



“DESgaste FETAL POR SIFILIS PRENATAL”

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“DESGASTE FETAL POR SIFILIS PRENATAL”

TESIS

Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

EDGAR ROLANDO BERGANZA BOCALETTI

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, abril de 1976.

PLAN DE TESIS

- 1) INTRODUCCION
- 2) DEFINICIONES Y GENERALIDADES
- 3) OBJETIVOS
- 4) MATERIAL Y METODOS
- 5) ANALISIS Y RESULTADOS
- 6) CONCLUSIONES
- 7) RECOMENDACIONES
- 8) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La sífilis prenatal es causa de abortos, abitos y niños que nacidos vivos presentan en mayor o menor grado las manifestaciones de la enfermedad. Esto sucede a pesar de que el diagnóstico de la enfermedad no es difícil y que existen los medios adecuados para aplicar un tratamiento efectivo y obtener una respuesta adecuada. De manera, que esta enfermedad no debiera existir, sino que resulta paradógico que la sífilis manifieste un incremento en casi todas las partes del mundo (3,4).

En nuestro medio se conoce de la existencia de la sífilis en recién nacidos (sífilis congénita). El Dr. Manuel Tilve en 1967 reporta casos observados en el Hospital San Juan de Dios (12), mas tarde, los doctores Castejón y Paz Carranza, dan cuenta del mismo problema en el Departamento de pediatria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (5). Reportes originados en los servicios de recién nacidos del Hospital Roosevelt, señalan la incidencia de este problema en la población infantil de dicho centro (6,8,12).

Estos reportes aislados de sífilis congénita, aunque indican de que existe este problema, no son determinantes para expresar cuantitativamente la tendencia y extensión de la enfermedad.

Además, los reportes de la sección de neonatología de los Servicios de salud son incompletos porque solo se refieren a los pacientes tratados en los centros de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social casi con exclusividad (13).

Informes de la Sección de epidemiología del I.G.S.S (9), dan una cifra del 2.30/o de V.D.R.L en madres embarazadas que acuden a control prenatal y actualmente una cifra de 0.010/o de sífilis congénita. El Dr. Allan C. Barnes en su libro "Intra uterine Develapment" (10), señala que la incidencia de la infección fetal varía de acuerdo al estado de la enfermedad de la madre en el

momento del embarazo, indicando que el 80o/o de niños que nacen de madres sifilíticas no tratadas se infectan in utero, de estos aproximadamente el 25o/o mueren como resultado de la infección antes del nacimiento o se constituirán abortos o con mayor frecuencia obitos fetales.

En los servicios de recién nacidos y maternidad del Hospital Roosevelt, en un estudio realizado en el año 1974 (7), se encontró que 171 madres de 2832 a quienes se les efectuó V.D.R.L. mostraron serología positiva o sea 6o/o. Estas 171 madres con serología positiva terminaron su embarazo dando nacimiento de niños a término, prematuros, abortos y obitos fetales.

Específicamente el 15o/o de los embarazos fueron obitos fetales y 14o/o abortos, lo cual denota que un tercio de los embarazos no llegaron a producir un ser vivo. De los obitos fetales, el 58.3o/o, las madres presentaron titulaciones 1:16 o más o sea muy sospechosas de ser sifilíticas.

Tomando en cuenta que lo fundamental de un objetivo es realizar algo útil en cualquier campo que se estudie, el presente trabajo es una aportación en beneficio de nuestra población más extensa como lo es la materno infantil. Es así como lo damos a conocer tomándonos la tarea de estudiar 400 casos que incluyen madres, abortos, mortinatos y obitos fetales para tratar de establecer la importancia que tiene la sífilis como desgaste fetal.

DEFINICIONES Y GENERALIDADES

Se hace necesario hacer un recordatorio acerca de algunas definiciones útiles para la mejor comprensión del presente trabajo.

ABORTO:

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible vivir fuera del claustro materno. (10).

El aborto puede suceder tempranamente, antes de las 16 semanas o bien tardíamente a partir de la 16 a 28 semanas. Aproximadamente el 75o/o de los abortos ocurren antes de las 16 semanas; y de estos, las tres cuartas partes se presentan antes de la 8a. semana de gestación.

OBITO FETAL:

Se llama así a la muerte del producto de la concepción por arriba de la 28 semana de gestación y con una retención in utero de cuatro semanas. (10).

En la segunda mitad del embarazo, el feto muerto y retenido sufre un proceso llamado maceración. En los dos primeros días los tejidos se ablandan; entre el tercero y el octavo, la epidermis se infiltra de serosidad, terminando por elevarse en forma de flictenas, que se rompen, dejando salir un líquido serosanguinolento (primer grado de maceración). La epidermis comienza a desprenderse en grandes colgajos; al octavo día, la dermis queda al descubierto en los miembros y el tronco adquiriendo un color rojo oscuro (feto sanguinolento: segundo grado de maceración).

La descamación reciente afecta la cara hacia el duodécimo día. Al mismo tiempo los huesos del cráneo se reblandecen y dislocan, dando la sensación táctil de un saco de nueces; las vísceras se infiltran y decoloran; los glóbulos rojos se

destruyen. La placenta se aplasta y se atrofia o, por lo contrario, se edematiza.

El cordón está tumefacto e infiltrado por un líquido rosado, el amnios y el corion se ponen friables y toman el mismo color que el líquido amniótico que primero es verdoso, luego rosado y por fin achocolatado (tercer grado de maceración).

La autólisis cadavérica torna pronto imposible todo exámen necrópsico posterior. El grado de maceración permite aproximadamente, según las lesiones existentes, fijar los días transcurridos desde la muerte fetal (10).

En la sífilis para que el feto se infecte la madre debe sufrir sífilis activa durante la segunda mitad del embarazo. Debe existir espiroquetemia para que el germen pueda alcanzar la placenta y luego al feto. La incidencia de la infección fetal varía de acuerdo al estado de la enfermedad en la madre al momento del embarazo.

Tanto como el 80o/o de niños nacidos de madres sífilíticas no tratadas en un estado temprano de la enfermedad serán infectados in útero; de estos, el 25o/o mueren como resultado de la infección antes del nacimiento, es decir, serán obitos o abortos sífilíticos tardíos, el 25o/o a 30o/o de los nacidos vivos con sífilis mueren debido a la infección, a la premadurez u otros factores asociados por la infección fetal.

Está reconocido que mientras más reciente es la infección materna, más largos, más intensos y más frecuentes son los períodos de espiroquetemia y por consiguiente, es mayor el chance de infección fetal.

PATOGENIA DE LA SIFILIS PRENATAL:

La forma en que las espiroquetas atraviesan la placenta no está definitivamente conocida, sin embargo se cree que las espiroquetas se agrupan alrededor de la pared de los vasos placentarios, de sus membranas, atravesando estas en su momento

oportuno, a partir de la 18 semanas de gestación que es cuando degenera la capa celular de Langans que le sirve como barrera.

PATOLOGIA DE LA SIFILIS PRENATAL

Las espiroquetas han sido demostradas en todos los productos de la concepción: placenta, cordón umbilical, líquido amniótico y feto.

La infección sífilítica de la placenta ocurre en su inicio en la cara materna, extendiéndose posteriormente a la cara fetal, se caracteriza por un aumento de volumen causado por tumefacción bulbosa y fibrosa de las vellocidades. A veces son manifiestas las alteraciones histológicas características de la sífilis: endarteritis obliterante e infiltración perivascular de las células plasmáticas y linfocitos, pudiendo ocurrir atrofia ulterior con fibrosis de las áreas más isquémicas.

En el feto aparentemente hay poca o ninguna resistencia al crecimiento y multiplicación de las espiroquetas. Una vez han alcanzado la circulación fetal, los organismos se pueden encontrar en diferentes órganos, una gran cantidad son concentrados en el hígado, pulmones, bazo, timo, tiroides, ovarios y suprarrenales. Los riñones, testículos, tracto gastrointestinal, médula ósea, músculo y tejido conectivo muestran relativamente pocos organismos.

En estos órganos afectados hay marcados cambios histológicos y morfológicos especialmente los de tejido mesoblastico, manifestados por fibrosis difusa o retraso en el desarrollo del órgano.

La placenta a término, pesa menos de un 25o/o del peso fetal, en la sífilis, la placenta pesa de 25 a 30o/o del peso del niño.

El cordón infectado muestra un engrosamiento no característico, los cambios microscópicos patológicos son semejantes a los de la vasculitis placentaria.

6

En el Hígado la espiroquetemia difusa origina reacción inflamatoria global, que al comienzo es intersticial y difusa, y termina en cicatrización extensa y desorganización de la arquitectura normal.

Por la fibrosis inflamatoria, el hígado aumenta de volumen, es más pálido de lo normal y tiene consistencia fibrosa típica. La fibrosis difusa, al principio se limita al tejido intersticial del parénquima hepático, pero al progresar y ocurrir crecimiento de tejido fibroso, penetra en los lobulillos y aísla células hepáticas y nidos celulares. De ello resulta una forma muy difusa de fibrosis hepática (cirrosis), acompañada de infiltración leucocitaria y los cambios vasculares característicos.

En los pulmones, también se presenta fibrosis intersticial difusa que aumenta mucho su consistencia. En el ataque grave, tiene aspecto pálido y casi carece de aire (neumonía alba), hay disminución de volumen de los espacios alveolares y ensanchamiento de los tabiques. Hay hipertrofia del epitelio cúbico de revestimiento y aparición en todo el pulmón de leucocitos mononucleares, acompañados de endarteritis obliterante.

El Bazo: puede estar agrandado con hiperplasia de los elementos normales pero frecuentemente solo un mínimo de espiroquetas están presentes.

El riñón presenta extensas áreas de necrosis y fibrosis así como retraso en el desarrollo.

La espiroquetemia generalizada puede originar reacciones inflamatorias intersticiales difusas en casi todos los órganos del cuerpo además de los ya mencionados tenemos: páncreas, corazón y glándulas endocrinas, pudiendo existir además sífilis meningovascular o sífilis del sistema nervioso central, la meningitis aguda que ocasionalmente se produce puede quedar limitada a una hidrocefalea, o bien, sordera o atrofia del nervio óptico cuando los pares craneales son lesionados por la reacción inflamatoria adyacente.

7

A nivel de coroides se produce coroiditis y cicatrización inflamatoria focal y difusa de la misma, acompañada o no de queratitis intersticial. La producción anormal de pigmento en áreas circunscritas pueden producir la retina manchada de la sífilis congénita.

En los huesos se observa osteocondritis y periostitis sífilíticas generalizadas que afectan todos los huesos, pero principalmente nariz y piernas, se desorganiza la substitución ordenada normal de cartilago por tejido osteoide; las epifisis se ensanchan por crecimiento excesivo del cartilago, se observa cartilago como hislotes desplazados dentro de la metafisis (2).

MATERIAL Y METODOS

Para poder llevar a cabo el presente estudio, se contó con colaboración de los departamentos de maternidad y patología, como de laboratorios clínicos, sección de Serología del Hospital Roosevelt.

Se estudiaron un total de 400 casos en un período de dos meses que incluyeron 360 embarazos que terminaron en abortos, partos fetales y mortinatos, divididos de la siguiente manera: 320 abortos, 11 madres que presentaron obito fetal y 29 madres con mortinatos. En el caso de los abortos, se estudiaron únicamente a las madres ya que por la edad del embarazo tan corta se hacía imposible la extracción de sangre al producto de la concepción, así en los casos de obito fetal y mortinato, en cuyos casos sí efectuó VDRL tanto a madre como a producto, haciendo un total de 40 madres y 40 nacidos muertos.

Se interrogó a las madres sobre sus antecedentes ginecológicos que incluían: gestas, partos, abortos, niños nacidos vivos, edad del embarazo a la que se produjo la pérdida del producto de la concepción, intervalo entre cada pérdida en caso de haber sido múltiples así como su estado civil, esto último con el objeto de tratar de establecer cardiopatia previa en caso de ser casada, obteniendo una relación de 5:1 de unida sobre casada.

Hecho lo anterior, se tomó muestra de sangre venosa a las madres que habían abortado o tenido niño nacido muerto, a estos últimos se les extrajo por medio de punción pericardiaca, practicándoles V.D.R.L. a todas las sangres.

TABLA No. 1

EDAD DE LAS MADRES EN 360 CASOS DE ABORTOS Y
NACIDOS MUERTOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Edad (años)	No. de Casos (Porcentaje)
15-20	65 (18)
21-25	97 (27)
26-30	115 (32)
31-35	45 (12)
36-40	20 (6)
+ 40	18 (5)

TABLA No. 2

NUMERO DE EMBARAZOS EN 360 CASOS DE ABORTOS Y
NACIDOS MUERTOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL ROOSEVELT

No. de Embarazos	No. de Casos (Porcentaje)
1	62 (17)
2	75 (21)
3	52 (13)
4	56 (16)
+ 4	115 (31)

TABLA No. 3

EDAD GESTACIONAL DE 360 CASOS DE ABORTOS Y
NACIDOS MUERTOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Edad de Gestación (semanas)	No. de Casos (Porcentaje)
5 - 10	152 (42)
11 - 15	123 (34)
16 - 20	35 (10)
21 - 25	10 (3)
+28	40 (11)

TABLA No. 4

TITULOS DE ANTICUERPOS DE 320 CASOS DE ABORTOS
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT

VDRL (POSITIVO)	No. de Casos
1:4	1
1:8	5
1:16	3
1:32	1
1:128	1
NEGATIVO	309

TABLA No. 5

RELACION DEL TITULO DE ANTICUERPOS CON EDAD GESTACIONAL DE 11 ABORTOS DE MADRES VDRL POSITIVOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

V D R L	Edad Gestacional (semanas)	No. Casos
1:4	- 16	1
1:8	- 16	1
1:8	+ 16	4
1:16	- 16	2
1:16	+ 16	1
1:32	+ 16	1
1:128	+ 16	1

TABLA No. 6

EDAD GESTACIONAL DE 40 NACIDOS MUERTOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD HOSPITAL ROOSEVELT

Edad de Gestación (semanas)	No. de Casos (Porcentaje)
30 - 32	1 (2.5)
33 - 35	2 (5.0)
36 - 38	11 (27.5)
39 - 41	21 (52.5)
+41	5 (12.5)

TABLA No. 7

EDAD GESTACIONAL DE LOS 29 MORTINATOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Edad de Gestación (semanas)	No. de Casos (Porcentaje)
30 - 32	1 (3)
33 - 45	2 (7)
36 - 38	6 (21)
39 - 41	15 (52)
+41	5 (17)

TABLA No. 8

EDAD GESTACIONAL DE LOS 11 OBITOS FETALES DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Edad de Gestación (semanas)	No. de Casos (Porcentaje)
36 - 38	5 (45)
39 - 41	6 (55)

TABLA No. 9

RELACION DE TITULOS DE ANTICUERPOS ENTRE MADRE Y OBITO FETAL EN LOS 11 CASOS CON VDRL POSITIVO DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Madre	Obito	No. Casos
1:8	1:16	2
1:8	1:32	1
1:8	1:64	1
1:16	1:32	1
1:16	1:64	1
1:64	1:128	1

TABLA No. 10

CAUSA DE MUERTE EN 40 NACIDOS MUERTOS
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT

Enfermedad	No. de Casos (Porcentaje)	
No establecida	17	(42.5)
Anomalías Congénitas	5	(12.5)
Toxemia	3	(7.5)
Problemas del Parto	7	(17.5)
Eritroblastosis Fetalis	1	(2.5)
Sífilis	7	(17.5)

TABLA No. 11

CAUSA DE MUERTE. ESTUDIO 29 MORTINATOS
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT

Enfermedad	No. de Casos (Porcentaje)	
No establecida	14	(49)
Hidrocefalea	3	(11)
Anencefalea	2	(6)
Toxemias	3	(11)
Problemas de Parto	6	(20)
Amnioititis	1	(3)

VDRL NEGATIVO en todos los casos.

TABLA No. 12

CAUSA DE MUERTE DE 11 OBITOS FETALES
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT

Enfermedad	No. de Casos (Porcentaje)	
Eritroblastosis Fetalis	1	(9)
Sífilis Prenatal	7	(64)
No establecida	3	(37)

ANÁLISIS Y RESULTADOS

La tabla número uno, muestra la distribución por edad de las pacientes, en 360 casos de abortos y nacidos muertos, en donde la edad reproductiva de importancia está entre las edades de 21 y 30 años, representando un 58.88o/o que corresponde a 212 casos de los 360 estudiados. A partir de estas edades señaladas, empieza a decrecer la paridad, pudiéndose observar en la gráfica su incremento desde los 15 años, su máximo de 26 a 30 años y su declinación a partir de los 40 años de edad.

Estableciendo relación entre los abortos y nacidos muertos, según número de gestaciones, la tabla número dos, nos señala que la mayor incidencia de abortos y nacidos muertos la alcanzaron madres con paridad mayor de cuatro, creemos que la razón sea debida al cálculo de probabilidad de que a mayor número de gestas aumentan los riesgos de los mismos. Tomando en cuenta el total de los casos de estas madres con mas de cuatro gestas, es significativo el resultado obtenido ya que alcanza un 30.69o/o, diferenciándose por margen amplio de gestas menores, que presentan valores inconstantes.

El aborto puede suceder en forma temprana o sea antes de la 16 semana de gestación o bien, en forma tardía después de la 16 semanas hasta la 28 semana, resultados obtenidos, tabla número tres coinciden con estudios en otros países (3), pudimos establecer como el 78.4o/o corresponden a abortos en etapa temprana y el 21.6o/o son abortos en etapa tardía. De estos abortos en etapa temprana 3/4 partes corresponden a un período comprendido antes de la 10 semana de gestación, declinando el número de abortos a medida que aumenta la edad del embarazo.

En la tabla número cinco, de los 320 casos de abortos estudiados, (11) presentaron cardiolipina positiva, que corresponde a 3.6o/o.

Los niveles de anticuerpos fueron ligeros en 6 de las pacientes, moderados en 3 de ellas y elevados en 2 de las mismas.

Por los datos anteriores, se pone de manifiesto que existe un 36o/o de positividad de VDRL en relacion con abortos, ellos no quiere decir que la sífilis sea la causa de esa cifra, ya que cuatro casos de los (11) positivos tenian menos de 16 semanas de gestacion

En la tabla número cinco se puede observar que cuatro casos tienen titulaciones de VDRL de 1:4, 1:8, 1:16 con menos de 16 semanas de gestacion lo cual implica que la sífilis no fue la causa del aborto, los abortos en estos casos pudieron haber sido de otra etiología aunque dos de ellos hallan presentado titulaciones de 1:16 las cuales se consideran ya significativas.

Como no se hizo VDRL en abortos, no se pudo establecer relación directa entre el aborto y la dilución de VDRL en la madre ya que hay 4 casos con diluciones de 1:8 con mas de 16 semanas y hay 3 casos con diluciones mayores de 1:16 tambien mayor de 16 semanas, desafortunadamente en este trabajo no se pudo establecer otras causas de aborto ni era ese su objetivo.

Al relacionar VDRL positivos y edad gestacional, nuestros datos coinciden con estudios estrajeros (3), en donde también se le atribuye a la sífilis causa de aborto a partir de la 16 semanas de gestacion, la explicación del fenomeno anterior radica en la barrera que presenta una de las capas placentarias, como lo es la capa corionica y más específicamente, la capa de celulas de Langans (que forma parte de la corionica), es la que sirve de barrera a las espiroquetas. Esta capa protectora desaparece a partir de la 16 semanas de gestación, aprovechando este momento las espiroquetas para invadir al feto (2,14).

Definitivamente creemos que por lo menos dos abortos fueron debidos a sífilis, por los titulos de anticuerpos elevados y porque se produjeron después de la 16 semana de gestación y un caso de titulación 1:16 que ocurrió a las 24 semanas, la causa pudo haber sido sífilítica. Todos los demás abortos con titulaciones de 1:16 o menos, aunque podrían estar relacionados, no podemos ser categóricos en afirmar que la sífilis fué la causa de ellos.

La incidencia de VDRL positivos en las madres que abortaron, resulta ser mas baja que la incidencia del 60/o que se encontró al examinar todos los ingresos de madres embarazadas en la maternidad del Hospital Roosevelt (7), lo cual no quiere decir que la sífilis no sea causa de aborto, lo que sucede es que no se pudo establecer con certeza las otras causas de aborto como lo es el criminal que buena frecuencia tiene en nuestro medio.

La tabla número siete muestra la edad gestacional de los 40 fetos que murieron después de la 28 semana de gestación, llamando la atención que la mayoría ocurrió después de la 36 semana, y aun mas, el mayor riesgo de muerte fetal aumenta difinitivamente conforme aumenta la edad de gestación.

Al separar la edad gestacional de las madres cuyos embarazos terminaron en obitos y martinatos, observamos que se mantiene la misma relación, por supuesto, es logico este hallazgo porque la mayor parte de ellos habian sido a término. Tablas 7 y 8.

Se logró estudiar los títulos de anticuerpos en todos los abitos fetales y relacionandolos con la prueba serológica en las madres como se puede observar en la tabla número 9.

Solamente tres madres y tres obitos mostraron serlogía negativa descartando la posibilidad de sífilis, ahora bien, comparando los titulos de las diluciones madres obito encontramos que:

1-) Todos los obitos los titulos de anticuerpos fueron mayores, lo cual quiere decir que el producto de la concepcion fué infectada in utero y en respuesta a esta se produjeron anticuerpos que se sumaron a los que la madre le pasó por la placenta.

2-) Que los titulos de anticuerpos en la gran mayoría de las pacientes indica infección sífilítica reciente (titulos de 1:16 o más) (10).

3-) Finalmente, llama mucho la atención que de 11 obitos fetales el 63o/o son sifilíticos, de donde se concluye que la sífilis prenatal es causa importante de muerte fetal todavía en nuestro medio, opuesto a lo encontrado en muerte tempranas fetales (abortos)

Todos estos obitos fetales presentaban distintos grados de maceración, pero es de señalar que los sifilíticos presentaron grado 3-4 (ver grados de maceración)

Fueron estudiados 29 mortinatos, tablas 11 y 12, todos los cuales tuvieron cardiolipina negativa. Al interrogar a las madres sobre antecedentes obstétricos que pudieran orientar hacia la determinación de la causa de muerte fetal y al unir estos datos a los signos físicos encontrados al examen, se pudo establecer la causa de muerte en 15 de los 29 mortinatos.

Como puede observarse en la gran mayoría de los casos la causa de muerte fetal no pudo establecerse, entre las anomalías congénitas se presentaron anencefalos e hidrocefalos, en las anomalías del parto, se presentaron retenciones de cabeza última, procidencia de cordón, procidencia de miembros, circulares al cuello. Sin embargo, lo que interesa dejar claro es que tanto madre como hijo presentaron cardiolipina negativa y que en ningún caso se presentó grado alguno de maceración. Cuando tomamos todos los casos de muerte fetal tardía (obitos), y los reunimos con los mortinatos y tratamos de establecer la causa de muerte resulta que en el 17o/o de los productos nacidos muertos, la sífilis prenatal es la causa determinante.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En un periodo de dos meses, se estudiaron 360 embarazos en la maternidad del Hospital Roosevelt, terminando en abortos, obitos fetales y mortinatos.

En el estudio serológico, solamente en la madre en el caso de los abortos, a la madre y al producto de la concepción en el caso de obito o mortinato demostró que:

El 36o/o de las madres que abortaron presentaron V.D.R.L. positivo, por los títulos de anticuerpos encontrados se infiere que la mitad de las madres probablemente hicieron su contacto venéreo al inicio del embarazo.

Que la incidencia de V.D.R.L. positivos en las madres que abortaron, resulta ser más baja que la incidencia que se encontró al examinar todos los ingresos de madres embarazadas en el Hospital Roosevelt, que fue de 6o/o lo cual no quiere decir que la sífilis no sea causa importante de aborto.

Que por lo menos 3 (0.9o/o) de los abortos pudieron haber sido ocasionados por la enfermedad.

Se estudiaron 40 madres cuyo embarazo concluyó en 29 mortinatos y 11 obitos fetales, 7 de estos últimos mostraron V.D.R.L. positivos. En todos los obitos en los que la prueba fue positiva, mostraron títulos más elevados que los de las madres.

Al comparar la incidencia de sífilis como causa de aborto y obito fetal encontramos que en los primeros es bajo y el caso de obito fetal muy alta, estando siempre obligados a investigar dicha enfermedad en ambos casos, pero con más fuerte sospecha en los últimos.

La prueba serológica fue negativa en todas las madres de mortinatos así como en estos.

RECOMENDACIONES

-) Con el resurgimiento de la sífilis, como parte del control prenatal, debe practicarseles VDRL a las madres al inicio y al final del embarazo.

-) Habiendo una gran falta de control prenatal, se debe practicar de rutina VDRL a toda madre en su postparto inmediato.

-) A toda madre con obito fetal o aborto, en la investigación de la causa del mismo, debe tomarse muy en cuenta la sífilis.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alford Charles Jr. MD. INMUNOGLOBULIN, DETERMINATIONS IN THE DIAGNOSIS OF FETAL INFECTION. Pediatrics Clinics of North America. Vol 18. No. Feb. 1971. pp. 454.
- 2) Barnes Allan M.D. INTRA UTERINE DEVELOPMENT. Philadelphia, Lea & Fabiger. 1968. pp. 419-426.
- 3) Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Número de Infectología No. 6. Vol. XXVIII, Nov. Dic. 1970. pp. 612-648.
- 4) Callin Arthur, E. Blomt Joseph. TENDENCIA DE LA SIFILIS EN U.S.A. Boletín de la O.S.P. Vol. LXXV. 1973. pp. 46.
- 5) Castejón Mario y Paz Carranza Ricardo. SIFILIS CONGENITA. Presentación de 8 casos en el Depto. de Pediatría del Hospital del Seguro Social. Anales del IX Congreso Centroamericano de Pediatría, 1969. pp. 12-15.
- 6) Cux Méndez, José R. SIFILIS CONGENITA. Tesis. (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. pp. 48, 1974.
- 7) Meneses Z. Luis Felipe. SIFILIS PRENATAL. Experiencia de 5 años en el Departamento de Pediatría, Recién Nacidos. Hospital Roosevelt. pp. 18.
- 8) Meneses Z. Luis Felipe. SIFILIS CONGENITA. Resurgimiento de un nuevo Problema en Guatemala. Presentado ante el XV Congreso Nacional de Pediatría. 1972. pp. 25.

- 24
- 9) Pineda Alvarado, José Francisco. SIFILIS CONGENITA. Tesis. (Medico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Medicas. pp 42.
 - 10) Swarcz, R, Sala S, C Duverger. OBSTETRICIA Editorial Ateneo, 3a. Edición. 1970.
 - 11) Tilve, Manuel. CASOS DE LUES CONGENITA OBSERVADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Guatemala, Pediátrica, Vol. No. 7, No. 2, pag 94. 1967.
 - 12) Zeissig Oto, Paredes Julio. REPORTE PRESENTADO AL SERVICIO DE ENFERMEDADES VENEREAS DE CENTRO AMERICA Y PANAMA. Realizado en San José de Costa Rica. Octubre 1974. (OSP).

BR.

[Handwritten signature]

ASESOR:

[Handwritten signature]

REVISOR.

[Handwritten signature]

DIRECTOR DE FASE III.

[Handwritten signature]

SECRETARIO GENERAL.

[Handwritten signature]

Vo. Bo.

DEC ANO.

[Handwritten signature]