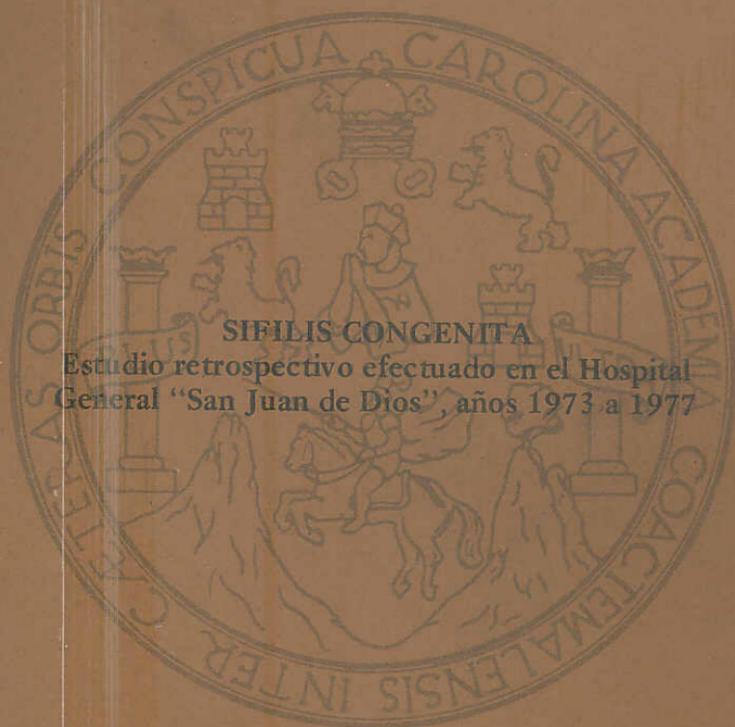


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



IRMA ELIZABETH PELAEZ CASTELLANOS

Guatemala, Agosto de 1978

## PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SIFILIS CON-  
GENITA
- IV MATERIAL Y METODOS
- V ANALISIS DE RESULTADOS
- VI CONCLUSIONES
- VII RECOMENDACIONES
- VIII BIBLIOGRAFIA

## I INTRODUCCION

Siendo la Sífilis una enfermedad venérea que afecta a personas de cualquier sexo y edad y, que tiene gran repercusión somática, según período de la enfermedad y, que por su transmisibilidad se verá afectado un futuro ser humano que vendrá a la vida, puesto que una madre embarazada afecta de Sífilis dará a luz un producto que padecerá de Sífilis Congénita considero de suma importancia enfocar un tema cuya prevención y tratamiento específico será de múltiples beneficios para el grupo Materno Infantil, quienes constituyen grupos etarios de gran preponderancia en nuestro país.

Relacionando el Hospital Roosevelt con el Hospital General "San Juan de Dios" (lugar del presente estudio), se encuentra menor número de niños con Sífilis congénita en este Hospital, ya que la demanda Materno Infantil es menor, por lo que el número de casos es proporcionalmente superior en aquel Hospital.

### III

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SIFILIS CONGENITA

### SIFILIS CONGENITA

#### Mecanismo de transmisión:

La sífilis congénita se adquiere durante la vida fetal. Se considera imposible que el padre transmita la sífilis al niño sin infectar a la madre. La madre de un sífilítico congénito invariablemente tiene sífilis, y la evidencia indica que el treponema pálido pasa a través de la placenta a la circulación fetal. Esto es más frecuente cuando la madre está sufriendo de sífilis temprana, particularmente en las etapas primaria y secundaria, que cuando tiene sífilis tardía. La infección del feto no ocurre antes del cuarto mes de embarazo, cuando se desarrolla la placenta, pero puede ocurrir después del sexto mes para cuando las células de Langhans se han completamente atrofiado. Rosahn sugirió que pueden haber treponemas y multiplicarse en el líquido amniótico. Siempre se ha creído que la sífilis se puede transmitir hasta la tercera generación. No hay duda que en una familia puedan haber tres generaciones de sífilíticos; hay una posibilidad de sobreinfección, pues ha sucedido que en individuos de la segunda generación con sífilis congénita se sobreinfecten con sífilis adquirida; si esto ocurre la llamada infección de la tercera generación, es lo que puede llamarse Sífilis congénita ordinaria de la segunda generación. Todavía permanece dudoso que una madre con sífilis congénita pueda transmitir el mismo tipo de sífilis a sus hijos. (9)

#### SIFILIS MATERNA:

Hay gran evidencia que el embarazo tiene un efecto benigno sobre la sífilis en una madre, pero el efecto en el feto puede ser de-

### II

## OBJETIVOS:

1. Establecer la incidencia de Sífilis congénita en el Hospital General "San Juan de Dios" en el período que abarca del 1o. de Enero de 1973 al 31 de Diciembre de 1977.
2. Establecer el estado actual de diagnóstico de sífilis congénita, con el fin de dar pautas para su mejoramiento.
3. Motivar al personal médico y no médico para que presten una adecuada orientación prenatal respecto a exámenes de laboratorio esenciales durante el embarazo, y en el caso necesario den el tratamiento antibiótico específico y completo de Sífilis en la madre y en el padre.

pa pueden tener un chancro que pase desapercibido, además, puede ser infectada con sífilis después de su examen prenatal. Una rutina ideal para las clínicas prenatales es examinar a la paciente y sacar sangre en la etapa temprana y tardía del embarazo. No es usual hacer punción lumbar en mujeres embarazadas que tengan sífilis. Este procedimiento se pospone hasta después del parto cuando el niño tenga dos o tres meses.

## INCIDENCIA

La incidencia de sífilis congénita varía considerablemente en los diferentes países y en los diferentes grupos de población. Depende de la prevalencia de la sífilis infecciosa en la población y en la diligencia con que son tratadas las personas con casos de sífilis, especialmente las mujeres embarazadas.

## PATOLOGIA

Una vez los treponemas han entrado a la circulación fetal la diseminación al resto de los tejidos ocurre al mismo tiempo. Estos treponemas se multiplican y provocan en varios órganos la inflamación característica de los pequeños linfocitos y plasma. El feto puede recubrirse de la infección y morir; y luego podrá ser expulsado por el útero produciendo aborto u óbito fetal según la etapa del embarazo. Esto probablemente ocurra en 30o/o de los casos. El feto puede tener una apariencia macerada, con hundimiento de cráneo y protuberancia en el abdomen. La piel es de color rojo vivo y en la superficie pueden verse numerosas ampollas llenas de fluido hemorrágico.

Durante la autopsia el hígado y el bazo se pueden encontrar enormemente edematizados y los treponemas se muestran en gran número en la piel y en las vísceras.

Popenhaimer y Hardy han descrito numerosas autopsias donde incluyen hallazgos de pancreatitis aguda, fibrosis de las submucosas y agrandamiento del intestino. Estos cambios combinados con alteraciones en los huesos son patognomónicas de la condición, permitien-

sastroso. La mujer sífilítica que resulta embarazada presenta pocos síntomas de la enfermedad, y después de una serie de embarazos, aunque no sea tratada puede parecer curada, con exámenes de sangre negativos en aproximadamente 20o/o de los casos. En la primera parte del siglo pasado Colles observó que el bebé sífilítico no infecta a su propia madre. "Un bebé recién nacido afectado de sífilis congénita, aunque tenga síntomas en la boca, nunca causa úlceras en el pecho de la madre, pero sería capaz de infectar a una nodriza", (9)

Para aclarar esta explicación se dice que la madre tiene cierto grado de inmunidad a la infección porque está sufriendo de sífilis latente. Es absolutamente cierto que mientras más dure el caso de sífilis no tratada en la madre es menos propenso que el feto muera en el útero y más fácil que viva el niño con sífilis congénita. Si la madre sufre de sífilis primaria o secundaria durante su embarazo es probable que el niño no nazca normal a menos que sea tratada previamente. Pero sin embargo si tiene sífilis temprana hay 20o/o de probabilidades que el niño nazca saludable, así como también hay 70o/o de probabilidades si tiene sífilis tardía. Es también frecuente que una madre sífilítica que tiene una serie de embarazos no infecte a los últimos fetos de sus embarazos. De este modo en los siguientes embarazos puede tener un aborto en el quinto mes, en el siguiente un óbito en el octavo mes, en el siguiente el nacimiento de un bebé sífilítico que muere en pocas semanas y para terminar dos o tres bebés más con sífilis congénita que podrán sobrevivir. Finalmente podría ser que tuviera uno o más niños y que nacieran completamente sanos. Estos datos han sido sacados de la Ley de Kassowitz. Sin embargo esta enfermedad tiene diferentes variaciones y por lo tanto no puede creerse del todo en esta ley. (9)

## PROFILAXIS

La prevención con sífilis congénita depende del tratamiento adecuado que se dé a la mujer embarazada. Es de rutina hacer exámenes de sangre para buscar sífilis así como el factor Rh.

Algunos pacientes que tienen sífilis incubada en la primera eta-

## SIFILIS CONGENITA TEMPRANA:

Como ya se ha mencionado, no hay etapa de primer grado y los síntomas son similares a los de la segunda etapa. Si una lesión que se parezca a un chancro primario es visto en un niño esto puede ser el resultado de sífilis por contacto o de transmisión por una reciente infección de la madre. Al nacer el niño infectado puede parecer saludable y podrá desarrollar los síntomas hasta después de unas semanas de nacido, pero en otros casos éstos se presentan al nacer. La sangre que se saca de la vena umbilical del niño puede dar resultados positivos. Pero así si los exámenes específicos son positivos no necesariamente indican que el bebé está infectado con sífilis. Los resultados positivos pueden deberse a la presencia de reagentes y anticuerpos específicos, que hayan pasado de la circulación materna a la fetal. Ha sido sugerido que se puede obtener mejor información de estos casos con los exámenes FTA-ABS con fluorescencias de Ig M en lugar de los marcados con globulina antihumana. Los exámenes de sangre negativos hechos al nacer no excluyen la infección. Cuando aparecen negativos en los primeros días, pueden aparecer positivos en las semanas subsiguientes. Esto también se aplica a los exámenes de FTA-ABS cuando la sífilis congénita existe, pues la infección no puede ser excluida por lo menos durante los tres primeros meses. Comúnmente se manifiestan erupciones en la piel, en esta primera parte de la vida.

## LESIONES DE LA PIEL:

La más temprana erupción es el eczema buloso algunas veces llamado pénfigo sífilítico y esto puede presentarse al nacer. Las lesiones consisten en grupos de bulas distribuidos simétricamente en las palmas de las manos y de las plantas de los pies y ocasionalmente en otras partes del cuerpo. Esta es la única erupción bulosa que ocurre en los casos de sífilis. Las bulas pueden tener tres centímetros de diámetro; son de forma circular y contienen un fluido seropurulento con treponemas. La base de la lesión es el de un rojo obscuro, redondo y elevada; cuando la bula se rompe suelta el fluido infeccioso con una superficie de color rojo fuerte cubierto de costras. Los bebés con

do diferenciarlos de la eritroblastosis fetal, de las enfermedades de virus congénitas y de la toxoplasmosis.

En el pasado se ha dicho que la placenta sífilítica se puede reconocer a simple vista y con mayor certeza con los cambios microscópicos en las membranas coriónicas. Este punto de vista no es aceptable ahora y parece ser que el examen de la placenta no sirve de nada a menos que se encuentre treponema pálido que no es muy usual.

La infección treponémica no parece ser fatal pero puede interferir con el normal desarrollo de la vida intrauterina y extrauterina. Los cambios patológicos de la sífilis congénita son en general similares a los de la sífilis adquirida. Como la infección fetal en la sangre es de nacimiento no hay etapa correspondiente a la etapa primaria. Los primeros cambios son similares a aquellos de la segunda etapa de la infección, pero los huesos y las vísceras son más afectados. También hay diferencias en las lesiones gomosas; las gomosas son generalmente comunes en el tabique nasal.

Hay algunas disimilitudes en las fases tardías de la enfermedad, particularmente porque el sistema cardiovascular raramente es afectado en los casos de sífilis congénita. Algunas manifestaciones características como la queratitis intersticial, la afección del 8 par craneano y las deformaciones de las articulaciones de Cluton posiblemente no sean efectos directos de la actividad treponémica y algunos han creído que son fenómenos de hipersensibilidad. (9)

## MANIFESTACIONES CLINICAS

Estas pueden ser divididas en tempranas, tardías y estigmas. Es necesario hacer una división entre las etapas tempranas y tardías de la enfermedad y esto es común hacerlo en el segundo año de vida. Muchas de estas lesiones de los dos primeros años son infecciosas y se parecen a aquellas de la sífilis secundaria. Muchas de las lesiones en el tercer año de vida son de tipo gomatoso. Estas no son infecciosas. Los estigmas son cicatrices y deformidades que resultan de las primeras o de las últimas lesiones que no han cicatrizado.

vedad, pero las características son la obstrucción nasal y el flujo nasal; la obstrucción puede ser tan severa que el niño no pueda comer, dando lugar a pérdida de peso. El flujo nasal puede ser poco y mucoso o abundante y purulento, algunas veces contienen sangre. Contienen gran número de treponemas y es muy infeccioso, puede infectar la piel de la nariz y formar las ampollas sifilíticas. Parches mucosos y lesiones húmedas pueden ser encontrados en las mucosas de los genitales.

**Linfadenitis:** Los nudos linfáticos engrandecidos y elásticos son frecuentes, pero no muy marcados en la etapa secundaria de la sífilis.

#### **HIGADO Y BAZO:**

El abdomen del niño puede ser protuberante debido al ensanchamiento del hígado y algunas veces también del bazo. Las células del hígado tienden a ser inmaduras y malformadas. En engrandecimiento del hígado se debe al crecimiento difuso de los tejidos fibrosos y de la persistencia anormal de la formación de los tejidos sanguíneos. La fibrosis resulta por invasión masiva del treponema pálido y de su distribución pericelular. En estos casos la insuficiencia hepática da lugar a una falta de proteínas en el organismo, que da lugar a un descenso del suero proteínico que puede ser de 4 gramos por 100 ml. o menos junto con la inversión de albúmina-globulina. El edema puede deberse a esta causa. El paciente puede presentar un color icterico.

#### **RINONES:**

En algunos casos la orina muestra poca albúmina y algunas células hialinas, pero esto no es suficiente para que haya edema en los riñones. En pocos casos se ha encontrado Nefrosis aguda, debida a la sífilis congénita.

#### **PULMONES:**

A nivel pulmonar se observa un infiltrado moteado difuso que puede corresponder a Neumonía Alba. Se distingue por acompañarse de extenso grado de fibrosis, al punto que cuando el patólogo corta la pieza en la mesa de autopsias, la apariencia es de "Carne de pescado", es una apariencia blanquecina, a lo cual obedece el término de

esta condición pueden enfermarse gravemente. Otras erupciones de este tipo ocurren algunas semanas después del nacimiento y son iguales a las erupciones de sífilis secundaria. La más común es la papular con distribución generalizada y simétrica. Usualmente son afectadas las palmas de las manos, pies, los glúteos y los genitales. En las áreas húmedas especialmente donde se usa el pañal las pústulas pueden convertirse en ampollas. Estas pueden ser hipertróficas y presentar condilomas idénticos a los de la etapa secundaria de la enfermedad. No confundirlas con el naikin que es una lesión que semeja condiloma lata pero no es venérea. En las áreas húmedas donde la erupción está expuesta a fricciones la piel puede enrojecerse. La erupción puede ser profusa especialmente en la cara. El movimiento de los labios puede producir fisuras que se verán infectadas y luego dejarán cicatrices lineales. Esto es común en los estigmas de la sífilis congénita llamadas rágades y que también pueden ser encontradas en el ano.

Aparte de estas erupciones la piel puede mostrar cambios característicos especialmente en los casos severos. La pérdida de peso puede producir arrugas en la piel, especialmente en la cara. A veces la piel tiene un color amarillento llamado café con leche. Puede haber pérdida parcial del pelo, especialmente en los lados, en la parte trasera del cuero cabelludo; también las cejas y las pestañas pueden ser afectadas.

El niño a veces presenta una abundancia de pelo duro que se llama comunmente la peluca sifilítica. Las ampollas sifilíticas pueden crecer en las bases de las uñas y extenderse dentro de las uñas. Es por eso que fácilmente el niño pierde las uñas (Uña sifilítica). Las nuevas uñas podrán ser opacas, irregulares y angostas en sus bases, lo cual nos muestra otra característica de la sífilis congénita.

#### **LESIONES DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS:**

Los parches mucosos idénticos a aquellos del secundarismo pueden ser encontrados en los labios, en la boca y en la garganta. Puede aparecer también en la laringe y el niño llorará casi con una voz afónica. Lesiones similares ocurren en el mucoperiostio de la cavidad nasal dando lugar a la rinitis sifilítica. Los daños varían según la gra-

teza. En los casos graves la madre puede notar la pérdida del movimiento en los miembros afectados llamada Pseudoparálisis sifilítica. El niño puede llorar debido a que al tocarle los miembros se le causa tremendo dolor, pues están extremadamente sensible. Algunas veces se ven edemas en las terminaciones epifisarias de los huesos. Ocasionalmente una fractura de una epífisis puede ocurrir. La supuración de los huesos puede dar lugar a una infección secundaria de la articulación.

En muchos casos los síntomas son pocos o ausentes y la condición sólo puede ser reconocida por examen radiológico. En los rayos X se puede notar el cambio que es una línea de hueso delgada e irregular que se forma en la corteza. Si esto sucede sin otros cambios podría ser periostitis debida a otra enfermedad. La epífisis puede estar engrandecida, muy ancha e irregular la línea epifisaria; la zona de calcificación es anormalmente densa e irregular como los dientes de un serrucho. Hay parches irregulares de pérdida de densidad en los huesos, particularmente en la metafisis.

Los huesos que crecen más rápido son los que marcan los cambios tales como la tibia y el radio. Puede haber evidencias de periostitis en las costillas. Un signo característico llamado Signo de Winkbergers es la pérdida de densidad del lado medial de la parte superior de la tibia.

Los síntomas de osteocondritis desaparecen en los segundos seis meses de vida, pero la periostitis persiste y se ve más pronunciada. Otras capas de huesos son sucesivamente añadidas a la superficie de la corteza de modo regular dando una apariencia como de "hojas de cebolla". En el segundo año de vida las lesiones características de las lesiones periosticas de las falanges llamadas Dactilitis sifilítica aparecen más marcadas. Son las falanges las que son más afectadas y sufren más los dedos de las manos que los de los pies. La condición es indolora y presentan un edema fusiforme.

#### **OJOS:**

Coroerretinitis es comun en los primeros meses de vida y puede ser desapercibida; la evidencia puede ser encontrada como estigma en la vida posterior. Los niños que son seriamente afectados por la sífilis

Neumonía Alba, la cual es incompatible con la vida. (3)

#### **TESTICULOS:**

La orquitis es una de las manifestaciones de sífilis congénita, pero actualmente es muy raro encontrarla.

#### **LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO:**

La sífilis congénita puede provocar lesiones precoces del Sistema nervioso central, revelables por convulsiones u otros síntomas desde los primeros meses, o por manifestaciones más tardías (retardo del desarrollo neuropsíquico, parálisis cerebral). Es frecuente que se observe un marcado desarrollo de los diámetros pericraneanos, y desde las primeras semanas puede comprobarse hidrocefalia, que se puede detener en lo siguiente: cabeza grande, prominencias frontales, fontanela amplia, ligera hipertensión de la misma y acentuado desarrollo venoso pericraneano; con frecuencia el comienzo de la hipertensión craneana se manifiesta por desviación de los ojos hacia abajo.

En la neurosífilis temprana se observan alteraciones del Líquido cefalo raquídeo con o sin manifestaciones de meningitis (que en realidad tienen mal pronóstico). Por lo regular en el líquido cefalo raquídeo existe un aumento de las células que rara vez excede de 100 x mm. Las proteínas se encuentran elevadas, la glucosa es normal y la reacción de oro coloidal es positiva. En casos de neurosífilis el líquido cefalo raquídeo debe ser examinado en una forma seriada, para así determinar los niveles de proteínas y el número de células que en presencia de enfermedad se encuentran elevadas. (12)

#### **LESIONES DE LOS HUESOS:**

Los huesos pueden ser afectados de diferentes maneras. En los primeros seis meses de vida la osteocondritis de los huesos largos es característica. La invasión de los treponemas es marcada en la zona de crecimiento epifisario. Hay un incremento en la densidad e irregularidad de la zona de provisión de calcificación donde la metafisis se junta con la línea cartilaginosa epifisial. Algunas áreas del tejido óseo, particularmente la metafisis son reemplazadas por tejido granular y hay reacción perióstica debajo del periostio en la superficie de la cor-

## QUERATITIS INTERSTICIAL:

La queratitis intersticial es más común en la lesión tardía. Puede empezar entre los 3-4 años y a los 30 años de edad o después. Aparecen primero en la circulación que rodea a la córnea de la esclerótica, seguida por infiltración vascular extendiéndose desde la esclerótica hasta las capas profundas de la córnea y exudación celular entre las estructuras profundas de la córnea. Usualmente comienza en un ojo, pero si no hay tratamiento el otro ojo puede infectarse en un lapso de semanas o años. El primer síntoma clínico es el enrojecimiento de la esclerótica en el margen de la córnea, pero pronto los vasos capilares se extienden a las capas profundas de la córnea. La vascularización puede ser detectada por microscopio especial para la córnea, pero si es muy intensa puede ser tan obvio como un parche rosado en la periferia de la córnea, llamado comunmente Parche de Salmón. Al mismo tiempo la exudación celular de las capas profundas de la córnea dan una apariencia de vidrio molido a la membrana que normalmente es transparente. Esta condición se puede asociar a veces con iridociclitis, cuyos síntomas son a veces escondidos por lo severo del proceso de la córnea. El tratamiento antisifilítico no tiene efecto en el curso de esta condición y por esta razón, y porque el treponema pálido nunca ha sido aislado de las enfermedades de la córnea, la queratitis intersticial ha sido vista como una manifestación de hipersensibilidad más que de un efecto directo de la actividad del organismo. El proceso en el ojo puede ser reprimido por esteroides, pero no puede ser continuado por muchos meses. En algunos casos hay recaídas en años posteriores. Aparte de las hormonas esteroides que pueden prevenir daños residuales el resultado es variable. Lesiones severas pueden causar cicatrices corneales dando lugar a opacidades. Dependiendo del tamaño y de la posición de estas opacidades pueden causar pequeñas faltas de visión o ceguera completa. Las cicatrices de la córnea y los vasos capilares vacíos persisten durante la vida como estigma de la enfermedad.

## NEUROSIFILIS CONGENITA TARDIA:

Como en la sífilis adquirida los treponemas pálidos alcanzan el sistema nervioso en la temprana fase de la enfermedad y pueden dar lugar a meningitis. Otras manifestaciones pueden aparecer en años subsiguientes. Los siguientes problemas pueden ocurrir: a- neurosí-

congénita son susceptibles a incurrir en enfermedades infecciosas como neumonías y gastroenteritis. Grados extremos de anemia son comunes en la primera edad. En algunos casos la hemoglobina puede bajar hasta 6 gms por 100 ml. No hay características específicas de la anemia.

## DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA TEMPRANA

El examen de campo obscuro del suero de las lesiones especialmente de las lesiones húmedas de la piel y de las membranas mucosas.

Exámenes serológicos: como se ha mencionado es esencial excluir que la posibilidad que los exámenes serológicos positivos sean debidos a un anticuerpo del sistema circulatorio de la madre y no a la enfermedad activa del niño. A esta referencia hacemos notar el valor de los exámenes de FTA-ABS. Si los exámenes de sangre son positivos pero su importancia es dudosa deberán ser repetidos durante los primeros seis meses de vida. Si hay ausencia de trastornos físicos solamente con la presencia de altas titulaciones en los exámenes cuantitativos pueden permitir un diagnóstico de sífilis congénita temprana.

## SIGNOS CLINICOS

Eczema buloso debe ser distinguido de las lesiones infantiles escabióticas que algunas veces son bulosas y de los impétigos bulosos (pénfigo estafilocócico) que raramente ataca las extremidades.

Las lesiones de los glúteos pueden parecer pañalitis, pero son más pronunciadas en el área lateral, lejos del ano y ausentes de los pliegues de la piel. La periostitis debida a la sífilis debe ser diferenciada de las infecciones neonatales.

## SIFILIS CONGENITA TARDIA

En la mayoría de los casos se encuentra en años posteriores y el diagnóstico depende de los exámenes positivos de las reagentes serológicas. En los adolescentes y en los adultos pueden ser difíciles de determinar si la infección es congénita o adquirida y deberá examinarse a otros miembros de la familia.

signos sólo pueden ser encontrados cuando se hace un examen por cualquier otra razón. Estos niños raramente sufren dolores o ataxia, pueden presentar síntomas urinarios o falta de visión asociados con la atrofia óptica. Los síntomas se parecen a los del Tabes debidos a la sífilis adquirida. Los fluidos del líquido cefalo raquídeo pueden ser normales o mostrar cambios. (9)

#### **LESIONES DE LOS HUESOS:**

**OSTEOPERIOSTITIS GOMATOSA:** Usualmente aparecen entre los 5 y los 20 años de edad. La mayor parte de las lesiones resultan en esclerosis y nueva formación de huesos, pero las lesiones destructivas ocurren en el paladar y en el tabique nasal; la tibia es el hueso más afectado y el engrosamiento de la parte media del hueso le da la apariencia de "Sable". Osteoperiostitis de los huesos puede ser localizada en el cráneo dando una forma redondeada llamada "Nódulos de Parrot". Estos abultamientos son más comunes en el área frontal y parietal. La destrucción gomatosa del tabique nasal quita el soporte de las partes cartilaginosas de la nariz por lo que se cae y da una deformidad como tipo de depresión entre el hueso y el cartílago. Esta situación no debe confundirse con la Nariz en "silla de montar", que es debida a la sífilis tardía; las perforaciones del tabique nasal no siempre causan deformidades externas y es por eso que los pacientes de sífilis congénita o sífilis adquirida deben ser examinados de las cavidades nasales. Ocasionalmente la úlcera gomatosa del tabique nasal puede extenderse a los tejidos externos de la nariz causando destrucción completa o parcial del órgano. La lesión gomatosa también puede causar destrucción parcial o completa del paladar. Aparte de los nódulos de Parrot ninguna de las lesiones gomatosas pueden ser características de la sífilis congénita. El engrandecimiento de la parte interna de la clavícula y la dactilitis ocasionalmente se encuentran en los casos de sífilis congénita tardía.

#### **LESIONES DE LAS ARTICULACIONES:**

Los pacientes pueden sufrir artralgiyas difusas, las características de esas lesiones las describe Clutton: El inicio es comunmente indoloro, pero su curso es crónico. Usualmente las dos rodillas están afectadas, pero ocasionalmente una puede estar afectada y la otra afectarse después de varios meses o años. Es muy raro que otras ar-

filis asintomática. b- problemas de las meninges, c- problema vascular, d- problema parenquimatoso.

#### **NEUROSIFILIS ASINTOMATICA:**

El diagnóstico depende de los cambios en el líquido cefalo raquídeo.

#### **AFECTACION DE LAS MENINGES:**

Convulsiones ocasionales, ceguera, hidrocefalia, deficiencia mental pueden ser encontrados en niños mayores o adolescentes como resultados posteriores de una meningitis temprana. La evidencia clínica de la infección meníngea tardía toma la forma de parálisis de los nervios craneanos debido a la meningitis basal. El líquido cefalo raquídeo puede aumentar su presión.

#### **PROBLEMA VASCULAR:**

Raramente ocurre trombosis cerebral o de las arterias espinales. Los resultados pueden ser fatales o llevar a deterioro mental. Puede haber un rápido estado de monoplejía, hemiplejía, henianestias, El líquido cefaloraquídeo puede estar normal o mostrar cambios.

#### **PROBLEMA PARENQUIMATOSO:**

Los cambios de parálisis general juvenil pueden aparecer entre los 6 y 21 años de edad o aún más tarde. Algunos de estos niños son retrasados mentales debido a la meningitis temprana y otros aparecen normales hasta la aparición de los síntomas en la pubertad. Los cambios más tempranos aparecen en el carácter y la inteligencia. El comportamiento del niño es excéntrico y su capacidad en el trabajo declina rápidamente. El tipo de psicosis es menos desarrollado que en el adulto; el problema mayor es la demencia progresiva. Se convierte en un sucio, incapaz de concentrarse, puede mostrar cambios de carácter y de temperamento y las convulsiones son comunes. Si los síntomas físicos son los mismos de la enfermedad es importante tratar a la persona lo más rápido posible.

El tabes juvenil es menos común, no presenta síntomas y los

pero es particularmente común en paladar y nasofaringe y que luego llevan a destrucción y ulceración de los mismos. Los procesos patológicos en estas lesiones son precisamente los mismos que los de la sífilis adquirida.

#### **VISCERAS:**

Los gomas viscerales son raros; pero algunas veces el hígado está involucrado, los síntomas clínicos son similares a los de la sífilis adquirida.

#### **SIFILIS CARDIOVASCULAR:**

Las lesiones vasculares son raras en la sífilis congénita. Algunos casos de aneurismas e incompetencia aórtica han sido reportados. Miocarditis intersticial fue reportada al hacer una autopsia.

#### **HEMOGLOBINURIA FRIA PAROXISTICA:**

Esta rara manifestación ocurre tanto en Sífilis congénita como en adquirida. Algunos pacientes cuando son expuestos al tiempo frío desarrollan instantáneamente dolores de cabeza, resfrío, dolor de espalda y fiebre.

También puede haber urticaria. El espécimen de orina retorna al estado normal en un día o dos, pero el paciente puede verse amarillento. Ya que al principio la orina puede pasar del rojo oscuro al café. El suero de estos pacientes contiene hemolisina que en la presencia del complemento sensibiliza células rojas durante el período de resfrío y luego las hemoliza cuando la temperatura del cuerpo regresa a la normalidad; este tipo de reacción puede ser hecho en un examen in vitro para diagnóstico. La orina examinada durante el ataque contiene hemoglobina, metahemoglobina, células rojas y pigmento con sedimento. El tratamiento completo de penicilina usualmente cura esta condición.

#### **ESTIGMAS**

Las lesiones severas de la sífilis congénita tienen efectos residuales tales como cicatrices residuales que son muestras permanentes de

articulaciones que no sean las rodillas sean afectadas. El tratamiento antisifilítico no previene ni cura esta condición. El inicio de la enfermedad puede estar entre los 10 y los 20 años de edad. Los síntomas son unas simples pero evidentes inflamaciones en las articulaciones o tejidos periarticulares. Hay poco impedimento del movimiento. Los Rayos X muestran el engrandecimiento de las articulaciones, pero no los cambios de los huesos.

El treponema pálido nunca ha sido encontrado en los tejidos ni en los fluidos de las articulaciones, y es por esto que la artropatía no responde al tratamiento antisifilítico. La recuperación es lenta y toma muchos meses, pero es completa al final del tiempo.

#### **OIDOS:**

En los primeros años de vida, la infección puede extenderse desde la nariz y la garganta hasta el oído medio, dado lugar a una otitis media en bajo grado. El único síntoma es un pequeño flujo del oído. Los huesos del oído medio pueden ser involucrados y sordera parcial conductiva puede seguir a esto.

La lesión común característica es el involucramiento de las fibras terminales de la porción coclear del octavo nervio en el laberinto, resultando en sordera perceptiva. Esto ocurre entre los 8 y 10 años pero puede ocurrir mucho después; frecuentemente afecta a pacientes que sufren o han sufrido queratitis intersticial. Al mismo tiempo puede haber vértigo y tinnitus, pero algunas veces síntomas de sordera bilateral progresiva y absoluta. Al examinar la membrana timpánica está normal. Los exámenes de conducción de aire muestran percepción de ambas rutas solamente bloqueadas por la conducción ósea del oído medio, algunas veces la sordera del nervio puede ser clínicamente obvia pero un audiograma indica la pérdida del oído; esto ocurre típicamente en alta frecuencia; la sordera nerviosa puede ser modificada con terapia esteroide.

#### **PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS:**

Así como en la forma usual de la enfermedad, las gomas de los tejidos suaves empiezan en los tejidos subcutáneos o submucosos. Las gomas puede afectar cualquier área de la piel o membranas mucosas,

### **CICATRICES DE LA COROIDES:**

La coroidoretinitis ocurre en las primeras etapas de la sífilis congénita y deja cambios permanentes y visibles en el fondo del ojo. Las cicatrices son redondas y diseminadas, aparecen como pálidas en áreas atróficas rodeadas de pigmentación. En apariencia se les llama el fondo de "Sal y pimienta".

### **UNAS:**

Oniquia, resulta en la primera parte de la erupción y deja un cambio permanente en las uñas. Esto no es característico.

### **ESTIGMA DE LESIONES TARDIA: CORNEA:**

La queratitis intersticial deja opacidades en las capas profundas de la córnea, que dan apariencia de vasos sanguíneos que se extienden desde la esclerótica hasta la parte profunda de la córnea. Sólo pueden verse con microscopio corneal.

### **CICATRICES GOMATOSAS:**

Las cicatrices de la piel y membranas mucosas son características en apariencia. En el diagnóstico se observa deformidad de la garganta y deformidad del paladar y del tabique nasal.

### **HUESOS:**

La osteoperiostitis gomatoza ya curada deja cambios que son fácilmente reconocibles clínicamente y radiológicamente. La llamada pierna de sable es una deformidad conocida. Los nudos periostales dan prominencia anormal al frontal. La asociación de este estigma con la nariz en silla de montar y con la quijada de bulldog da una apariencia llamada cara de Bulldog.

### **ATROFIA OPTICA:**

El involucramiento del SNC, resulta en apariencia de una atrofia óptica primaria.

la infección. No siempre están presentes en los casos de sífilis congénita. Las lesiones pueden ser resultado de los problemas de la primera y última parte de la infección.

### **ESTIGMA DE LESIONES TEMPRANAS: CARA:**

El desfiguramiento facial puede ser resultado de rinitis persistente en la infancia. La infección interfiere con el crecimiento y desarrollo del tabique nasal y los huesos de la cavidad nasal que puede resultar en la llamada Nariz en Silla de Montar. Los maxilares también pueden desarrollarse anormalmente dando paladar hendido. La mandíbula sin embargo no es afectada, aunque suele llamarse a esta deformidad Quijada de Bulldog.

### **DIENTES:**

El estigma más común es la de los dientes incisivos llamados, Dientes de Hutchinson. Estos cambios sólo se advierten en los dientes permanentes. Como los dientes permanentes se desarrollan en la parte final del embarazo, cuando la infección sifilítica está más activa, la infección interfiere con la nutrición de los dientes y causa supresión de las tres partes de donde el diente se desarrolla. Los dientes laterales se extienden para llenar el vacío pero no es suficiente. Los incisivos, son más pequeños que los normales, pero más espaciados. Los dientes tienen una forma semilunar, solamente los centrales superiores son afectados; aunque los inferiores son también afectados en algunas ocasiones. Esta deformidad puede ser detectada por Rayos X dos años antes de que salgan. También los molares son afectados con cierta distrofia, las cúspides son subdesarrolladas y con poco esmalte, estos molares como son tan mal desarrollados se caían fácilmente.

### **RAGADES**

Estas cicatrices en los ángulos de la boca se ven también a los lados de la nariz y algunas veces en el ano. Son el resultado de erupción papular de sífilis congénita que puede ser profusa en la parte baja de la cara. Los movimientos de la boca producen fisuras radiales que al infectarse y luego al cicatrizar dejan marcas lineales en los ángulos de la boca.

Kah, Kline, Hinton, Eagle, Mazzini). 2- Otro grupo que emplea antígenos treponémicos obtenidos de *Treponema Pálido* inoculado a testículos de conejo, para demostrar los anticuerpos específicos. Estas pruebas no son de utilización amplia y se reservan para aclarar problemas especiales, como las reacciones biológicas reagínicas falsamente positivas (BPF). (11)

La prueba serológica treponémica primitiva descrita en 1949 es la TPI (inmovilización del *treponema Pálido*). Esta prueba es altamente específica y sensible, pero su complejidad limita su empleo a laboratorios muy especializados. (6)

A partir de 1949 se han ideado otras pruebas serológicas específicas para el *treponema*, entre las cuales la más empleada actualmente es la FTA-ABS (anticuerpo treponémico fluorescente-absorbido). Se deposita el suero que se investiga encima de portaobjetos que contienen *treponemas pálidos* desecados (no viables) que se preparan comercialmente. El anticuerpo globulínico sifilítico ataca al T. pálido y puede demostrarse añadiendo anticuerpo antiglobulina humana marcado con fluoresceína y observando los *treponemas* al microscopio con luz ultravioleta. Los sueros humanos pueden contener anticuerpos treponémicos inespecíficos; estos pueden ser eliminados por absorción mediante un sonicator (lo que resulta de los microorganismos después de ser tratados mediante una intensa vibración sonora) de *treponemas* de Reiter antes de la prueba FTA-ABS.

El método original FTA era utilizado como un examen de dilución 1:5 pero este probó ser defectuoso pues daba números falsos de números no especificados en los resultados positivos. Se llegó a adoptar una dilución de suero de 1:200 de FTA (Deacon, Freeman, Harris en 1960).

Hunter, Deacon y Meyer mejoraron el examen en 1974. Encontraron que una causa de no especificidad podría ser común en los grupos antígenos que tienen *treponemas* patogénicos y saprofitos. Se encontró que los anticuerpos del grupo no específico podrían ser removidos por la absorción adecuada, sugerida en la aplicación de los principios del nuevo test FTA-ABS. Su sensibilidad y especificidad fueron determinados por medio de suero humano seleccionado, usando el examen de inmovilización del T. Pálido (TPI). Los

## SORDERA NERVIOSA:

La posibilidad de sífilis congénita es otra de las causas de sordera nerviosa.

## OTROS ESTIGMAS

Algunos otros estigmas pueden ocurrir en personas normales tales como curvatura de las vértebras, desviación del dedo mediano y dedo pulgar y un incremento en el ángulo del brazo.

## DIAGNOSTICO

Cualquiera de estas explicaciones pueden ayudar a establecer el diagnóstico. Hutchinson dió una clásica descripción en el diagnóstico de sífilis congénita tardía, esta consiste en: Dientes de Hutchinson, queratitis intersticial y sordera.

Stokes describe también la apariencia facial de los sifilíticos congénitos. Los exámenes de reagentes siguen el mismo patrón que aquellos que se usan en la sífilis adquirida. Si son negativos el diagnóstico de sífilis se puede confirmar con los exámenes específicos, pero aún estos exámenes resultan negativos en ocasiones y sólo se puede diagnosticar a los sifilíticos congénitos por la presencia de estigmas característicos. (9)

El diagnóstico de sífilis congénita se basa en el criterio clínico y en el empleo y valoración adecuados de los datos microscópicos, serológicos, radiológicos y, a veces, epidemiológicos.

El examen al ultramicroscopio (en fondo oscuro) de los raspados de las lesiones húmedas cutáneas y mucocutáneas en la sífilis congénita precoz, facilita la prueba de la presencia del *Treponema Pálido*. El microorganismo no puede ser cultivado *in vitro*.

Las pruebas serológicas para la sífilis se dividen en dos grupos principales: 1- en el cual se emplean antígenos no treponémicos (como reactivos de cardioplipina-lecitina sintética) para descubrir los anticuerpos reagínicos inespecíficos en las pruebas de fijación del complemento (Wassermann, Kolmer) o en las de floculación (VDRL,

Hospital General "San Juan de Dios", además de contar con una base más real para el tratamiento administrado a todos los recién nacidos con VDRL positivo el cual consiste, según los criterios de Meneguello en la administración de una sola dosis de Penicilina Benzatínica (400,000). En base a que se iba a contar con un dato más real acerca de qué porcentaje de los recién nacidos con VDRL positivo en sangre del cordón umbilical presentaba FTA-ABS Ig M positivo, lo cual daría una incidencia más real de la sífilis congénita en el departamento de recién nacidos. Conociendo las limitaciones de este estudio, ya que como bien lo demostró Johnston, la presencia de FTA-ABS Ig M negativo en la sangre del cordón umbilical no descarta la posibilidad de la enfermedad, ya que al efectuar seguimiento de los pacientes hasta por 10 semanas después del nacimiento encontró que en algunos de ellos el examen se positivizaba si era negativo o se hacía más positivo si era levemente positivo. En todos estos casos él logró encontrar algún tipo de sintomatología asociada con la enfermedad.

#### **Material clínico:**

Fueron examinadas 453 muestras de sangre del cordón umbilical de recién nacidos, en la maternidad del Hospital General "San Juan de Dios", entre el 1o. de abril de 1975 al 1o. de agosto de 1975. Durante este período hubo un 10o/o de recién nacidos a los cuales no se les tomó muestra de sangre del cordón. Todas estas muestras fueron examinadas por el método VDRL (láminas) y todo examen positivo a cualquier dilución se estudió por el método de FTA-ABS Ig M e Ig G.

#### **Métodos y reactivos:**

VDRL (láminas) efectuado por el método de Wilkinson.

FTA-ABS por el método descrito por el Venereal Diseases Research Laboratory.

#### **Resultados:**

De los 453 casos estudiados se encontraron 27 VDRL positivos, o sea 5.6o/o. De estos 27 casos positivos únicamente 2 fueron positivos para FTA-ABS Ig M a tres cruces, o sea el 7o/o del total de VDRL positivos. (Ver cuadro No. 1.)

resultados indican que el procedimiento FTA-ABS es mejor que el FTA-200 y su especificidad iguala a la del TPI. (5)

#### **Diagnóstico por medio del test Ig M:**

Los anticuerpos fetales producidos en respuesta a las infecciones intrauterinas ocurren en la fracción IgM del cordón del suero del neonato, en cambio los anticuerpos maternos transferibles se encuentran exclusivamente en la fracción Ig G. Se han establecido técnicas indirectas de anticuerpos fluorescentes para detectar anticuerpos de la clase IgM de toxoplasmosis congénita, rubéola y de infecciones por citomegalovirus. El total de los niveles de suero IgM es elevada en los niños con infecciones neonatales.

En la sífilis congénita, la producción de anticuerpos antitreponemales intrauterinos fue investigada por Silverstein y Luke en 1962. Hay un acuerdo general en que la presencia del anticuerpo antitreponemal IgM en el suero de los recién nacidos sugiere que ha ocurrido una infección congénita. Alford y otros (1969) observaron que un examen FTA-ABS Ig M positivo más el aumento del total del suero IGM precedían a otros cambios de la sífilis congénita de comienzo tardío. Aunque la detección inmunológica se atrase, los tests FTA-ABS IgM son de incalculable valor en el diagnóstico de sífilis congénita en los recién nacidos; se considera, según los criterios de Johnston, que la positividad de dicho test, en tres cruces o más en sangre del cordón umbilical es diagnóstico definitivo de dicha entidad; sin embargo la negatividad de este test en sangre del cordón umbilical no puede descartar la enfermedad.

La elevación de inmunoglobulinas M en el recién nacido sirve para plantear el diagnóstico diferencial entre las cuatro infecciones intrauterinas más frecuentes, las cuales son: sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, rubéola. (5)

Tomando en cuenta lo anterior, en cuanto a diagnóstico serológico se refiere, el laboratorio clínico del Hospital General San Juan de Dios, efectuó un estudio en sangre del cordón umbilical, por el método de FTA-ABS IgM e Ig G, en recién nacidos. Entre los objetivos planteados en este estudio se indican los siguientes: Encontrar la verdadera incidencia de sífilis congénita en los recién nacidos del

CUADRO No. 1

CUADRO DE LOS RECIEN NACIDOS V.D.R.L. POSITIVOS EN SANGRE DE CORDON UMBILICAL QUE FUERON ESTUDIADOS POR EL METODO DE FTA-ABS IgM e IgG.

Paciente	V.D.R.L. Diluciones	FTA-ABS IgG	FTA-ABS IgM
1	1:8	+	+
2	1:1	+ -	+ -
3	1:2	+++	+++
4	1:2	+++	+++
5	1:2	+++	+
6	1:2	+	-
7	1:2	-	-
8	1:16	+	+
9	1:1	++	++
10	1:64	+++	-
11	1:1	+++	+
12	1:1	++	++
13	1:1	++	++
14	1:2	++	++
15	Debil	-	-
16	1:2	+	+
17	1:8	++	++
18	1:4	+ -	+
19	1:4	+	+
20	1:2	+	+
21	1:16	+	+
22	1:8	+	+
23	1:1	-	-
24	1:2	+	-
25	Debil	-	-
26	1:16	+	+
27	1:2	-	-

Discusión:

De este grupo de recién nacidos con VDRL positivos en sangre del cordón umbilical, hubo pacientes con sintomatología al nacimiento, la cual consistió en hepatoesplenomegalia, dermatitis bulosa diseminada, petequias diseminadas y uno de los casos presentaba rinitis purulenta.

Dos de los casos fueron 3 cruces positivos para FTA-ABS IgM. Uno de los casos fue reportado como negativo a pesar de tener VDRL positivo a 64 diluciones e Ig G FTA-ABS positivo a 3 cruces; fue estudiado para anticuerpos contra toxoplasma, los cuales fueron negativos. Esto concuerda con lo reportado por Johnston quien encontró casos negativos al nacimiento y que se positivizaron entre 5a y 9a semana después del nacimiento.

Comentario:

El 70/o de los VDRL positivos en sangre del cordón umbilical fueron positivos para FTA-ABS Ig M, sin embargo esto no es una cifra confiable de la verdadera incidencia de Sífilis congénita en los recién nacidos del Hospital general "San Juan de Dios", ya que se debería de hacer un seguimiento de los pacientes de por lo menos 10 semanas.

Es interesante la alta transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al feto, lo cual en gran parte puede comprobar que cerca del 60/o de las madres atendidas en la Maternidad son portadoras de la enfermedad o la han padecido en alguna época de su vida que no pasa de 2 años desde el momento de haberse efectuado el examen. (8)

tomas de osteitis aguda pueden desaparecer y dar lugar a osteitis crónica.

La sífilis congénita en el recién nacido muestra alteraciones múltiples de los huesos largos en las regiones metafisiales y diafisiales. La Periostitis o destrucción metafisial es la presentación más común de la sífilis congénita en el recién nacido.

Una infiltración neumónica en asociación con sífilis congénita puede representar Neumonía. No hay un patrón específico de Rx y la confirmación sólo puede ser hecha con un examen de campo oscuro. Neumonía blanca se confirma en la autopsia de niños con sífilis congénita. (2)

#### **Tratamiento de Sífilis Congénita:**

En la sífilis congénita precoz el tratamiento de elección es la Penicilina. Sólo puede ser sustituida por la eritromicina (15 mg/Kg de peso al día durante 12 a 15 días) en los casos más graves de alergia a la penicilina. (11)

Los preparados de penicilina G benzilica son agentes antitreponémicos más eficaces que las penicilinas nuevas (semisintéticas). Se prefiere la terapéutica de inyecciones y no se recomienda la vía bucal. Los valores en sangre interrumpidamente treponemicidas son más eficaces que la penicilina intermitente, que puede ser sub letal para el Treponema Pálido y permitir el crecimiento de treponemas supervivientes con un tiempo de multiplicaciones de 30 a 35 horas. Por lo que la penicilina G procaínica en aceite con monoestearato de aluminio (PAM) y la penicilina G benzatínica (DBED) son preferibles a los preparados solubles en agua de acción breve. Estos últimos necesitan inyecciones repetidas, dosis más elevadas y tratamiento más pesado, con un margen de seguridad menor que los preparados de acción prolongada. En conjunto, la terapéutica se basa en las relaciones internacionalmente conocidas de Dosis-Tiempo (1).

La vida media de la penicilina en el suero está correlacionada inversamente con la edad y el movimiento de la creatinina. La excreción de la penicilina en la orina expresada en porcentajes se relaciona directamente con la excreción de la creatinina. En los adultos la ex-

Otro método de diagnóstico de sífilis congénita en recién nacidos es por medio del diagnóstico radiográfico, ya que el radiólogo frecuentemente tiene la primera oportunidad de diagnóstico de sífilis congénita. El Dx. de sífilis puede presentarse dificultoso ya que el tipo de examen serológico convencional de VDRL puede resultar inconcluso. El examen o evidencia radiológica de sífilis congénita se presenta aunque la reacción al examen VDRL haya sido negativo. Solamente un pequeño número de Recién nacidos con gran afección clínica y resultados anormales en los exámenes serológicos fallan inicialmente en los cambios que podrían observarse en la estructura ósea por medio de los Rx. En algunos casos la falta de tratamiento usualmente resulta en cambios floridos en las semanas después del nacimiento. Es muy común encontrar muchos huesos con problemas localizados en la metafisis y en la diáfisis. Los problemas epifisiales son muy raros. Hay dos formas de involucración metafisial: Mineralización alterada de la zona de provisión del calcio y destrucción del hueso. También se observa el cambio en la conversión de cartílago a hueso y es similar a las enfermedades sistemáticas de la infancia. La zona de provisión del calcio puede convertirse en una zona densa y gruesa. El extremo opuesto puede presentarse con rarefacción en la zona yuxtaepifisial presentando las terminaciones de los huesos una forma ancha, transversa y una zona de desmineralización. La segunda forma de involucración metafisial es la destrucción de los huesos. La metafisis destructiva es común en la enfermedad moderadamente avanzada. La erosión focal de los aspectos internos de la tibia proximal, llamada de Wimbergers, es típica de destrucción metafisial. Esta erosión ósea característica está relacionada con la granulación de tejido de sífilis activa o de osteomielitis que destruye la corteza y la médula del hueso. Una complicación de esta destrucción en sífilis congénita es la fractura patológica a través del área de desmineralización con desplazamiento de la placa epifisial y del centro de osificación.

La diáfisis de los huesos largos pueden mostrar áreas con partes de corteza y médula destruida. La infección activa debajo del periostio produce una reacción periostial sólida o laminada. El tratamiento correcto cura todas las áreas destruidas de los huesos y restituye el crecimiento normal de los mismos. El crecimiento normal del hueso remodela el lugar de las fracturas patológicas. La parte medial del hueso se compone con el crecimiento del tejido periostial aunque algunas trazas de corteza diafisial engrosada pueden persistir. Los sín-

CUADRO No. 1

CUADRO DE LOS RECIEN NACIDOS V.D.R.L. POSITIVOS EN SANGRE DE CORDON UMBILICAL QUE FUERON ESTUDIADOS POR EL METODO DE FTA-ABS IgM e IgG.

Paciente	V.D.R.L. Diluciones	FTA-ABS IgG	FTA-ABS IgM
1	1:8	+	+
2	1:1	+ -	+ -
3	1:2	+++	+++
4	1:2	+++	+++
5	1:2	+++	+
6	1:2	+	-
7	1:2	-	-
8	1:16	+	+
9	1:1	++	++
10	1:64	+++	-
11	1:1	+++	+
12	1:1	++	++
13	1:1	++	++
14	1:2	++	++
15	Debil	-	-
16	1:2	+	+
17	1:8	++	++
18	1:4	+ -	+
19	1:4	+	+
20	1:2	+	+
21	1:16	+	+
22	1:8	+	+
23	1:1	-	-
24	1:2	+	-
25	Debil	-	-
26	1:16	+	+
27	1:2	-	-

Discusión:

De este grupo de recién nacidos con VDRL positivos en sangre del cordón umbilical, hubo pacientes con sintomatología al nacimiento, la cual consistió en hepatoesplenomegalia, dermatitis bulosa diseminada, petequias diseminadas y uno de los casos presentaba rinitis purulenta.

Dos de los casos fueron 3 cruces positivos para FTA-ABS IgM. Uno de los casos fue reportado como negativo a pesar de tener VDRL positivo a 64 diluciones e Ig G FTA-ABS positivo a 3 cruces; fue estudiado para anticuerpos contra toxoplasma, los cuales fueron negativos. Esto concuerda con lo reportado por Johnston quien encontró casos negativos al nacimiento y que se positivizaron entre 5a y 9a. semana después del nacimiento.

Comentario:

El 70/o de los VDRL positivos en sangre del cordón umbilical fueron positivos para FTA-ABS Ig M, sin embargo esto no es una cifra confiable de la verdadera incidencia de Sífilis congénita en los recién nacidos del Hospital general "San Juan de Dios", ya que se debería de hacer un seguimiento de los pacientes de por lo menos 10 semanas.

Es interesante la alta transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al feto, lo cual en gran parte puede comprobar que cerca del 60/o de las madres atendidas en la Maternidad son portadoras de la enfermedad o la han padecido en alguna época de su vida que no pasa de 2 años desde el momento de haberse efectuado el examen. (8)

## V PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

### Datos estadísticos:

Se investigaron dos grupos pediátricos:

- 1— Recién nacidos hospitalarios (de julio de 1974 a diciembre de 1977). En julio de 1974 se principió a llevar el libro de Recién nacidos patológicos y, en septiembre del mismo año, se principió a efectuar examen de VDRL del cordón umbilical a todo Recién nacido hospitalario.
- 2— Lactantes ingresados a Sala cuna No. 1 (Enero 1973 a Diciembre de 1977).

En recién nacidos hospitalarios se investigaron los siguientes parámetros: (revisión de fichas clínicas).

- a— Sexo
- b— peso en libras
- c— talla en cms.
- d— tipo de parto
- e— edad gestacional
- f— método diagnóstico
- g— cuadro clínico y patología asociada
- h— tratamiento establecido
- i— condición al egresar.

En el grupo de lactantes se investigaron los siguientes parámetros: (revisión de fichas clínicas).

- a— Sexo
- b— peso en libras al ingresar
- c— edad al ingresar

## IV MATERIAL Y METODOS

### Recursos humanos:

- 1— Personal de archivo y estadística del Hospital General "San Juan de Dios".
- 2— Personal médico y de enfermería del Departamento de Recién nacidos del hospital General "San Juan de Dios".
- 3— Personal del laboratorio del Hospital General "San Juan de Dios".
- 4— Médicos del departamento de Patología del hospital General "San Juan de Dios".

### Recursos materiales:

- 1— Fichas clínicas del archivo del Hospital General San Juan de Dios".
- 2— Libros de Recién Nacidos patológicos y de egresos de post-parto del departamento de Maternidad del Hospital General "San Juan de Dios".
- 3— Libro de informes de exámenes de VDRL del laboratorio y del departamento de Recién Nacidos del Hospital General "San Juan de Dios".
- 4— Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 5— Hoja de trabajo específica.

## PRESENTACION DE RESULTADOS:

En el departamento de Recién nacidos se investigó de Julio de 1974 a Diciembre de 1977, realizándose revisión de 87 registros clínicos, encontrándose los siguientes datos:

A— Según el sexo:	No. Casos	Porcentaje
Recién nacidos de sexo femenino:	49	56.32 o/o
Recién nacidos de sexo masculino:	38	43.68 o/o

La diferencia en porcentajes no es muy significativa.

B— Según el peso (en libras):	(Ver gráfica No. 1) No. Casos	Porcentaje
Menores de 4 libras:	18	20.69 o/o
de 4.1 a 6.15 libras:	44	50.58 o/o
Mayores de 7 libras:	25	28.73 o/o

El menor porcentaje corresponde a R. N. menores de 4 libras.

C— Según la talla (en cms.):	No. Casos	Porcentaje
De 35 a 45 cms.:	24	27.59 o/o
De 46 a 50 cms.:	47	54.02 o/o
Mayores de 50 cms.:	16	18.39 o/o

El mayor porcentaje corresponde a R. N. con tallas dentro de límites normales.

D— Según el tipo de parto:	No. Casos	Porcentaje
Eutósico simple:	67	77.01 o/o
Aplicación de forceps:	7	8.04 o/o
Cesárea Segmentarea:	13	14.95 o/o

El tipo de parto no tiene ninguna relación con la sífilis congénita.

- d— cuadro clínico de ingreso
- e— método diagnóstico
- f— tratamiento establecido
- g— condición al egresar

En ambos grupos pediátricos se investigaron en la madre los siguientes parámetros:

- a— Edad de la madre
- b— número de gestaciones
- c— edad de embarazo
- d— asistencia a control prenatal
- e— método diagnóstico
- f— tratamiento establecido.

En el libro de laboratorio sobre exámenes de VDRL y en el libro de estadística de Recién nacidos se encontraron los siguientes datos:

De septiembre de 1974, mes en que se principió a efectuar VDRL a todo recién nacido hospitalario a diciembre de 1974 nacieron 1,134 niños de los cuales 55 tuvieron VDRL positivos, que hacen un porcentaje de 4.85o/o.

De enero de 1975 a diciembre de 1975 nacieron 3,107 niños de los cuales 164 tuvieron VDRL positivo que hacen un porcentaje de 5.27o/o.

De enero de 1976 a diciembre de 1976 nacieron 2,502 niños de los cuales 65 tuvieron VDRL positivo que hacen un porcentaje de 2.60o/o.

De enero de 1977 a diciembre de 1977 nacieron 2,863 niños de los cuales 156 tuvieron VDRL positivo que hacen un porcentaje de 5.45o/o.

En total: de septiembre de 1974 a diciembre de 1977 nacieron 9,606 niños de los cuales 440 tuvieron VDRL positivo que hacen un porcentaje de 4.49o/o.

**G— Según cuadro clínico y patología asociada:**

	No. Casos	Porcentaje
Recién nacidos sin sintomatología:	60	68.96 o/o
Recién nacidos con hiperbilirrubinemia:	10	11.49 o/o
R. N. con parálisis braquial y radial:	2	2.30 o/o
R. N. con lesiones en piel:	3	3.45 o/o
R. N. con hepatoesplenomegalia:	3	3.45 o/o
R. N. con hidrocefalia:	1	1.15 o/o
R. N. con cataratas congénitas:	1	1.15 o/o
Recién nacidos que fallecieron:	7	8.05 o/o

El mayor porcentaje corresponde a R. N. sin sintomatología; el más frecuente signo clínico presentado en R. N. es la bilirrubinemia a expensas de la bilirrubina indirecta. Se reporta un caso de R. N. con VDRL positivo acompañado con cataratas congénitas, posiblemente de otra etiología (no luética).

**E— Según edad gestacional: (ver gráfica No. 1)**

	No. Casos	Porcentaje
De 32 semanas a 34 semanas:	10	11.50 o/o
De 35 semanas a 37 semanas:	23	26.44 o/o
De 38 a 40 semanas:	47	54.02 o/o
Mayores de 40 semanas:	7	8.04 o/o

El mayor porcentaje corresponde a R. N. entre las 38 a 40 semanas de gestación, existiendo una diferencia de 14o/o de R. N., menores de 37 semanas de gestación.

**F— Según método diagnóstico: (por VDRL)**

	No. Casos	Porcentaje
VDRL positivo de madre y VDRL positivo de R. N.:	57	65.52 o/o
VDRL negativo de madre y VDRL positivo de R. N.:	14	16.09 o/o
VDRL positivo de R. N. y de la madre se ignora:	15	17.25 o/o
VDRL positivo de madre y VDRL negativo de R. N.:	1	1.14 o/o

El mayor porcentaje corresponde a VDRL positivos en madre e hijo.

**Según VDRL de R. N. y RX. de huesos largos:**

	No. Casos	Porcentaje
Sólo VDRL:	83	95.41 o/o
VDRL y RX:	4	4.59 o/o

El mayor porcentaje corresponde a solo exámenes de VDRL efectuados sin otro método diagnóstico.

Los Recién nacidos que fallecieron presentaban múltiples sintomatologías:

- 1— Recién nacido con lesiones óseas; parálisis de miembro superior derecho; rinorrea; hepatitis; enteritis: 1 caso.
- 2— Recién nacido con esfacelamiento de epidermis de plantas de pies y palmas de manos; descamación en vulva; neumonía alba; hepatoesplenomegalia: 1 caso.
- 3— Recién nacido con hiperbilirrubinemia y hepatoesplenomegalia: 2 casos.
- 4— Recién nacido con esfacelamiento de epidermis de manos y pies; máculas y pápulas de miembros superiores e inferiores: 3 casos.

H— Tratamiento establecido:	No. Casos	Porcentaje
Recién nacidos tratados con Penicilina Benzatínica:	61	70.11 o/o
R. N. tratados con Penicilina Cristalina y Fototerapia:	10	11.49 o/o
R. N. tratados con penicilina cristalina:	8	9.20 o/o
No dice el tratamiento establecido:	8	9.20 o/o

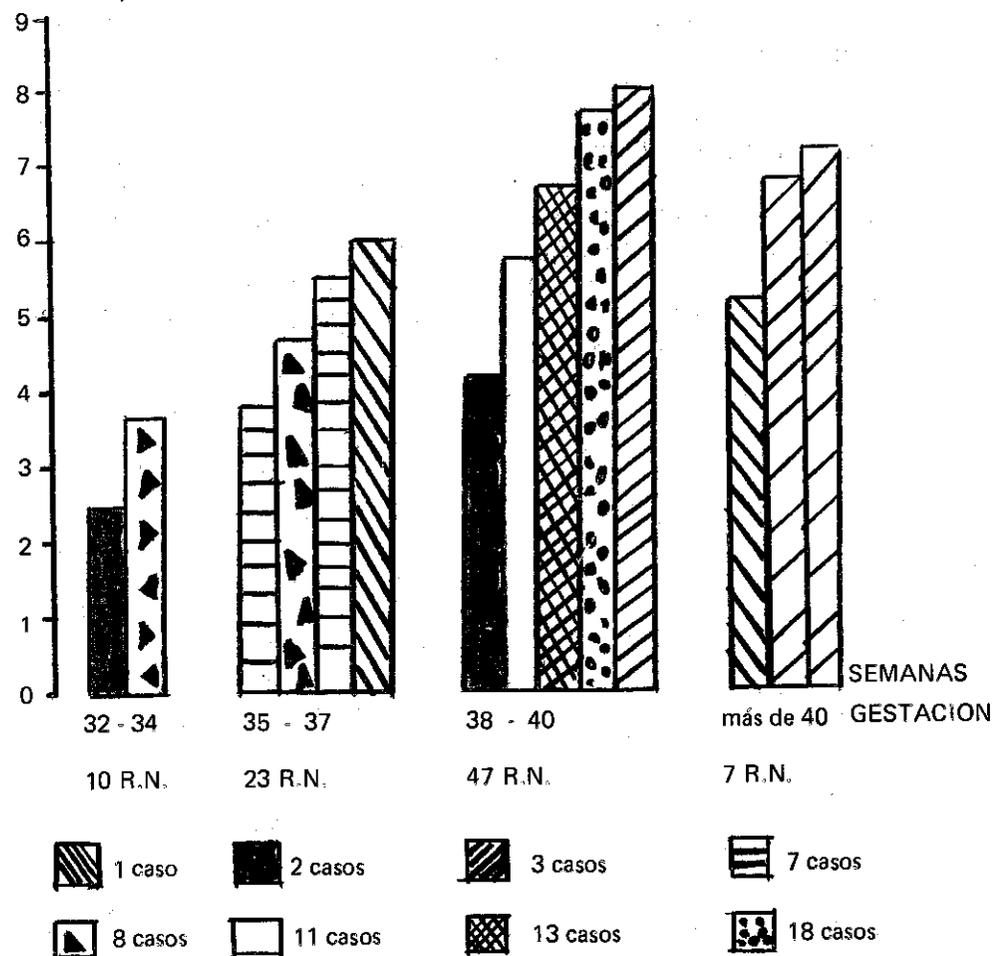
El mayor porcentaje corresponde a tratamiento con penicilina Benzatínica, debido a que los R. N. no presentaban sintomatología clínica.

I— Condición al egresar:	No. Casos	Porcentaje
Recién nacidos egresados en buenas condiciones:	80	91.95 o/o
Recién nacidos que fallecieron en el servicio:	7	8.05 o/o

El mayor porcentaje corresponde a R. N. egresados en buenas condiciones; los R. N. fallecidos presentaban múltiples signos clínicos de sífilis congénita, que no respondieron al tratamiento establecido.

Relación de peso (en lbs.) con semanas de gestación de Recién nacidos con VDRL positivo (87 en total). Servicio de R. N. Hospital General "San Juan de Dios".

Lbs. Septiembre 1974 a Diciembre 1977



Se observa la gran disparidad de pesos en relación con las semanas de gestación. La mayoría de R. N. se encuentran entre las 38 a 40 semanas de gestación, con gran variedad de pesos.

GRAFICA No. 1

C— Madre de 24 años de edad, multípara, con embarazo de 32 semanas por U. R., que tuvo control prenatal, en donde le efectuaron VDRL el cual fue positivo a 8 diluciones; el del marido fue negativo. La Sra. recibe tratamiento con Penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día durante 10 días; el marido no dice si lo recibió.

Da a luz, por P. E. S. a niño sexo femenino con peso de 3 libras y talla de 40 cms, presentando al nacer esfacelamiento de plantas de pies y palmas de manos; hepatoesplenomegalia; opacidad corneal.

VDRL del niño: 64 diluciones; se le da tratamiento con penicilina cristalina 50,000 u. por Kg. de peso por dosis I. V. cada 12 horas; fallece a las 36 horas de nacido.

D— Madre de 17 años de edad, primigesta, con embarazo de 35 semanas por U. R., sin control prenatal. Da a luz por P. E. S. a niño sexo femenino con peso de 3 libras y talla de 45 cms., quien al nacer presenta las palmas de las manos y las plantas de los pies macerados; máculas y pápulas en miembros superiores e inferiores.

VDRL del niño: 128 diluciones  
VDRL de la madre: 16 diluciones  
VDRL del padre: no se investigó

El niño recibe tratamiento con penicilina cristalina a razón de 50,000 u. por Kg de peso por dosis I. V. cada 12 horas. Fallece a 24 horas de nacido. Madre egresa con tratamiento de penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día por 10 días.

D— Madre de 20 años de edad, primigesta, con embarazo de 36 semanas por U. R., con control prenatal, efectuándole exámenes de laboratorio, a excepción de VDRL (?). Da a luz por P. E. S. a niño sexo masculino con peso de 3.14 libras y talla de 46 cms., no presenta sintomatología.

VDRL del niño: 64 diluciones  
VDRL de la madre: no dice  
VDRL del padre: no dice.

Los siguientes casos que a continuación se presentan son muy significativos: (Registros clínicos de Recién nacidos):

A— Madre de 17 años de edad, primigesta, sin control prenatal, con embarazo de 30 semanas por U. R., que presenta lesiones chancroides en vulva, da a luz, por P. E. S. a niño de sexo masculino con peso de 3.5 libras y talla de 35 cms., el cual nace con sintomatología sifilítica: rinorrea, parálisis braquial de miembro superior derecho, hiperbilirrubinemia.

VDRL del recién nacido: 64 diluciones  
VDRL de la madre: 32 diluciones  
VDRL del padre: no se investigó.

Se le da tratamiento al niño con Penicilina cristalina a razón de 50,000 u. por Kg de peso por dosis I.V. cada 12 horas; Fallece a 48 horas de nacido.

La madre egresa con tratamiento de penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día durante 10 días.

Del padre no refieren si le dieron tratamiento.

B— Madre de 14 años de edad, primigesta, con embarazo de 34 semanas por U. R., con control prenatal en donde le efectuaron VDRL el cual fue positivo a 32 diluciones, dejándole tratamiento con penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día durante 10 días, tratamiento que no cumplió. Da a luz, por P. E. S. a niño sexo femenino con peso de 2.8 libras y talla de 37 cms., el cual nace con esfacelamiento de plantas de pies y palmas de las manos, y además en vulva presenta lesiones descamativas; hepatoesplenomegalia y neumonía alba.

VDRL del niño: 64 diluciones; se le da tratamiento con penicilina cristalina a razón de 50,000 u. por Kg. por dosis I.V. cada 12 horas; fallece a las 24 horas de nacido.

La madre egresa con tratamiento de penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día por 10 días.

Del padre no refieren nada.

D— Según cuadro clínico de ingreso:	No. Casos	Porcentaje
Rinorrea, lesiones de piel y mucosas:	11	39.22 o/o
Rinorrea; edema y deformidad de miembros:	7	25.00 o/o
Rinorrea, hepatoesplenomegalia e ictericia:	5	17.85 o/o
Edema de miembros superiores e inferiores:	5	17.85 o/o

La rinorrea es uno de los principales signos clínicos que se observan, acompañando a otro signo de Sífilis.

Al niño le efectúan Rx de huesos largos encontrándolos normales; recibe tratamiento con penicilina cristalina a razón de 50,000 u. por Kg de peso por dosis I. M. cada 12 horas durante 10 días. Niño egresa mejorado, sin sintomatología aparente. La madre egresa con tratamiento de penicilina procaína 800,000 u. I. M. cada día durante 10 días.

Los casos anteriores son ejemplos de los múltiples problemas que se pueden evitar, si la madre tiene control prenatal, le efectúan VDRL y recibe el tratamiento adecuado y la orientación necesaria relativa a esta clase de enfermedad.

En el departamento de Cunas se investigó de Enero de 1973 a Diciembre de 1977, encontrándose 35 casos de Sífilis congénita como diagnóstico de egreso, de los cuales se investigaron 28 casos. (Imposibilidad de investigar otros casos clínicos).

Se encontraron los siguientes datos:

A— Según sexo:	No. Casos	Porcentaje
Lactantes de sexo masculino:	16	57.14 o/o
Lactantes de sexo femenino:	12	42.86 o/o

La diferencia en porcentajes no es muy significativa.

B— Según peso en Lbs. (ver gráfica No. 2)

Los pesos son muy variados, se presentan en gráficas.

C— Según edad de ingreso: (ver gráfica No. 2)

	No. Casos	Porcentaje
Menores de 1 mes:	5	17.86 o/o
De 1 mes y 29 días:	10	35.71 o/o
De 2 meses y 29 días:	9	32.14 o/o
De 3 meses y 29 días:	3	10.71 o/o
De 4 meses y 29 días:	1	3.58 o/o

F— Según método diagnóstico: VDRL		No. Casos	Porcentaje
Positivo a 2 diluciones:		2	7.14 o/o
Positivo a 4 diluciones:		2	7.14 o/o
Positivo a 8 diluciones:		1	3.57 o/o
Positivo a 16 diluciones:		1	3.57 o/o
Positivo a 32 diluciones:		2	7.14 o/o
Positivo a 64 diluciones:		10	35.73 o/o
Positivo a 128 diluciones:		1	3.57 o/o
Positivo a 256 diluciones:		1	3.57 o/o
Positivo, no alcanzo para Diluciones:		6	21.43 o/o
No dice:		2	7.14 o/o

El mayor porcentaje de titulaciones de VDRL es el que corresponde a 64 diluciones; en los dos niños que no indicaban si tenían o no examen de VDRL se les dio tratamiento por VDRL positivo de la madre.

#### F1— Según aplicación de Rx de huesos largos

	No. Casos	Porcentaje
Sí Rx. de huesos largos:	16	57.14 o/o
No Rx. de huesos largos:	12	42.86 o/o

La diferencia en porcentajes no es muy significativa.

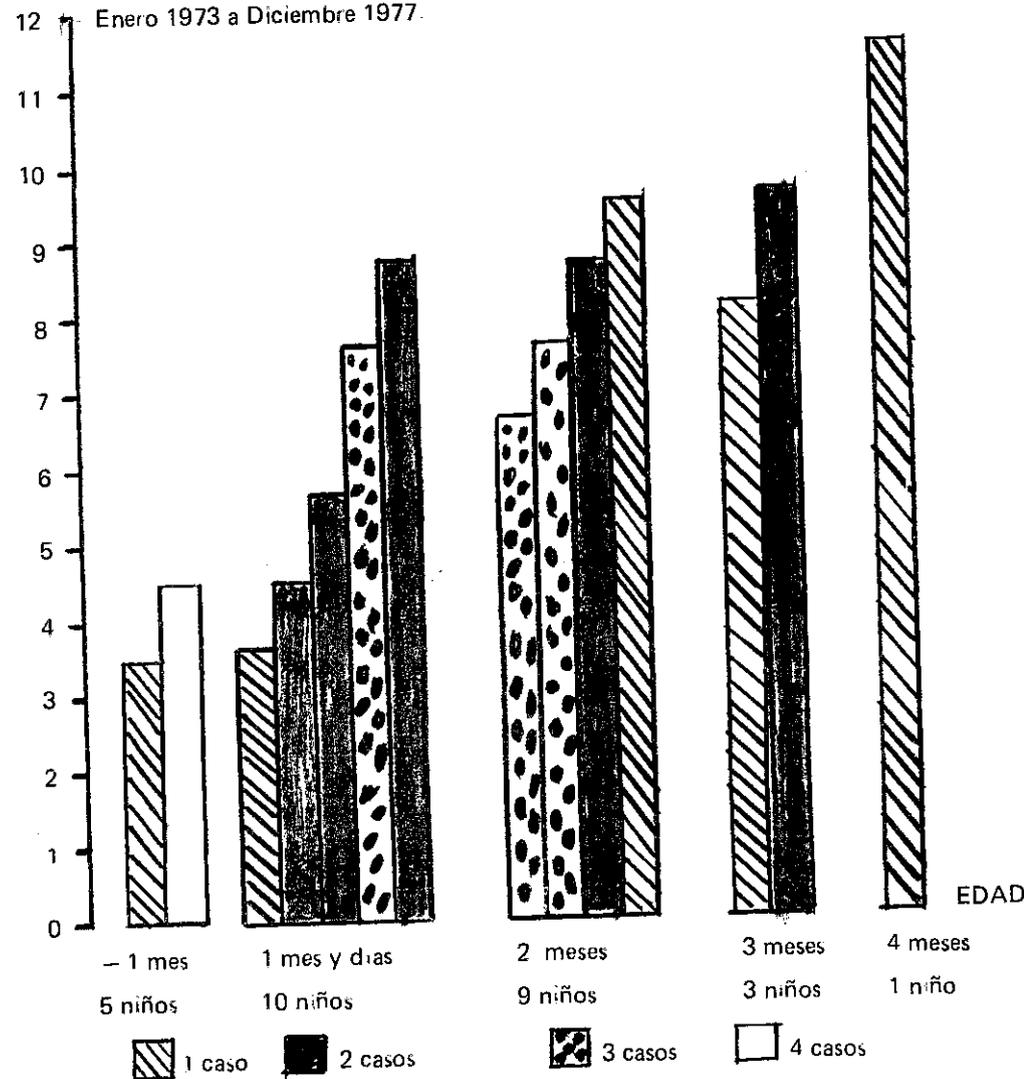
#### F2— Según informe de Rx de huesos largos: (16 lactantes)

	No. Casos	Porcentaje
Periostitis difusa de tibia y fémur:	10	62.50 o/o
Fractura patológica de cúbito y radio:	4	25.00 o/o
Ensanchamiento epifisial de tibias:	2	12.50 o/o

El mayor porcentaje corresponde a lesiones periostales de huesos largos.

Relación de peso (en lbs.) con edad (en meses) de Lactantes con Sífilis congénita (28 en total).

Lbs. Servicio de cunas. Hospital General "San Juan de Dios"  
Enero 1973 a Diciembre 1977.



Se observa que la mayoría de niños presentaron sintomatología clínica después del primer mes de vida. Existe diversidad de pesos.

GRAFICA No. 2

**A— Edad de la madre: (Ver gráfica No. 3)**

	No. Casos	Porcentaje
De 14 años a 20 años:	36	31.30 o/o
De 21 años a 25 años:	43	37.40 o/o
De 26 años a 30 años:	21	18.27 o/o
De 31 años a 35 años:	12	10.43 o/o
De 36 años a 40 años:	3	2.60 o/o

El grupo etario predominante es el comprendido entre los 21 años a los 25 años de edad.

**F3— Según otro método diagnóstico: No. Casos Porcentaje**

Investigación en campo obscuro de secreción nasal:	4	14.28 o/o
No investigación en campo obscuro de secreciones:	24	85.72 o/o

El mayor porcentaje corresponde a exámenes no efectuados (ni FTA-ABS, ni L. C. R.; ni campo obscuro).

**H— Según tratamiento establecido: (de ingreso)**

	No. Casos	Porcentaje
Administración de peni. cristalina:	17	60.72 o/o
Administración de peni. procaína:	6	21.43 o/o
Administración de peni. benzatínica:	3	10.71 o/o
No dice clase de tratamiento	2	7.14 o/o

El mayor porcentaje corresponde a la administración de penicilina cristalina a las dosis recomendadas, debido a lo severo de las lesiones; un menor porcentaje corresponde a penicilina benzatínica.

**I— Según condición al egresar: No. Casos Porcentaje**

Egreso mejorado:	21	75.00 o/o
Egreso voluntario:	4	14.28 o/o
Traslado a traumatología:	3	10.72 o/o

El mayor porcentaje egresó mejorado, con citas a consulta externa; hubo tres traslados a traumatología por presentar fracturas patológicas de miembros.

**En la madre se investigó lo que a continuación se presenta:**

Se toman en cuenta a las madres de ambos grupos (115 en total).

B- Número de gestaciones:	No. Casos	Porcentaje
Primigestas:	35	30.44 o/o
Secundigestas:	26	22.60 o/o
Múltiparas:	54	46.96 o/o

El mayor porcentaje corresponde a múltiparas, con una diferencia de 16.52 o/o en relación a las primigestas.

C- Edad del embarazo:	No. Casos	Porcentaje
Menores de 37 semanas:	41	35.65 o/o
De 38 a 42 semanas:	74	64.65 o/o

El mayor porcentaje corresponde al término de embarazo en límites normales, con una diferencia de 29 o/o de partos prematuros.

D- Asistencia a control prenatal:	No. Casos	Porcentaje
Asistieron a control prenatal:	24	20.87 o/o
No asistieron a control prenatal:	91	79.13 o/o

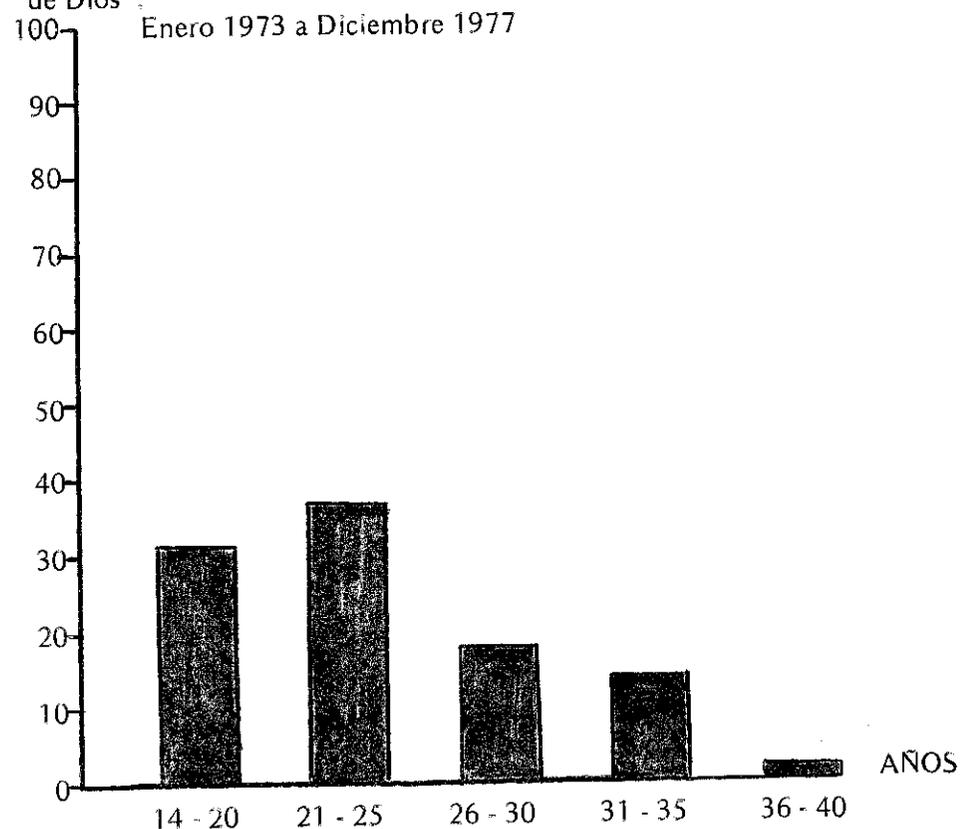
Es obvia la falta de atención prenatal que existe en nuestro país, con sus consecuencias desastrosas, tanto para la madre como el futuro ser que vendrá a la vida.

E- Método diagnóstico: (VDRL)	No. Casos	Porcentaje
Según VDRL positivo:	81	70.43 o/o
Según VDRL negativo:	14	12.18 o/o
No dice si efectuaron:	20	17.39 o/o

La mayoría de exámenes de VDRL se efectuaron en las madres de post-parto; media vez el niño tuviera VDRL positivo éste recibía el tratamiento antibiótico específico.

### EDAD DE LA MADRE:

Madres de ambos grupos : (Recién nacidos y lactantes):  
o/o Servicio de R. N. y Servicio de cunas, Hospital General "San Juan de Dios".



Se observa que las madres con edades comprendidas entre los 14 años a los 25 años de edad suman un porcentaje de 79 o/o, haciendo grupos etarios mayoritarios.

GRAFICA No. 3

## VI CONCLUSIONES:

- 1— Un gran porcentaje de madres que no acuden a control prenatal dan a luz niños con VDRL positivo.
- 2— Un gran porcentaje de niños con VDRL positivo son recién nacidos a término, con peso y talla normales a su edad gestacional.
- 3— Un gran porcentaje de lactantes con sífilis congénita, que no han recibido tratamiento específico, principian a presentar sintomatología luética después del primer mes de vida, siendo éstos principalmente: Rinorrea, lesiones descamativas en piel, plantas de los pies y palmas de las manos, edema y parálisis de miembros superiores e inferiores, hepatoesplenomegalia e ictericia.
- 4— Un gran porcentaje de lactantes con sífilis congénita no tratada y que presentan sintomatología clínica de la misma a los Rayos X presentan en sus huesos cambios sugestivos de lúes, tales como lesiones metafisiales y periostales.
- 5— No existe gran diferencia en porcentajes entre primigestas y multíparas que dan a luz niños con VDRL positivos, lo cual indica la falta de orientación y atención prenatal en ambos grupos maternos.
- 6— Los niños con VDRL positivo a grandes titulaciones nacen presentando mayor sintomatología clínica de sífilis congénita que los niños con VDRL a pequeñas titulaciones.
- 7— Las señoras embarazadas que durante su embarazo adquirieron sífilis y que no recibieron tratamiento específico dan a luz a niños más gravemente afectados de sífilis congénita y con titulaciones más altas de VDRL.

### E— En el padre se efectuó lo siguiente:

	No. Casos	Porcentaje
VDRL negativo:	4	3.48 o/o
VDRL positivo:	2	1.74 o/o
No alcanzó:	1	0.87 o/o
No hicieron:	108	93.91 o/o

El mayor porcentaje corresponde a exámenes no efectuados, debido a la renuencia del padre a acudir a que le efectúen el examen de VDRL.

### F— Tratamiento establecido:

	No. Casos	Porcentaje
Administración de penicilina procaína:	46	40.00 o/o
Administración de penicilina Benzatínica:	2	1.74 o/o
Administración de tetraciclina:	1	0.87 o/o
Administración de Eritromicina:	1	0.87 o/o
Administración de ampicilina:	1	0.87 o/o
No dice el tratamiento establecido:	64	55.65 o/o

Generalmente no se encuentra en el registro clínico el tratamiento establecido a la madre, lo cual induce a pensar o que no se le dio tratamiento o que hubo mala comunicación.

## VII RECOMENDACIONES:

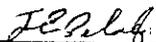
- 1— Se le debe de practicar examen de VDRL a toda mujer embarazada al inicio, mitad y final de su embarazo.
- 2— A todo recién nacido con VDRL dudoso se le debe de practicar prueba de FTA-ABS IgM para descartar sífilis congénita.
- 3— A todo Recién nacido hijo de madre con o sin control prenatal se le debe de practicar examen de VDRL del cordón umbilical y, si no fuera posible, extraerle sangre venosa para el mismo.
- 4— A todo Recién nacido y lactante con VDRL dudoso y que por diferentes motivos no se le pueda efectuar prueba de FTA-ABS, se le debe de tomar Rx de huesos largos que ayudará a diagnóstico de sífilis congénita.
- 5— Tomando en cuenta la relación Dosis-tiempo de acción de la Penicilina, a todo Recién nacido, lactante, pre escolar, escolar con VDRL positivo se le debe de tratar con Penicilina Benzatínica a razón de 50.000 U./Kg de peso a dosis única y, con controles subsiguientes de VDRL.
- 6— A toda mujer embarazada con VDRL positivo y, que por diferentes razones a su marido no se le pueda efectuar VDRL, debe de seguir un tratamiento completo y adecuado de antibióticos durante su embarazo con controles periódicos de VDRL.
- 7— Es imprescindible que a toda mujer con VDRL positivo se le oriente sobre el significado del examen para que ella misma se lo explique al marido, ya que éste generalmente es renuente a acudir a examen y así tomen las medidas pertinentes y el tratamiento adecuado.

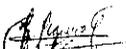
- 8— Todo recién nacido y/o lactante que presenta lesiones descamativas de piel, rinorrea, edema de miembros, hepatoesplenomegalia e ictericia, es sospechoso de ser sífilítico congénito, por lo que debe investigarse VDRL en el niño, la madre y el padre y de ser posible efectuarse FTA-ABS en los mismos.
- 9— En gran porcentaje de casos, el VDRL de la madre persiste positivo, a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico específico, dependiendo de la duración y la dosis del mismo.
- 10— El examen de FTA-ABS positivo en sangre del cordón umbilical de recién nacidos es bastante específico de sífilis congénita, aunque su negatividad no descarta la posibilidad de la enfermedad, por lo que deben efectuarse seguimientos del caso con exámenes serológicos periódicos.
- 11— Las radiografías de huesos largos para diagnóstico de sífilis congénita en recién nacidos y/o lactantes, son sumamente útiles en ausencia de signos clínicos y en presencia de serología dudosa.
- 12— El efectuar exámenes periódicos de VDRL; FTA-ABS; L.C. R. a niños con sífilis congénita da un mayor margen de seguridad para establecer tratamiento antibiótico adecuado.
- 13— Por estudios recientes efectuados en productos de abortos se considera que el feto, hijo de madre sífilítica, puede infectarse antes del primer trimestre de embarazo (4).
- 14— El tratamiento antibiótico con penicilina a niños con VDRL positivo es diferente según la presencia o ausencia de signos lueticos y la normalidad o anormalidad del líquido cefalorraquídeo.
- 15— El promedio de porcentajes por año de niños con VDRL positivo en el departamento de R. N. del Hospital General "San Juan de Dios" (1974-1977) es de 4.49 o/o.

## VIII BIBLIOGRAFIA

- 1— Cecil-Loeb: TRATADO DE MEDICINA INTERNA; decimotercera edición, tomo I; Nueva editorial Interamericana; México 1972; página 694.
- 2— Coblenz, David R. y Compañeros: ROENTGENOGRAPHIC DIAGNOSIS OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE NEW-BORN; volumen 212 No. 6; University of Southern California Medial Center; Jama, Mayo 11; 1970.
- 3— Cux Méndez, José René: SIFILIS CONGENITA; Hospital Roosevelt, 1974. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.
- 4— Gellis, Sidney S.: THE YEAR BOOK OF PEDIATRICS: Year Books Medical Publishers, Inc.; Chicago, U.S.A., 1977; páginas 111 a 113.
- 5— Johnston, N. A.: NEONATAL CONGENITAL SYPHILIS; DIAGNOSIS BY THE ABSORVED FLUORESCENT TREPONEMAL ANTIBODY (Ig M) TEST; British J. Vener. Dis. (1972) 48, 464. The London Hospital.
- 6— Mora, Zoltan Paul: FLUORESCENT ANTIBODY METHODS IN THE DETECTION AND CONTROL OF VENEREAL DISEASES; British J. Vener. Dis.; 45; 23 N.W. Washington, U.S.A.; Mayo 21; 1969.
- 7— McCracken, George H. y colaboradores: CLINICAL PHARMACOLOGY OF PENICILLIN IN NEWBORN INFANTS; University of Texas; Vol. 82, No. 4; Septiembre 28; 1972.
- 8— Molina, Herman: ESTUDIO EN RECIEN NACIDOS POR EL METODO FTA-ABS Ig M e Ig G; Hospital General San Juan

- 8— Todo hospital y centro de salud deberá de contar con reactivos especiales, para que así a toda mujer embarazada y a todo recién nacido se le efectúe, por lo menos un examen de VRDL.
- 9— El departamento de enfermedades venéreas debería de prestarle más atención al control de prostitutas, ya que varias de ellas o no acuden a control o no reciben el tratamiento antibiótico específico de la enfermedad venérea, lo cual va ampliando la cadena de transmisibilidad.
- 10— A todo recién nacido con VDRL positivo y madre con VDRL positivo o negativo y en quienes no es posible efectuarles otras clases de exámenes específicos, se les debe de tratar con medicinas antibióticas específicas.
- 11— Toda mujer como futura madre que es, debería de acudir, por lo menos una vez al año a que le practiquen examen serológico de VDRL, ya que si bien es cierto que la sífilis se contrae por relación sexual, también hay casos de contagio indirecto.
- 12— Dentro de lo posible se le deberá de practicar punción lumbar a todo recién nacido y/o lactante con VDRL positivo para investigar líquido cefalorraquídeo y en casos anormales administrar el tratamiento antibiótico específico de elección.
- 13— Todo niño con signos clínicos de sífilis congénita y líquido cefalorraquídeo anormal debe ser tratado con Penicilina G cristalina acuosa a razón de 50,000 U. por Kg de peso I.M. o I.V. en dos dosis diarias (cada 12 horas) durante 10 días o penicilina G procaína acuosa a razón de 50,000 U. por Kg de peso I. M. diarias por un mínimo de 10 días.
- 14— En todo caso de Sífilis congénita se deben de agotar recursos diagnósticos tales como: exámenes de VDRL seriados; Rayos X de huesos largos; el método FTA-ABS; examen de líquido cefalorraquídeo seriado, teniendo así una buena base para un adecuado tratamiento antibiótico.
- 15— Es deseable que las recomendaciones enumeradas anteriormente se pongan en práctica por personal médico y no médico que labora en los diferentes hospitales de la República.

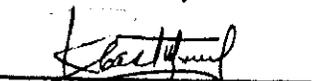
  
Enfermera : Irma Elisabeth Polken Castellanos

  
Asesor: Mario Figueroa Alvarez

  
Revisora : Ana Amato Morales de Fortin

  
Director de fase III  
Dr. Julio De León

  
Secretario  
Dr. Raúl Castillo

  
DECANO  
Dr. Rolando Castillo Montalvo

de Dios; Abril a Junio de 1975.

- 9- Nicol y King: VENEREAL DISEASES; William and Wilking Comp.; Third edition; 1975.
- 10- Naeye, Richard L.: FETAL GROWTH WITH CONGENITAL SYPHILIS; University College Medicine; Pennsylvania 17033; Mayo 5; 1970.
- 11- Nelson, Waldo E. y colaboradores: TRATADO DE PEDIATRIA: sexta edición; tomo I; Salvat editores; Barcelona 1974; páginas 623-624.
- 12- Pineda Alvarado, José Francisco: SIFILIS CONGENITA: Hospital Roosevelt, 1974. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.