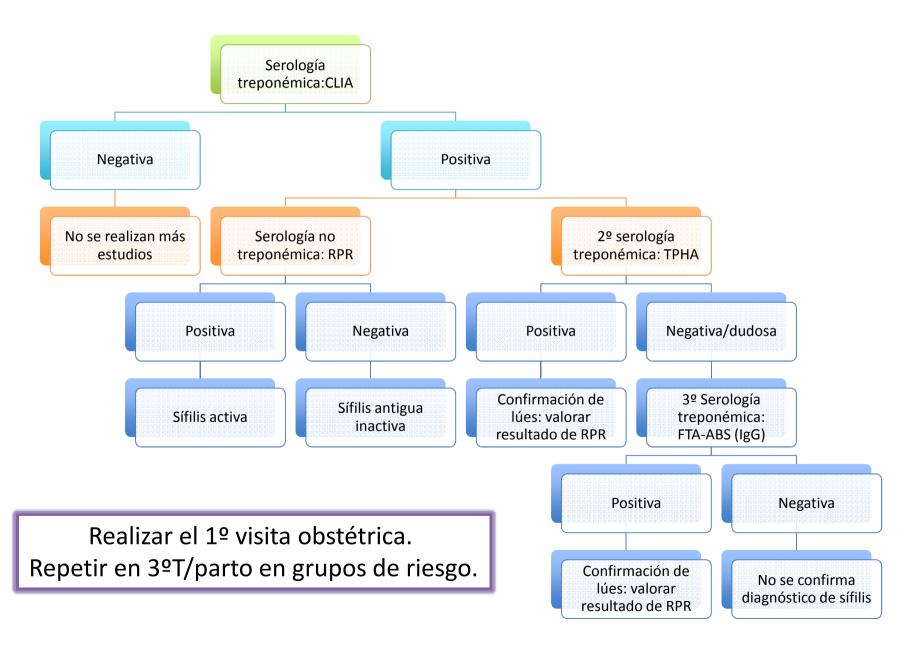
- 12 veces mayor morbilidad, incluso tras tto (x2,5):
- → 30% mortinatos, hidrops fetal, aborto o muerte perinatal.
- **→** 20% RNPT/BPEG.
- → 20% RN con estigmas de sífilis congénita.



Reinfección en gestación 10%

Riesgo de sífilis congénita ♥ del 70-100% a 1-2% con tto

#### Cribado en la embarazada



#### Tratamiento Sífilis Gestacional

Penicilina G benzatina 2,4M UI

IM

Precoz: dosis única

Tardía o no se data primoinfección:

3 dosis intervalo semanal

Tto infección materna + Prevención transmisión fetal + Tto infección fetal

- ➤ Tto inadecuado: ATB ≠ penicilina y tto < 30 días antes del parto
- >Tto incompleto: Dosis/intervalo inadecuado o no constancia en HC

Respuesta adecuada si 4 2 títulos en 3 meses o 4 títulos en 6 meses

# Precoz (<2 años)

# Sífilis congénita



Fulminante en periodo NN o asintomático y aparición síntomas entre 5 sem – 3 m

- Fiebre
- Hepatomegalia
- Linfadenopatías
- Fallo de medro
- Edemas
- Rinitis sifilítica
- Exantema maculopapular
- Pénfigo sifilítico
- Condilomas planos
- Ictericia
- Anemia, trombocitopenia y leucopenia
- Pseudoparálisis de Parrot
- Anomalías Rx de huesos largos



años)

(>5

Tardía

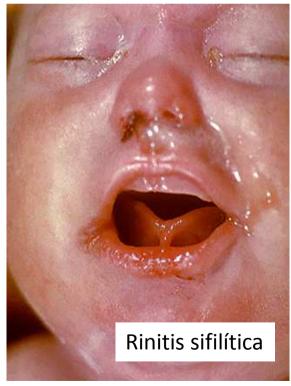
#### 40% de los no tratados

- Prominencia frontal, nariz en silla de montar, acortamiento maxilar, mandíbula prominente, arco alto paladar.
- Queratitis, uveítis, coriorretinitis
- Hipoacusia NS
- Molares en mora, dientes de Hutchinson
- Rágades
- Gomas
- Perforación paladar
- Tibia en sable
- Signo de Clutton
- Neurosífilis

# Sífilis congénita precoz

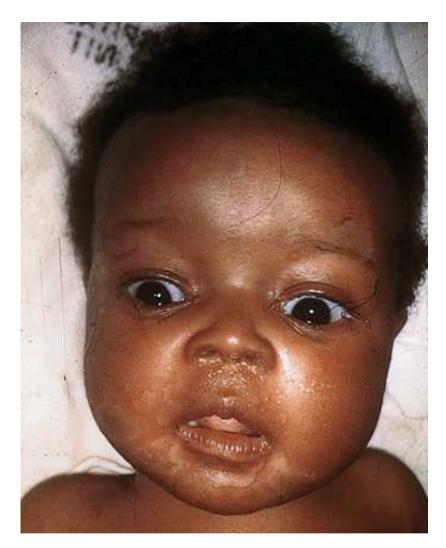




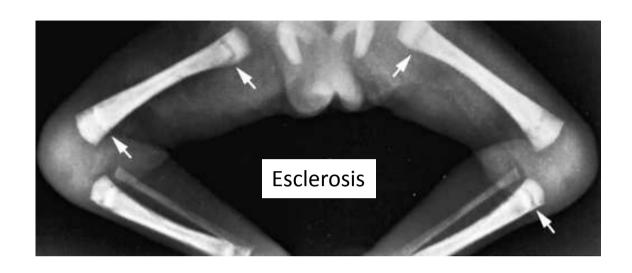


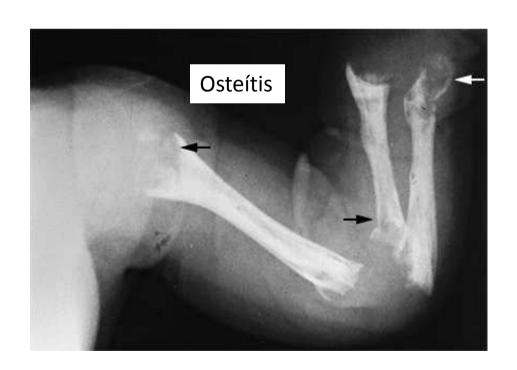






Prominencia frontal Nariz en silla de montar Rinitis sifilítica Rash perioral



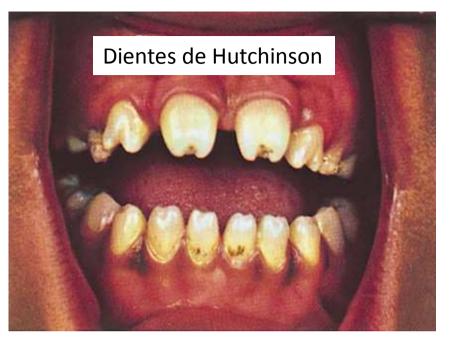




# Sífilis congénita tardía

TRIADA DE HUTCHINSON
Dientes de Hutchinson +
Queratitis intersiticial +
Hipoacusia NS



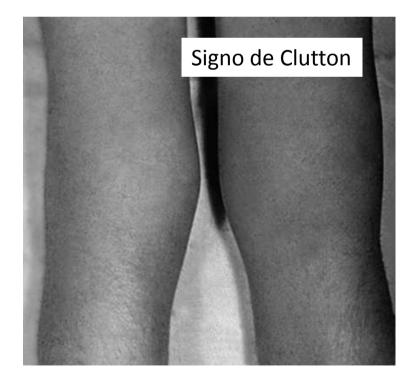












#### Abordaje diagnóstico-terapéutico del RN

Se debe realizar una EVALUACIÓN INICIAL a todos los hijos de madres serorreactivas a lúes durante la gestación

- Serología no-treponémica RPR cuantitativa en el suero
- Serología treponémica CLIA y FTA-ABS IgM
- Exploración física
- Microscopía en campo oscuro y PCR a T. pallidum de frotis de lesiones o exudados sugestivos
- Estudio AP del cordón y placenta

# Situaciones que requieren evaluación más amplia y tratamiento

- 1. RN sintomático.
- 2. EF patológica.
- 3. Serología no-treponémica del RN >4 veces a la materna.
- 4. Detección de *T. pallidum* mediante campo oscuro o PCR.
- 5. RN asintomático con EF normal y con serología no treponémica ≤ 4 veces la materna y:
  - a) No tto materno
  - b) Tto materno < 30 días antes del parto
  - c) Tto materno incompleto, inadecuado o no documentado
  - d) Tto materno pero sin buena respuesta o sin control serológico posterior
  - e) Recaída o reinfección materna

### Evaluación ampliada

- Hemograma, f. hepática y renal.
- Bioquímica de LCR.
- Microbiología:
  - LCR: serología no-treponémica VDRL y treponémica FTA-ABS y PCR a T. pallidum.
  - Muestra de exudado de lesiones: microscopía campo oscuro y PCR a T. pallidum.
- Rx de huesos largos, de tórax (si clínica respiratoria) y neuroimagen (si afectación NRL).
- Examen oftalmológico y auditivo (PEATC).

### Tratamiento Sífilis Congénita

#### Penicilina G sódica IV 10 días

<7d: 100.000 UI/Kg/día (2 dosis)

7-28d: 150.000 UI/Kg/día (3 dosis)

>28d: 200.000-300.000UI/Kg/día (4-6 dosis)

#### **NEUROSÍFILIS**

Penicilina G sódica IV 14 días

200.000-300.000UI/Kg/día (4-6 dosis)

+ Penicilina G benzatina IM

50.000 UI/kg/día (3 dosis semanal)

# Situaciones que no requieren más estudio ni tratamiento

- RN asintomático con EF normal y con serología no treponémica ≤ 4 veces la materna y:
  - Tto materno adecuado con buena respuesta serológica.
  - No evidencia de reinfección o recaída materna.

Sólo en el caso de que <u>no se pueda realizar seguimiento</u>: Penicilina G benzatina IM 50.000 UI/kg/dosis (dosis única).

#### Seguimiento

# Control CLÍNICO y SEROLÓGICO 2, 4, 6, 12, 15 y 18 meses de vida

- $\blacktriangleright$  Ac no-treponémicos  $\blacktriangledown$  a los 3 meses y se negativizarán a los 6-9 meses  $\rightarrow$  si estables o en  $\spadesuit$ , revalorar y tratar.
- ➤ Ac treponémicos transferidos pueden persistir hasta los 15-18 meses → si positivos >18 meses → Sífilis congénita.

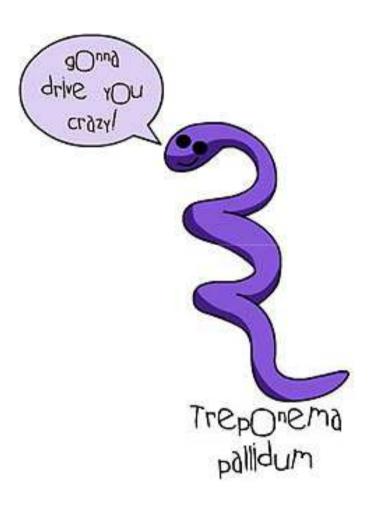
#### **NEUROSÍFILIS**

Control LCR cada 6 meses → si VDRL+ y/o bioquímica alterada → repetir tto + prueba de neuroimagen.

#### Aislamiento



Si sífilis congénita presunta o comprobada hasta 24h de tto.



### Discusión....