



SÍFILIS CONGÉNITA NEONATAL. UN DIAGNÓSTICO EN OCASIONES OLVIDADO

María Moreno Samos, Reyes Roldán López, M^º Carmen López del Castillo, Antonio Postigo Jiménez, Tomás Sánchez Tamayo.

UGC Neonatología. Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCIÓN

- La sífilis congénita es una patología cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, sobretudo en los embarazos no controlados. Las madres con sífilis primaria y secundaria no tratadas tienen mayor posibilidad de transmisión al feto que las madres con sífilis latente por tanto, el riesgo fetal es mayor cuando la enfermedad es más reciente.
- El contacto del niño con un chancro materno en el momento del parto, raramente da lugar a infección posnatal. La sífilis congénita no tratada se asocia con mortalidad y morbilidad perinatal elevadas

CASO CLÍNICO

RNPT 30+3SEG con peso 1548g (p50), parto espontáneo con finalización eutócica y sospecha de corioamnionitis. Nace con buena vitalidad, Apgar 9/10 precisando CPAP precoz con FiO₂ máx 0,3 con descenso a 0,21 previo a traslado. Ingresa en cuidados intensivos para continuar cuidados respiratorios y antibioterapia empírica en espera de cultivos. Entre los antecedentes materno-obstétricos se trata de una primera gestación en madre adolescente (16 años), embarazo parcialmente controlado con ecografías prenatal a la 12SEG y 20SEG normales. Fumadora tabaco durante la gestación. Refiere tratamiento correcto con penicilina intramuscular 1 dosis por chancro sifilítico tratado en otro centro 2 meses previo a este embarazo.



A la exploración del recién nacido (RN) destaca descamación en primer y segundo dedo de mano derecha y lesiones ampollosas de 1cm aproximadamente en plantas y palmas (*foto 1*). No otras lesiones cutáneas. Resto de la exploración normal.

En analítica de sangre se observa anemia (Hb11,8g/dl pese a pinzamiento tardío de cordón), trombopenia de 87000/mmc y patrón colestásico con bilirrubina directa 3,6mg/dl en primeras 6 horas de vida. Ante la sospecha de sífilis congénita se extrae serología en sangre y LCR, se inicia tratamiento con penicilina G sódica intravenosa y se solicita estudio de extensión (ecografía abdominal, transfontanelar, mapa óseo y fondo de ojo). Se recibe resultados serológicos en RN: con prueba de reagina plasmática rápida (RPR) 1/32. IgM anti-Treponema Pallidum positiva y VDRL en LCR negativo. En madre: RPR 1/32. IgM anti-Treponema Pallidum positiva. Resto de serologías negativas. PCR positiva a Treponema pallidum en placenta. Estudio de extensión en el RN normal y tóxicos en orina negativo.

CONCLUSIONES

La sífilis congénita es una enfermedad en alza sobretudo en población vulnerable. En nuestro caso los obstetras consideraron la sífilis materna correctamente tratada sin posibilidad de una mala respuesta al tratamiento como finalmente ocurrió, con las consecuencias nefastas para el neonato.

Es fundamental conocer bien esta patología por todos los profesionales implicados al ser una enfermedad prevenible en el neonato.