

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SIFILIS CONGENITA
(Casos del Hospital Roosevelt)

Estudio realizado en el Departamento de Pediatría de
la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala

Asesor : Dr. Jorge Alvarado M.
Revisor : Dr. Gustavo Pellecer
Director del Departamento
de Pediatría : Dr. Víctor Argueta Von Kaenel

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

por

ELMAR DANILO GONZALEZ ORTEGA

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, enero de 1965

A MIS HERMANOS:

Rodolfo Gustavo González y Sra.
Lic. Alejandro Germán Fuentes y Sra.

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE

- I. INTRODUCCION
- II. HISTORIA
- III. MODO DE TRANSMISION
- IV. CUADRO CLINICO
- V. ANATOMIA PATOLOGICA
- VI. DIAGNOSTICO
- VII. PRONOSTICO
- VIII. EPIDEMIOLOGIA
- IX. TRATAMIENTO

SEGUNDA PARTE

- I. MATERIAL Y METODOS
- II. RESULTADOS
 1. Incidencia
 2. Antecedentes
 3. Cuadro clínico
 4. Signos radiológicos
 5. Reacciones serológicas
 6. Examen de fondo oscuro
 7. Mortalidad y hallazgos patológicos
 8. Tratamiento
- III. DISCUSION
- IV. CONCLUSIONES
- V. SUMARIO
- VI. APENDICE
- VII. BIBLIOGRAFIA

PRIMERA PARTE

I. INTRODUCCION

Siendo la Sífilis, una enfermedad transmisible, - que encuentra campo fértil en la ignorancia y en el bajo nivel higiénico y cultural del medio ambiente, no cabe duda que ha sido y continúa siendo un problema importante en Guatemala. No obstante, al igual que en otras partes del mundo, se le ha quitado en los últimos años mucho interés, con base a los nuevos y eficaces - medios terapéuticos y a las innovaciones de la medicina preventiva. Con el escandaloso aumento universal de la enfermedad, en el último decenio, ha sonado una alarma general, llamando la atención y despertando la inquietud de las autoridades sanitarias y de los médicos. Compenetrado del problema que para nuestro pueblo representa, decidí estudiar los casos de sífilis congénita del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, tomando en cuenta la estrecha relación que la Lues guarda con la forma congénita de la misma, triste legado que los padres afectos transmiten a su descendencia.

Son relativamente pocos los casos analizados, pero a pesar de mi esfuerzo y a la desinteresada colaboración del Departamento de Estadística y Archivos del Hospital Roosevelt, no fue posible coleccionar más.

Mi más cara pretensión es contribuir a divulgar los conocimientos básicos de la Sífilis congénita y recordar a los médicos y estudiantes de medicina, que debe darse, a esta lacra social, la importancia que realmente merece.

En el presente trabajo se usará el apelativo de SIFILIS CONGENITA, en vista de ser el sancionado por el uso, reconociendo la conveniencia de llamarla PRE-NATAL, por el hecho comprobado que, la enfermedad no se adquiere al momento de nacer, sino durante la vida intrauterina. (17, 18, 30).

La escuela norteamericana reconoce el término congénito y es el que tiene más aceptación en la literatura universal. (45). La sífilis congénita, al tenor del primer concepto va íntimamente ligada a la infección sifilítica de la mujer embarazada, por consiguiente, el éxito en el control de aquella, depende de un adecuado control prenatal.

II. HISTORIA

El origen de la Lues, es uno de los más grandes enigmas existentes en el campo de la historia de la Medicina. "A la Sífilis le discuten su cuna de nacimiento y le han negado hasta la fecha de bautismo"(5, 33, 38, 40) (Pedro ArayaCh). No encuentro mejores ni más precisas palabras, para dar una idea del complicado panorama del origen de este antiguo y temido mal.

En relación a la sífilis congénita diré, que se atribuye a Paracelso (1529), (5), la primera mención de la transmisibilidad de la sífilis de padres a hijos. - Ambrosio Paré en el mismo siglo XVI, habla de niños que después del nacimiento, presentan pústulas en el cuerpo. (2).

En el Siglo XVIII hubo médicos eminentes interesados en el tema, quienes aportaron nuevas luces en relación a la naturaleza de la enfermedad. No puedo omitir los nombres de Boerhaave, Astruc, Niel Rosen Rosentein, John Hunter, Sáncz y Raulín; éste último aconsejaba curar a los padres antes de la procreación, para evitar consecuencias desastrosas en los hijos, no sin justicia es considerado como el precursor de la profilaxia de la sífilis congénita. Dato relevante de este siglo fue la fundación del famoso hospital de Vaugirard, dedicado a las madres sífilíticas y a sus lactantes.

Se puede considerar con suficiente fundamento histórico, al siglo XIX como el lapso en el cual se establecieron las bases científicas de los conocimientos actuales. A ese respecto mencionaré únicamente a Virchow quien describió la neumonía alba y las lesiones placentarias de la Lues; Bubler, el hígado sifilítico; Baerensprung, la esplenomegalia; Wagner dió a conocer sus famosos estudios acerca de la osteocondritis; Hutchinson describió su conocida triada, notando aún antes que Kasowitz, la disminución de la virulencia de la sífilis en relación al aumento del número de embarazos. Parrot, en esta misma época, habló de la pseudo-parálisis que ahora lleva su nombre. (5, 38).

En nuestro siglo, merece especial mención Shaudinn y Hoffman (1905), quienes al descubrir el agente etiológico, la Espiroqueta Pálida, marcaron los nuevos derroteros de la Sífilis. Wassermann en 1905, describió la reacción serológica que lleva su nombre, contribuyendo enormemente en el terreno del diagnóstico, sentando al mismo tiempo, las bases de las reacciones que se usan en nuestros días y que se han hecho impresionables en el estudio de este morbo.

Hochsinger, fue el primero en usar la Radiología para el Diagnóstico de la Lues del niño. Posteriormente Thomson llegó al convencimiento de, poder descubrir, con los rayos X, grados ligeros de osteocondritis.

III. MODO DE TRANSMISION

En este campo se han lanzado las más variadas ideas, algunas de ellas parecerán absurdas a la luz de los actuales conocimientos. A modo de ilustración, mencionaré los tres mecanismos probables de transmisión de la enfermedad: (2, 30, 38).

1. Transmisión germinativa, o sea la infección primitiva de las células germinales, óvulo y espermatozoide y a través de ellas se efectuaría el paso al nuevo ser.
2. Transmisión Ex-patrem. Contagio del embrión poco después de fecundado el óvulo, por gérmenes que, se encuentran dentro del líquido seminal y no dentro de los espermatozoos.
3. Transmisión placentaria del germen: único mecanismo que actualmente se acepta. Se refiere al origen materno de la sífilis congénita, clínicamente bien demostrado desde 1948 por Torella. (8, 38, 35).

Se ha podido comprobar que la infección del feto no se efectúa antes del 4º. mes de embarazo. Graffenberg encontró el treponema en la placenta de 16 semanas; nunca se encuentran lesiones sifilíticas características antes del séptimo mes. Es pues, en la segunda mitad y sobre todo en el último tercio de la gestación,

cuando se produce la infección. Por lo tanto, puede afirmarse categóricamente que la sífilis no produce abortos embrionarios, sino únicamente los llamados abortos fetales o partos inmaduros, así como partos premaduros. (16, 35).

Rietschel insiste en que es en el parto, al desgarrarse las vellosidades placentarias en donde tienen lugar gran número de contagios. (5, 30). En favor de ello irían los casos de sífilíticos congénitos, nacidos aparentemente sanos, en quienes al cabo de 4 a 6 semanas se ven los primeros síntomas, y, sobre todo, el estudio de la serología de estos enfermos que, negativa al nacer, se positiviza al final del primer mes. (30).

IV. CUADRO CLINICO

Al igual que la sífilis adquirida, la congénita se divide en reciente o precoz y tardía. Se ha marcado el límite de 2 años para separar una de la otra. También se habla de activa o latente, atendiendo su capacidad de producir o no manifestaciones clínicas.

Por el hecho ya mencionado, de ser la Lues congénita, contraída por medio de la infección placentaria, no hay en el niño, lesión alguna, comparable a la lesión primaria. La forma congénita precoz guarda cierta similitud con la secundaria del adulto, por su parte la congénita tardía se asemeja a la terciaria. (35).

A lo anterior se agregan los estigmas de la enfermedad, o sean algunas anomalías o defectos del desarrollo presentes de por vida y que pueden identificarse en cualquier momento a quienes la han padecido. (1, 18).

Sífilis congénita precoz.

Evoluciona como una septicemia y es mucho más grave que la secundaria del adulto. Si no se trata puede ocasionar la muerte del niño. Las primeras manifestaciones clínicas se observan al momento de nacer o bien, durante las primeras semanas de vida. Antes del apareamiento de los síntomas locales, es po-

sible la aparición de anemia, desnutrición, inquietud y fiebre, o por el contrario, el lactante puede presentar un envidiable estado general, aun en presencia de manifestaciones claramente sifilíticas.

La gravedad de la enfermedad, se acentúa por infecciones piógenas y sepsis secundarias a la solución de continuidad de piel y mucosas, lugares de entrada para las mismas.

Las cinco lesiones más frecuentes de la Lues congénita reciente, se localizan en: (16, 35, 29, 18, 27).

Piel : Similares a la sífilis secundaria, ya que no se presenta chancro en el recién nacido. Se trata corrientemente de una erupción máculo-papulosa, circular, generalmente elevada y no pruriginosa. Al principio tiene un color rojo vivo, tomando después un tinte parduzco. En niños de raza negra, la erupción tiende a presentar un tipo anular circinado. La localización puede ser generalizada o limitarse al dorso, rostro y extremidades.

Hay una forma llamada Pénfigo palmoplantar, en donde la piel está infiltrada, o tumefacta, roja y húmeda, con marcada descamación o bien, seca, arrugada y escamosa con manchas eruptivas claras y oscuras. No es extraño observar una erupción escamosa en cejas y pestañas con pérdida total y parcial de los elementos pilosos. De la misma manera las uñas sufren algunas veces adelgazamiento, presentando surcos transversales, es frecuente una paroniquia de origen luético.

Mucosas : Se afectan con más frecuencia que la piel. La lesión representativa es la RINITIS SIFILITICA, por lo general, la primera en aparecer; cuando la enfermedad es claramente manifiesta, falta en muy raras ocasiones. Empieza con edema de la mucosa nasal, seguido éste, por una abundante secreción mucopurulenta - que irrita el labio superior. La mucosa y submucosa nasal sufren un proceso de ulceración hasta llegar a la hemorragia. La obstrucción nasal dificulta la respiración y la succión.

La propagación de la rinitis a los cartílagos, es habitual, ocasionando necrosis, la cual se traduce a su vez por hundimiento de la nariz, a nivel de huesos y cartílagos; a esta deformidad se le denomina nariz en silla de montar. Me parece oportuno mencionar a este lugar las lesiones mucocutáneas que se desarrollan alrededor de los orificios naturales, de preferencia nariz, boca, ano y vulva; son húmedas, produciendo fisuras y hemorragia. Las lesiones peribucales profundas, van acompañadas de cicatrices radiadas (Ragadías) uno de los estigmas distintivos de la sífilis. Se ven también - condilomas alrededor del ano y de los genitales femeninos, los cuales se está en la obligación de distinguir los de los hallados en niños mayores con sífilis adquirida, al realizar prácticas sexuales anormales con adultos. (35).

Huesos y Cartílagos : La osteocondritis y epifisitis - son de las manifestaciones más sobresalientes de la Lúes congénita precoz. Es factible establecer este diagnós-

En los niños que nacen vivos, hay una hepatitis difusa que, en contraste con la sífilis del adulto, no provoca ictericia ni ascitis. (38). Empero, en crisis de infección masiva se produce considerable grado de ictericia, la cual, junto con la anemia, el edema y la pigmentación residual, dan origen al peculiar aspecto moreno blanquecino del niño (caré-aurait).

Bazo e hígado : Ambas vísceras se encuentran, por lo regular hipertrofiadas.

En el feto la principal manifestación de Lues es la osteocondritis. (16). Se encuentran abundantes espiroquetas en el tejido de granulación formado en estas lesiones. Después del nacimiento, existe a menudo, periosititis.

El treponema, al proliferar en el cartilago subepifisario de los huesos de las extremidades, inhibe el proceso normal de osificación formando granulomas inflamatorios, causan epifisitis, llegando en última instancia a producir una seudoparálisis de Parrot. (38) Existen verdaderas osteomielitis de los huesos, con periostitis local, incluso fracturas manifiestas en la diáfisis. Los cambios patológicos mencionados, pueden dar lugar a diagnósticos equivocados, tales como traumatismo obstétrico del plexo braquial, poliomielitis y escorbuto.

El treponema, al proliferar en el cartilago subepifisario de los huesos de las extremidades, inhibe el proceso normal de osificación formando granulomas inflamatorios, causan epifisitis, llegando en última instancia a producir una seudoparálisis de Parrot. (38) Existen verdaderas osteomielitis de los huesos, con periostitis local, incluso fracturas manifiestas en la diáfisis. Los cambios patológicos mencionados, pueden dar lugar a diagnósticos equivocados, tales como traumatismo obstétrico del plexo braquial, poliomielitis y escorbuto.

tico con dicho hallazgo radiológico en un recién nacido. (35).

El bazo suele alcanzar dimensiones superlativas, lo que ha permitido dar nombre a una anemia pseudo-leucémica infantil, así como una pseudoenfermedad de Banti sifilítica. (38).

Otros órganos : En el sistema nervioso central, meningitis; en el aparato de la visión, iritis y coroiditis; en el sistema hematopoyético, anemia; en el aparato respiratorio, neumonía alba; sistema circulatorio, miocarditis con focos necróticos ricos en treponemas, arteritis localizada en aorta, (31), arterias cerebrales y en los miembros. Se han descrito además lesiones en riñón, glándulas endocrinas y en casi todas las regiones del organismo. (16, 29, 35).

Sífilis congénita tardía.

No reviste los caracteres de una septicemia, ya que ataca los órganos o sistemas en forma aislada. Después de un largo período de latencia y sin causa desencadenante reconocida aparecen las lesiones, siendo las más importantes; las que se mencionan a continuación en orden de frecuencia: Queratitis intersticial, articulaciones de Clutton, lesiones en el sistema nervioso y gomas.

Queratitis intersticial : Se presenta con más frecuencia en mujeres. (29, 38). Esta grave y molesta lesión de la cornea es la manifestación activa más frecuen-

te de la sífilis congénita tardía. No ocurre en la adquirida, a menos que su adquisición sea en el momento de nacer o un período temprano de la infancia. (38). - Se observa con máxima frecuencia al acercarse la pubertad, aun cuando se han visto casos en la época comprendida de los 4 a los 20 años. La afección se inicia por una inyección periquerática y enturbiamiento del reborde corneal, el cual toma el aspecto del cristal emerilado, en días sucesivos se extiende al resto de la superficie corneal. Hay un proceso de infiltración que invade el parénquima corneal y la cubierta posterior, dejando casi siempre libre la cubierta anterior.

Los principales síntomas son fotofobia y epífora, es común que el niño sufra grandes molestias. A pesar de iniciarse en un ojo, en un elevadísimo porcentaje de casos se hace bilateral. La infiltración persiste semanas o meses y aunque puede ser detenida en cierto grado por el tratamiento, no cura con facilidad.

La Queratitis intersticial, en asociación con los dientes de Hutchinson y la sordera laberíntica, constituyen la Triada de Hutchinson, vista cada vez con menor frecuencia.

Lesiones nerviosas : Neurosífilis. Es desgraciadamente la segunda lesión, en orden de frecuencia de la sífilis congénita tardía, manifestándose entre la edad de uno y diez años. El cuadro clínico es el de una entidad meningovascular. Pueden existir signos del proceso desde la primera infancia, caracterizados por hemiple

ja y convulsiones. Con mayor frecuencia el niño presenta retraso mental, tarda en hablar, denotando irritabilidad. Es rara, la verdadera parálisis juvenil, con defectos de memoria, tendencia a delinquir, ilusiones y alucinaciones, después de un período de desarrollo que es aparentemente normal. (16).

La tabes juvenil es excepcional, en su sintomatología pueden faltar muchos de los componentes de la tabes dorsal del adulto; es frecuente la incontinencia urinaria. (38).

Gomas e infiltración gomosa de los órganos : con predilección por piel, huesos y vísceras. Sus manifestaciones y características, son idénticas a las del período terciario de la sífilis adquirida. Se han observado a partir del 4°. al 6°. año de vida. Son bien conocidas en la infección intrauterina las sifilides tuberoulcerosas de la cara, que, por su semejanza con las lesiones tuberculosas, se llaman sifilides lupiformes.

Articulaciones de Clutton. (13) : Es una hidrartrosis indolora bilateral de las rodillas, acompañada a menudo a la manifestación anterior. Afortunadamente cede con rapidez al tratamiento.

Estigmas : El niño que ha padecido de una sífilis grave en la primera infancia, queda marcado de por vida, con las secuelas de ésta proteica enfermedad. Me con

cretaré a mencionar los siguientes estigmas: enamismo, gigantismo, nariz en silla de montar, tabique nasal perforado, dientes de Hutchinson, 6°. molar en forma de mora, giba frontal, velo del paladar ojival, escápula alata, agrandamiento del tercio interno de ambas clavículas, cierre prematuro de fontanelas, tibiae en sable, ragadías. Pueden existir secuelas oculares y aun culminar en ceguera. La deformidad dentaria genuinamente sifilítica (dientes de Hutchinson) es la "excavación en media luna del borde libre de los incisivos medios superiores y convexidad de los laterales, que dan al diente forma de tonel"; se describen también como "dientes en Sierra". (1, 16, 18, 35, 32).

SIFILIS
PRE-
NATAL

Reciente	Activa	Cutánea Flictenular Mucosa Sistema óseo	Condrítis Epifisitis
	Latente	Hepática Gastro intestinal Respiratoria Nerviosa	
Tardía	Latente		Enanismo Gigantismo Nariz silla de montar Tabique nasal perforado Dientes en sierra Molar 6°. en mora Giba frontal Velo paladar ojival Escápula alata Tibia en sable
	Activa	Goma Sistemas	Cutáneo, mucosa Ocular Auditiva Oseas Cardiovascular Gastrointestinal Hepático Renal Nervioso

Tomado del Manual de Dermatología del Dr. Fernando A. Cordero C, con autorización del mismo.

V. ANATOMIA PATOLOGICA

La autopsia sistemática en mortinatos y recién nacidos que fallecen es de indecible utilidad. Mediante ella se logra en la mayoría de los casos, establecer el diagnóstico de sífilis congénita, aun cuando los datos clínicos sean muy precarios. (5).

La evolución final del embarazo en una mujer sífilítica, es la siguiente: (14, 16, 27).

1. Aborto tardío después del 4º. mes.
2. Niño prematuro infectado.
3. Nacido muerto a término.
4. Nacido sífilítico a término.
5. Niño vivo no infectado.

En el niño sífilítico se encuentra un proceso de fibrosis generalizada, localizándose preferentemente en el hígado, páncreas, bazo, riñones, glándulas suprarrenales, músculo cardíaco, médula ósea y testículos. (42, 46). A pesar de las muchas lesiones anatómopatológicas sugestivas de Lúes, como es natural el único rasgo patognomónico es la presencia de la espiroqueta pálida en los tejidos. Se ha descrito una considerable hematopoyesis medular, análoga a la de la eritroblastosis fetal. (3, 8, 14).

Se considera que la aeritropoyesis extramedular, junto con la esplenomegalia y la osteocondritis, figura entre los hallazgos más constantes en los infantes que mueren de sífilis congénita. (35, 37).

Teniendo en mente que, el medio de transmisión de este mal a través de la placenta, es de esperarse que, tanto ésta como el corazón umbilical estén implicados. Por lo anterior es indispensable tener nociones de cambios patológicos que sufren estos órganos, a fin de poder, en presencia de ellos, sospechar el origen de las lesiones. (5). La hipertrofia de la placenta en relación al peso del feto es uno de los caracteres más mencionados. Cuando el peso de la placenta es mayor de 500 gr., para muchos autores o bien cuando pesa más de la cuarta parte del peso del niño, es sospechosa de placenta luética. (7, 21, 23, 26). Otros rasgos sugestivos son: palidez, con aspecto grasoso y mate. Además, es muy blanda y friable, con abundante edema intersticial, repartidas en su superficie hay zonas amarillentas con tono lustroso. (34).

Microscópicamente, las vellosidades coriales, no tienen el aspecto arborescente peculiar, siendo más gruesas que lo normal, en forma de maza. Hay gran disminución del número de vasos sanguíneos, los que pueden en casos avanzados, casi desaparecer por completo, a causa de alteraciones endarteríticas y de la proliferación de células del estroma.

No obstante, ser, el treponema, abundante en los tejidos del feto, es raro encontrarlo en la placenta.

No ocurre igual en el cordón umbilical, en donde es frecuente encontrar al germen susodicho, mediante raspado de la íntima de los vasos del cordón recién cortado.

VI. DIAGNOSTICO

Con un cuadro clínico claro, el diagnóstico de la sífilis congénita no es muy difícil. En la mayoría de los casos no se puede prescindir de la ayuda del laboratorio y de exámenes complementarios en general. (43).

Las mujeres embarazadas deben someterse a cuidadoso interrogatorio, tratando de encontrar algún antecedente de sífilis, el cual puede ser tal vez, una erupción cutánea o mucosa, este caso, se hará un estudio clínico y serológico completo de la madre y del recién nacido, en busca de alguna evidencia de Lúes. (16, 29). Los exámenes complementarios que se usan para el diagnóstico de la sífilis congénita son:

1. Examen en fondo oscuro del raspado del endotelio venoso del cordón umbilical, o de alguna lesión húmeda presente; hay probabilidad de poner en evidencia al agente etiológico en cualquiera de ellas. (35, 40).
2. Radiografía de huesos largos del niño: éste, es uno de los valiosos procedimientos, como auxiliar en el estudio de la entidad, especialmente cuando los datos clínicos y serológicos no son concluyentes.

El diagnóstico radiológico es posible en un 95% de casos, en contraste a un 30% diagnós-

ticable por serología, según Parmelee and Halpern, citado por Sutton. Dentro de los primeros 4 meses de edad, se consigue revelar, con los rayos X, las 4 lesiones óseas de la sífilis congénita, a saber: osteocondritis, epifisitis, diafisitis y periostitis. El compromiso óseo, es aun posible sospecharlo, mediante el examen radiológico fetal in útero. (5, 16, 35).

3. Reacciones serológicas. La reacción de Wassermann o, cualquier prueba de floculación o precipitación, coadyuvan enormemente para dilucidar las múltiples dificultades que ofrece el estudio de la Lúes congénita.

Las pruebas usadas corrientemente (únicas conocidas en nuestro medio), son a base de antígenos no treponémicos, éstas tienen un buen grado de sensibilidad pero con el inconveniente de no ser específicas para el diagnóstico de la sífilis. Para obviar esta dificultad, se conocen actualmente pruebas de antígenos treponémicos, (15), de las cuales, las más conocidas son: la de la inmovilización del Treponema Pallidum, descubierta por Nelson y Meyer en 1949 y la de la fijación del complemento con treponema pallidum. No obstante por su elevado costo y dificultades técnicas, no están al alcance de todos los laboratorios. (27, 29, 44, 16). Se recordará que, estas pruebas, a pesar de ser específicas para Lúes, son menos sensibles que las de antígenos no treponémicos, sirviendo más que todo, en los casos dudosos, especial

mente en la llamada "positividad biológica falsa" (27, 44).

En los 6 meses de vida, no se tomarán con ligereza estos informes. En el recién nacido una prueba serológica reactiva, no significa necesariamente que el niño padezca de Lúes; los anticuerpos de la circulación materna pasan con facilidad al feto, dando de esta manera un resultado positivo. Asimismo, una prueba negativa, traduce la incapacidad del nuevo ser para desarrollar anticuerpos.

Cuando el niño llega a la edad de 3 meses, la positividad serológica, dada por transferencia positiva, suele desaparecer y ya el lactante está en condiciones de formar sus propios anticuerpos, por lo mismo la reacción serológica pasa a tener un valor inestimable. A la edad de 6 meses, las reacciones serológicas, son dignas de confianza casi absoluta.

Enfatizo que, una sola reacción no es suficiente para tomar decisiones a cualquier edad, a menos que existan signos clínicos o radiológicos irrefutables. No se olvidará que la positividad de una reacción se debe algunas veces a error de laboratorio y que existen además, las llamadas reacciones positivas falsas.

En presencia de una reacción serológica reactiva sin evidencia clínica de Lúes, es preciso realizar exámenes titulados con 1 mes de intervalo. Si al cabo de 3 meses, no ha disminuído el título o si no ha desaparecido la positividad a los 6 meses, no se esperará nada más para iniciar el tratamiento. (16, 43).

VII. PRONOSTICO

La sífilis congénita, es un caro e injusto tributo, pagado por la descendencia, al descuido e ignorancia de los padres. El daño ocasionado al indefenso organismo es tal, que raras veces logra sobrevivir. Cuando lo consigue y es abandonado a su destino, quedará condenado al peso oneroso de los estigmas de la enfermedad, o, en el mejor de los casos, sucumbirá fácilmente. He ahí la importancia de un diagnóstico precoz, - pues iniciando una terapéutica inmediata y eficaz, el niño crecerá normalmente y su desarrollo no sufre alteración.

De lo anterior se infiere la importancia capital de conocer a fondo este flagelo social y la grande responsabilidad de todos los médicos, quienes tienen la obligación por velar por la salud y felicidad del ser humano.

Con tratamiento adecuado, las lesiones desaparecen con rapidez y los estigmas son leves o faltan completamente. Cuando éste se inicia, en un período avanzado, las marcas indelebles de la sífilis acompañarán al individuo por toda la existencia. (35).

El desenlace es a veces fatal, aun con tratamiento eficiente. La destrucción masiva de treponemas ocasionada por los medicamentos, se ha inculcado de acelerar el curso mortal, sin que a éste respecto haya nada definitivo. (35).

El hecho de encontrar reacciones positivas en niños de aspecto normal, (sífilis pre-natal latente tardía), demuestra que hay quienes pueden sobrevivir sin haber sido tratados. La queratitis intersticial, deja a veces la secuela de un defecto visual. La sífilis meningovascular, convierte, sin remedio, al niño atacado, en una persona inútil. (35, 27).

VIII. EPIDEMIOLOGIA

Apegado al aformismo, "prevenir es mejor que curar", expongo antes de las consideraciones terapéuticas, los aspectos concernientes a la prevención de la sífilis. En relación al auge que éste ha tomado en los últimos 10 años, las autoridades de la OMS, lo atribuyen a tres factores relevantes: (29, 39).

1. La eficacia de la penicilina, su precio módico, la facilidad con que se administra, han alejado el miedo que antes inspiraba la enfermedad, dando la impresión de una seguridad engañosa.
2. La urbanización y la industrialización, porque la absorción de la población rural por las ciudades de rápida expansión, desempeña también un papel esencial ya que la sífilis, sobre todo es una enfermedad urbana.
3. La rapidez de comunicaciones, la facilidad de los desplazamientos, el aumento del tráfico aéreo y marítimo, contribuyen, asimismo a hacer de la sífilis, una enfermedad internacional.

En nuestro medio, el fenómeno del aumento de la enfermedad, ha seguido, indudablemente, la misma curva del resto de los países del mundo. En contra de mi deseo, no cito cifras estadísticas, pues, me parecen poco útiles, ya que éstas indican descenso -

del número de casos de Lúes, cuando en realidad, según el criterio de las personas más autorizadas de nuestro medio ha habido una marcada elevación del número de personas, catalogadas como tales, vistas tanto en centros de salud, como en las clínicas particulares.

El estudio de la prevención de la sífilis, es por demás extenso y complicado. No está dentro de los objetivos del presente trabajo, incluir detalles a ese respecto, mencionaré nada más, principios que considero básicos e ineludibles. (22, 4, 10, 20, 41).

Todas las medidas tendientes a controlar la sífilis adquirida, contribuyen directamente a disminuir la frecuencia de la forma congénita de la misma. El estricto y eficaz control pre-natal, es, en todos los países civilizados, el ariete principal de la lucha contra la sífilis congénita, su persistencia significa para muchos el escarnio de la medicina moderna, ya que no se justifica a la luz de los actuales conocimientos de epidemiología y avances de la salud pública. (35).

Las actividades de los centros de higiene y asistencia materno-infantil, en lo que se refiere a la prevención de la sífilis congénita, se pueden resumir en los dos aspectos fundamentales siguientes, (47) : 1) Diagnóstico oportuno de la Lúes en la mujer embarazada; y 2) Tratamiento adecuado de los casos confirmados. Al diagnóstico se llegará, mediante un interrogatorio detallado y un examen físico completo, más los exámenes completamente pertinentes. El tratamiento se hará al tenor de cualquiera de los esquemas terapéuticos reconocidos, no es necesaria la medicación adicional durante el embarazo. (16, 17, 29).

IX. TRATAMIENTO

El tratamiento de la sífilis congénita, ocupa un lugar preeminente, en base a contar en nuestros días, con los medios terapéuticos certeros y adecuados, que permiten llegar a una curación casi completa, cuando se usan siguiendo las reglas y esquemas universalmente aceptados.

En cuanto se confirma el diagnóstico y sin la menor pérdida de tiempo se iniciará el tratamiento. Lo mismo se aconseja en casos de niños, cuyo título serológico no ha disminuído al llegar a la edad de 3 meses, o en el caso que éste tienda a aumentar. De acuerdo a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, se usan los siguientes esquemas terapéuticos, (29):

1. Sífilis congénita precoz.
 - a) 100,000 U. de PAM (penicilina en monoestearato de aluminio), por Kgr. de peso, en dosis total.
 - b) 100,000 U. de penicilina acuosa por Kgr. de peso, en dosis total.
 - c) 50,000 U. por Kgr. de peso de penicilina G benzatínica en dosis total, administrada en una sola inyección intramuscular.

En el recién nacido se dará preferencia a la pe-

nicilina cristalina. En el caso de las dos primeras formas de penicilina, la dosis total se dividirá en 8 días; en los primeros 3 días se usará la cristalina y en los restantes la penicilina procaína.

El niño tratado se someterá posteriormente a una observación clínica y serológica, con intervalos de 1 mes los primeros 6 meses, luego trimestralmente por un año. Si sólo se piensa hacer un análisis de L. C. R., mejor momento es al año de finalizado el tratamiento.

1. Sífilis congénita tardía.

A. Si el L.C. R. no es reactivo, el tratamiento es igual al de la sífilis latente tardía:

a) Penicilina Benzatínica 2.400 000 U.; se darán 1.200,000 i. m. en cada nalga en una sola sesión.

B. Si no se va a hacer análisis de L.C.R. el tratamiento debe considerar la posibilidad de neurosífilis asintomática, por lo que se dará el tratamiento respectivo:

a) PAM, 4.800,000 U; 2.400,000 en la primera sesión y 1.200,000 U. en cada una de las siguientes, con 3 días de intervalo.

b) Penicilina G en suspensión acuosa:

4.800,000 U., 600,000 U. al día por espacio de 8 días.

El período de observación es igual que para el caso anterior.

C. Si el L.C.R. es reactivo, se tratará como la -
neurosífilis:

- a) Penicilina G benzatínica: 6 a 9 millones -
de U. en total, administrando 3 millones -
de U. cada 3 días.
- b) PAM: 6 a 9 millones de U., 1 a 2 millones
de U. con intervalo de 3 días.
- c) Penicilina G procaínica: 6 a 9 millones, -
600,000 U. al día.

En los 3 esquemas de tratamiento, es dudoso y
no se ha demostrado que se obtenga ventaja alguna -
administrando más de 10 millones de unidades de pe-
nicilina.

Si los análisis de L. C. R. son no reactivos, se
harán pruebas serológicas cuantitativas durante 2 a-
ños, con intervalo de 6 meses cada uno.

Si el líquido cefaloraquídeo es positivo, hacer
examen serológico cuantitativo cada 3 meses durante
el primer año y a intervalos de 6 meses en el segundo

año. Cuando el recuento de células y la proteína total vuelven a lo normal, la enfermedad ya no es activa. El L.C.R. puede permanecer reactivo durante años, como el suero sanguíneo.

Cuando por razones inmunológicas no es posible emplear la penicilina que es el antibiótico de elección, se recomienda el uso de Eritromicina, Tetraciclina o Cloramfenicol a las dosis y vías usuales, por espacio de 15 a 20 días. (19, 20, 36, 40).

SEGUNDA PARTE

I. MATERIAL Y METODOS

Los casos de sífilis congénita estudiados son únicamente 10, siendo estos los que se lograron confirmar, desde la iniciación del Departamento de Pediatría en el Hospital Roosevelt. (6). Fue imposible incluir los casos del año de 1962, pues los Registros Médicos se encuentran en la Dirección General de Estadística.

En el Servicio Séptico de Recién Nacidos, constantemente se presenta el caso de niños con reacciones serológicas positivas, hijos de madres de igual condición serológica, no obstante en estos casos, tanto el estudio clínico como el radiológico, en la mayoría de las veces, no revela anormalidad. A pesar de ello, son considerados como casos de sífilis congénita, sometidos al tratamiento estipulado, ya que lo más probable es que esos niños no sigan ningún control médico en el futuro. Lo anterior, unido a múltiples razones, dificulta la obtención de datos estadísticos valederos y obstaculiza la comprobación y el tratamiento de esta enfermedad venérea.

El criterio de diagnóstico seguido, en el estudio de los casos del presente trabajo fue el siguiente:

1. Historia clínica.
2. Cuadro clínico.
3. Exámenes serológicos del niño y de la madre.
4. Signos radiológicos.
5. Hallazgos de autopsia.

Los exámenes radiológicos fueron practicados en el Departamento de Radiología del Hospital Roosevelt e interpretados por el Jefe del mismo. El método serológico usado fue el de V.D.R.L. (cardiolipina), efectuado en el laboratorio del mismo hospital.

II. RESULTADOS

1. Incidencia.

Como ya se ha dicho repetidas veces, no es posible dar una cifra de la frecuencia de la enfermedad en nuestro medio. Serían innumerables los factores - que intervienen para el efecto, algunos de ellos son:

- a) El escaso número de madres que vienen a control pre-natal.
- b) El período de hospitalización extremadamente corto, tanto de la madre como del niño.
- c) Falta de estudios radiológicos y serológicos.
- d) Negligencia materna, al no buscar atención médica u hospitalaria para sus hijos.

2. Antecedentes .

Edad. La edad fluctuó entre 16 y 43 años.

Control pre-natal. Asistieron a control pre-natal únicamente dos pacientes (20%). Una de ellas fue vista 3 días antes del parto.

Gestación. El número de gestaciones de las pacientes fue como aparece a continuación:

Gestas 1	4 pacientes	40%
Gestas 2	1 paciente	10%
Gestas 3 ó más	3 pacientes	30%
Gestas no determinadas	2 pacientes	20%

Solamente una paciente presentó el antecedente de un aborto previo.

Sífilis materna: Es una paciente se descubrió el antecedente probable de chancro luético en el 6º. mes de embarazo. Durante el examen físico de admisión se encontró en una paciente chancro sífilítico en labios mayores y en otra condilomas perianales. En el resto de madres no se encontraron anomalías.

Hijos anteriores: En la historia de dos madres se halló el antecedente de hijos anteriores con patología neonatal.

Una madre tuvo un mortinato y un niño que falleció con un cuadro sospechoso de sífilis congénita.

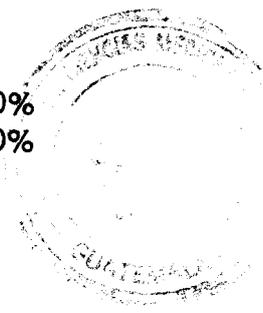
El siguiente por considerarlo como un caso singular, lo expongo con detalles:

Madre Z.E.M. (Reg. Méd. No.126155), de 17 años de edad, sin control prenatal y cuyo primer hijo a término fue hospitalizado por presentar una tumefacción a nivel de la región inguinoescrotal derecha, dis-

tensión abdominal, hepatoesplenomegalia, fenómenos hemorrágicos de la piel, bilirrubinemia de tipo directo y V.D.R.L. positivo al 1:16. Este niño fue intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de hernia inguinal extrangulada; a la exploración se encontró un hematoma gigante del testículo derecho, el cual fue drenado; no obstante el paciente falleció 7 días más tarde a consecuencia de herida incisional e infección secundaria; el examen radiológico de éste caso no reveló lesiones de tipo sifilítico y el diagnóstico de lúes se hizo retrospectivamente, confirmándolo anatomopatológicamente. Un año más tarde, esta misma madre acudió al hospital para controlarse de un nuevo embarazo. En esta ocasión (45 días antes del parto), se le hizo una reacción serológica, la cual resultó positiva y sin embargo no se le dió tratamiento por circunstancias no determinadas. Como producto de este embarazo a término, nació un niño que pesó 5 libras con 10 onzas y que a las pocas horas de nacido se encontró pálido, con distensión abdominal, sin ruidos intestinales, signo de Cullen positivo y que rápidamente entró en shock, falleciendo 10 horas más tarde. El examen anatomopatológico demostró hepatoesplenomegalia, ruptura esplénica y hemorragia intraperitoneal; microscópicamente se confirmó el diagnóstico de sífilis. El estudio radiológico por el contrario, fue normal.

Reacciones serológicas:

V.D.R.L. positivo	5 pacientes	50%
Sin reacción serológica	5 pacientes	50%



Las reacciones serológicas se realizaron en el post-parto inmediato, a excepción de una paciente en quien se hizo 45 días antes del parto.

Duración del embarazo:

25 semanas	1 paciente	10%
31 semanas	2 pacientes	20%
35 semanas	2 pacientes	20%
40 semanas	1 paciente	10%
Duración no determinada	4 pacientes	40%

Peso del niño al nacer:

Menos de 4 lbs.	1 niño	10%
Entre 4 y 5 lbs.	2 niños	20%
Entre 5 y 6 lbs.	3 niños	30%
Peso no reportado	4 niños	40%

3. Cuadro clínico.

Motivo de ingreso:

Prematuros nacidos en el hospital	4 niños	40%
Coriza	4 niños	40%
Distensión abdominal	3 niños	30%
Epistaxis	2 niños	20%

Signos mucocutáneos:

Máculas y pústulas	3 niños	30%
Palidez	2 niños	20%
Ictericia	3 niños	30%
Piel macerada	1 niño	10%
Piel "gangrenosa a- pergamínada"	1 niño	10%
Rinitis	3 niños	30%

Hepatoesplenomegalia: Se presentó en 7 de los 10 casos reportados.

4. Signos radiológicos.

En 8 de los 10 casos (80%), se hizo estudio radiológico y las lesiones encontradas fueron:

Diafisometafisitis	2 niños	20%
Periostitis	1 niño	10%
Concritis	1 niño	10%
Metafisitis ligera	1 niño	10%
Sin signos radiológicos	3 niños	30%

Las placas de Rayos X fueron revisadas con el - Jefe del Departamento, con quien se confirmaron los resultados, correlacionándolos con el cuadro clínico de cada caso.

5. Reacciones serológicas.

Se efectuaron reacciones serológicas en 7 de los 10 casos (70%), con los resultados siguientes:

V.D.R.L. positivo	7 niños	70%
No se hizo reacción serológica	3 niños	30%

6. Examen en campo oscuro.

Unicamente en 2 de los 10 casos (20%) se practicó examen bacteriológico de secreción nasal, en uno de ellos se encontró el agente etiológico (Treponema Pallidum)

7. Mortalidad y hallazgos anatomopatológicos.

Fallecieron en las primeras 24 hrs.	3 niños	30%
Fallecieron en los primeros 3 días	1 niño	10%
Fallecieron en los primeros 30 días	2 niños	20%
Fallecieron en los primeros 45 días	2 niños	20%
Egresaron vivos	2 niños	20%

De estos últimos, cabe mencionar que fueron ni-

nos cuya edad fue de 24 y 48 días respectivamente. El índice de mortalidad fue por lo tanto de 80% y de los niños fallecidos el 50% murió en el curso de los 3 primeros días de vida. Los hallazgos anatomopatológicos fueron los siguientes:

Hígado:

Hepatomegalia	8 casos	100%
Fibrosis difusa intersticial e infiltrado mononuclear	8 casos	100%
Focos de mielopoyesis	1 caso	12.5%

Pulmones:

Fibrosis intersticial difusa	1 caso	12.5%
Infiltrado mononuclear	1 caso	12.5%
Atelectasia parcial difusa más congestión	1 caso	12.5%
Fibrosis intersticial difusa más infiltrado mononuclear	3 casos	37.5%
Infiltrado mononuclear más atelectasia focal difusa	1 caso	12.5%
Sin informe histológico	1 caso	12.5%

Páncreas:

Fibrosis intersticial difusa	2 casos	25.0%
Fibrosis intersticial difusa más infiltrado mononuclear	3 casos	37.5%

Sin cambio patológico	2 casos	25.0%
Sin informe histológico	1 caso	12.5%

Bazo:

Esplenomegalia	8 casos	100%
Ruptura esplénica hilar	1 caso	12.5%
Fibrosis moderada de la pulpa roja	2 casos	25.0%
Fibrosis marcada de la pulpa blanca	1 caso	12.5%
Fibrosis capsular y subcapsular	1 caso	12.5%
Congestión moderada	3 casos	37.5%
Sin informe histológico	1 caso	12.5%

Otros órganos :

Riñones: Fibrosis intersticial	1 caso	12.5%
Infiltrado mononuclear	1 caso	12.5%
Cerebro: ausencia de mielinización	1 caso	12.5%
Bulbo raquídeo: reacción glial periependimaria	1 caso	12.5%
Meninges: infiltrado mononuclear y polinuclear	1 caso	12.5%
Nervios craneanos: infiltrado mononuclear	1 caso	12.5%

Timo: infiltración polinuclear	1 caso	12.5%
hemorragia intersticial	1 caso	12.5%
Intestino delgado y colon: infiltrado en la sub-mucosa	1 caso	12.5%
Neumatosis del colon	1 caso	12.5%

8. Tratamiento.

Todos los niños recibieron tratamiento a base de penicilina, siguiendo los esquemas terapéuticos aceptados. Como el 40% de ellos fallecieron en los primeros tres días de vida, a éstos, únicamente se les administraron las dosis iniciales del tratamiento. En el resto de casos, se dió la dosis total de penicilina.

Además de la terapéutica de fondo, los niños - recibieron los cuidados correspondientes a su condición general, tales como soluciones endovenosas, san gre, etc.

III. DISCUSION

A la sífilis congénita, merece que se proporcione más atención que la que hasta la fecha se le ha dado. Los casos presentados en el estudio anterior dan una idea de las características de la enfermedad, las cuales coinciden con las descritas en libros de texto y en la bibliografía extranjera en general. No en todos los casos se pudo llegar a un diagnóstico clínico exacto, por lo variado de los hallazgos, ausencia de antecedentes maternos, falta de control pre-natal y por la brevedad de la asistencia en muchos de ellos.

No me cansaré de insistir en el gran inconveniente que significa la falta casi absoluta de control médico pre-natal en la madre guatemalteca.

IV. CONCLUSIONES

1. La sífilis continúa siendo un problema médico-social en todas partes del mundo y en la última década el número de casos ha aumentado notablemente. (9).
2. La sífilis congénita, por consiguiente, ha vuelto a aparecer y como un fantasma, cabalga nuevamente, amenazando la felicidad de muchos hogares. (48).
3. Se debe revivir el interés por la sífilis, tanto en médicos como en estudiantes de medicina a fin de conocerla e investigarla por medio de una anamnesis prolija, examen físico completo y pruebas de laboratorio, así cuando se presente, se estará en condiciones de luchar contra ella eficazmente.
4. El mecanismo de transmisión aceptado a la luz de los conocimientos actuales, es de la madre al feto, por la vía transplacentaria, a partir del cuarto mes de embarazo. (21).
5. De acuerdo a la conclusión anterior, la sífilis no produce abortos embrionarios sino únicamente abortos fetales y partos prematuros.
6. El índice de mortalidad de 80% encontrado en este estudio, es alarmantemente elevado. 40% de

los niños murieron en los primeros tres días de vida.

7. El pronóstico de la sífilis congénita se agrava en relación directa a la precocidad de aparición de las manifestaciones.
8. La autopsia en mortinatos y recién nacidos es concluyente para el diagnóstico de Lúes congénita, aún en presencia de datos clínicos escasos.
9. Los Rayos X constituyen un valioso auxiliar en el esclarecimiento de un cuadro clínico incierto. En este trabajo se demostraron lesiones radiológicas óseas en el 50% de los casos, las más frecuentes fueron: Diafisometafisitis, Periostitis y Condritis.
10. La serología no es un examen concluyente en los primeros 6 meses de edad y debe interpretarse con mucho cuidado.
11. Los signos físicos que se encontraron con mayor frecuencia fueron: lesiones cutáneas, rinitis y hepatoesplenomegalia.
12. El control pre-natal es en los países civilizados el arma principal en la lucha contra la forma congénita de la sífilis. Es desalentador el pequeño número de mujeres que reciben, en nuestro país, atención médica durante el embarazo,

debido a: ignorancia, negligencia y pobreza.

13. Todo recién nacido de madre sifilítica, debe ser tratado antes de egresar del hospital, aun sin que presente síntomas o signos, ya que es casi imposible hacerle controles ulteriores.
14. Es indispensable hacer una revisión y actualización de los principios y leyes que rigen la campaña antivenérea en Guatemala. En relación a sífilis congénita, se impone:
 - a) Intensa labor de divulgación y orientación para todos los sectores del país, dando a conocer las múltiples ventajas de los exámenes médicos prenatales.
 - b) Dar a los sectores más necesitados de la población, las máximas facilidades para el acceso a los centros hospitalarios y de salud; y
 - c) Coordinar las actividades de los hospitales con las de los centros de salud, a fin de que tanto las madres como los niños, reciban controles médicos periódicamente.

V. SUMARIO

1. Se estudiaron 10 casos de sífilis congénita, en los cuales se pudo establecer un diagnóstico de certeza.
2. No fue posible dar una cifra estadística de la incidencia de la enfermedad en nuestro medio.
3. La edad de las madres fluctuó entre 16 y 43 años.
4. Únicamente dos madres tuvieron control prenatal (20%).
5. En una de las madres se encontraron antecedentes de Lúes. En 2 más hubo hallazgos compatibles con esta enfermedad al examen físico de admisión. Se relata con detalles el caso de una madre con 2 niños sífilíticos, por considerarlo excepcional.
6. Al 50% de las madres se les practicó reacción serológica, siendo éstas positivas.
7. La duración del embarazo varió de 25 a 40 semanas.
8. El peso del recién nacido osciló entre 1 lb. 10 oz. y 5 lbs. 12 onzas.
9. Los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopa

tológicos, corresponden a los descritos por todos los autores.

10. La gravedad de la enfermedad aumenta en relación directa a la precocidad de la aparición de síntomas y signos.
11. El índice de mortalidad, es sumamente elevado - (80%) y aumenta con la prematurez.
12. Se reporta un caso de ruptura esplénica.
13. De los 2 niños que egresaron vivos del hospital, - sólo uno ha continuado controlándose en la Consulta Externa del Hospital Roosevelt y se encuentra en buenas condiciones.

Elmar Danilo González Ortega

Dr. Jorge Alvarado M
Asesor

Dr. Gustavo Pellecer
Revisor

Dr. Víctor Argueta Von Kaenel
Dtor. del Departamento de Pediatría
de la Facultad de Ciencias Médicas

Vº. Bº.

Imprímase:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

APENDICE

CORRELACION DE HALLAZGOS CLINICOS, RADIOLOGICOS, SEROLOGICOS, BACTERIOLOGICOS Y DE AUTOPSIA

M.	Motivo de ingreso	Lesiones cutáneas	Rinitis	Ictericia	Hepato-espleno-megalia	Radiología	V.D.R.L.	Campo oscuro	Autopsia
77	Premadurez	No	Si	Si	Si	Negativo	1:16	Positivo	Sífilis cong.
4	Premadurez	Máculas generalizadas	No	No	No	No se hizo	No se hizo	No se hizo	Sífilis cong.
1	Premadurez	Piel macerada, pústulas en cara y cuello	No	No	?	Diáfisoepifisitis	No se hizo	No se hizo	Sífilis cong.
3	Rinorrea Epistaxis	Excoriaciones en cara	No	No	?	No se hizo	1:64	Negativo	Sífilis cong.
1	Obstrucción nasal, epistaxis	No	Si	No	Si	Negativo	1:128	No se hizo	Sífilis cong.
6	Fiebre, Rinorrea	Piel gangrenosa, apergaminada, descamación	No	Si	Si	Osteoperiostitis. Osteocondritis	1:64	No se hizo	Sífilis cong.
99	Vómitos	No	Si	No	Si	Periostitis	1:16	No se hizo	Egresó viva.
04	Obstrucción nasal	Pústulas región frontal	Si	No	Si	Diáfisometafisitis	1:16	No se hizo	Egresó vivo.
39	Vómitos	No	No	No	Si	Negativo	1:16	No se hizo	Sífilis cong.
55	Premadurez	Petequias Palidez	No	No	No	Negativo	No se hizo	No se hizo	Sífilis cong. Ruptura esplénica.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Allen, Arthur C.: The skin, a clinicopathologic treatise, 1954.
2. Allieve, Ricardo S.: La sífilis del recién nacido. "El Ateneo", Buenos Aires, 1937.
3. Anderson, W. A. D.: Synopsis of Pathology; - The C.V. Mosby Company, St. Louis, Fifth Ed. 1960.
4. Ardaiz, George y Myers, C.: Epidemiología - de las enfermedades venéreas; Bol. de la Oficina Sanitaria Panamericana, Marzo 1962.
5. Azmitia R., Efraín: Contribución al estudio de la sífilis congénita precoz en Guatemala (estudio Medicosocial), Tesis de graduación, 1954.
6. Archivos del Hospital Roosevelt de Guatemala.
7. Beck, Alfred C.: Obstetrical Practice, 1955.
8. Blanc, William A.: Pathways of fetal and early neonatal infection; The journal of pediatrics, - October, 1961.
9. Blattner, Russell J.: Syphilis is still a problem; The Journal of Pediatrics, October, 1961.

10. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, agosto 1963; Actualidades médicas y de salud. - Higiene Materno infantil, Enfermedades venéreas y otras trepanomatosis.
11. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, mayo 1960; Enfermedades venéreas y otras Trepanomatosis.
12. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, enero de 1964, Enfermedades venéreas y otras trepanomatosis.
13. Borella, Luis; Goobar, Julio E.: Synovitis of the knee joints in late Congenital Syphilis (Clutton's Joints), JAMA, April 21, 1962.
14. Boyd, William: Tratado de Patología General y Anatomía Patológica, 1955.
15. Browne, Alcar S.; Bissett, Marjorie, L.: Constancia de las pruebas treponémicas; Bol. de la Oficina Sanitaria Panamericana, Diciembre 1959
16. Campos Salas M.P.H, Antonio: Sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal en la práctica médica, Segunda Edición, Secretaría de Salud y Asistencia, México 1957.
17. Cecil y Loeb: Medicina Interna, 1960, Décima Edición.

18. Cordero C., Fernando A.: Manual de Dermatología, Primera Edición, Unión Tipográfica, Guatemala.
19. Cordero C., Fernando A. : Uso del Lauril Sulfato del ester propiónico de la eritromicina en el tratamiento oral de la sífilis precoz y chancroide; Revista del Colegio Médico de Guatemala, Diciembre de 1963.
20. Djang, Arthur; Kilcrease, Dawson, E.: Los principios y métodos del control de las enfermedades venéreas con especial referencia a las actividades del programa en Nuevo México; Bol. de la Oficina Sanitaria Panamericana, Enero 1959.
21. Eastman, Nicholson J.: Obstetricia de Williams, Tercera Edición en español;UTEHA, 1960.
22. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública, Novena Ed. 1960.
23. Figueroa, Oscar: El Parto prematuro en el Hospital Roosevelt; Tesis de Graduación, 1963.
24. Fuentes P., Francisco: Consideraciones sobre actualidades en Sifilografía. Tesis de Graduación, 1951.
25. Godoy R., Francisco; Pérez R., Ernesto: Evaluaciones serológicas para la investigación de sífilis

en diversos grupos sociales de la ciudad de México; Bol. de la Oficina Sanitaria Panamericana, Mayo 1958.

26. Greenhill, J. P. : *Obstetrics*, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1955.
27. Harrison, T.R.: *Medicina Interna*, Segunda Edición en español, la Prensa Médica Mexicana, 1962. pag. 987-988.
28. Herman, B.; Leslie, N.: *Syphilis*, A.M.A. - archives of Internal Medicine, February 1960.
29. *La Sífilis, Diagnóstico y Tratamiento modernos*, Organización Panamericana de la Salud, No. - 56, 1961.
30. Maccarini, Hugo: *La Lúes Pre-natal*, El Ateneo Buenos Aires, 1939.
31. Maccione S., Alejandro; Macchiavello L, Sergio y Espinosa S., Julio: *Aortitis Luética en el niño*; *Pediatría*, Santiago de Chile, Abril, mayo, 1960.
32. Marañón, G.: *Manual de Diagnóstico etiológico*, undécima Ed.; Espasa-Calpe S.A. Madrid 1961.
33. Martínez Durán, Carlos: *Las Ciencias Médicas en Guatemala*, Tercera Edición.

34. Moragués Bernat, Jaime: Clínica Obstétrica, - Octava Ed., 1960.
35. Nelson, Waldo E.: Tratado de Pediatría, Cuarta Ed., Salvat, 1960, pag. 541-550.
36. Pedro-Pons, Agustín y Soriano Jiménez, Máximo: Formulario Médico Daimón, DAIMON, - 1961.
37. Potter, Edith L.: Pathology of fetus and newborn, 1957.
38. Prieto, José Gay: Trepanomatosis y enfermedades venéreas; Editorial Científico-Médica, - Barcelona, Madrid, Valencia, Lisboa, 1955.
39. Proceedings of World Forum and Syphilis and other Trepanomatosis. Washington, D.C., September 4-8, 1962.
40. Rodríguez L., Francisco R.: La sífilis, su tratamiento por vía oral, Tesis de graduación, 1964.
41. Román, Jorge: Epidemiología y control de la sífilis contagiosa en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Mayo 1963.
42. Schaffer, A.J.: Diseases of the Newborn, W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1963.
43. Slobody, Laurence B.: Survey of Clinical Pe--

diatrics, Second Ed., McGraw Hill Book Co. Inc. New York-Toronto-London, 1956, Pag. 168.

44. Sydney, S., Gellis: The Year Book of Pediatric, Year Book Medical Publisher, Chicago, 1961-62, pags. 147-149.
45. Stedman's: Medical Dictionary, The Williams & Wilkings Co., 1961, pag. 1470.
46. Stowens, Daniel: Pediatric Pathology, The Williams & Wilkings Co., Baltimore, 1959.
47. Vargas, L. René: Actividades de los Servicios de Higiene Materno-Infantil en la prevención de la sífilis congénita en México, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, enero 1960.
48. Woody, Norman C. Sistrunk, William: Congenital Syphilis: a laid ghost walks; the Journal of Pediatrics, January, 1964.