

Estudios paraclínicos para la valoración de recién nacidos con sospecha de sífilis connatal

Mario Moraes ¹, Elsa Arocena ², Pablo Da Silva ³, Rodrigo Franchi ⁴,
Gabriela Pereira ⁴, Coralito López ⁵, Beatriz Ceruti ⁶, Daniel Borbonet ⁷

¿Cuál es la incidencia de sífilis connatal en nuestro país?

La sífilis connatal es una enfermedad prevenible, con un tratamiento efectivo, accesible y de bajo costo. A pesar de ello continúa siendo un problema de salud pública en Uruguay. La incidencia reportada en el Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) aumentó significativamente en los últimos años. En el año 2006 la incidencia fue de 2,2% ⁽¹⁾, en 2009 de 2,7% y en 2010 de 2,6%. En Maldonado la incidencia fue de 3,5% en el año 2009 ⁽²⁾.

¿Cuáles son los estudios a realizar en el recién nacido con sospecha de sífilis congénita?

Hasta el 90% de los recién nacidos pueden ser asintomáticos al nacer presentando las manifestaciones clínicas en la evolución, por lo cual la realización de estudios paraclínicos adecuados permite el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los estudios paraclínicos solicitados en los recién nacidos con sífilis varían en los diferentes centros asistenciales.

El CDC en el año 2010 propone clasificar al recién nacido en 4 escenarios clínicos basándose en ellos para el estudio y tratamiento del neonato (figura 1) ⁽³⁾.

En Uruguay, en determinados centros asistenciales, se solicitan otros exámenes paraclínicos, como funcional hepático, examen de orina, fondo de ojo, ecografía transfontanelar.

¿Cuál es el rendimiento de la radiografía de huesos largos en el diagnóstico de sífilis connatal?

Publicaciones internacionales informan, en una muestra de 310 casos, que el 21% presentó alteraciones radiológicas en los recién nacidos con sífilis connatal. Puede ser la única manifestación en un recién nacido sin alteraciones clínicas ⁽⁴⁾.

En el CHPR, en 104 recién nacidos que se realizó radiografía de huesos largos, el 10% fue patológico ^(1,5).

¿Debe solicitarse hemograma en todos los recién nacidos con sospecha de sífilis connatal?

Las alteraciones que se observan en el hemograma son anemia en el 16%, además de trombocitopenia y reacción leucemoide ^(4,6). En nuestro medio, en 104 neonatos, se ha visto un 6,7% de plaquetopenia, un 5,7% de anemia, un 1,9% de leucocitosis ^(1,5).

¿Qué alteraciones pueden producirse a nivel ocular?

En los recién nacidos con sífilis connatal se describe en agudo coriorretinitis y entre los 2 y los 20 años queratitis intersticial. La incidencia de alteraciones oculares reportada en estudios internacionales es muy baja, 0,3% ⁽⁴⁾; por lo cual en protocolos internacionales se indica en sífilis sintomática, si los títulos del recién nacido cuadriplican los títulos maternos, con RPR o VDRL positivo a los

1. Profesor adjunto de Neonatología.

2. Residente de Neonatología.

3. Asistente de Neonatología.

4. Residentes de Pediatría.

5. Neonatóloga.

6. Jefa Del Servicio de Recién Nacidos.

7. Profesor Director Del Departamento de Neonatología.

Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina; UDELAR.
Servicio de Recién Nacidos, ASEEE. Centro Hospitalario Pereira Rosell.



Figura 1. Escenarios de sífilis según el CDC (2010)

12 meses de vida⁽⁷⁾. En nuestro medio, en 54 fondos de ojos realizados, no se encontró ninguna alteración relacionada al diagnóstico^(1,5)⁵.

¿Debe indicarse el funcional hepático en los niños con sospecha de sífilis connatal?

Los hallazgos descriptos en los pacientes portadores de lúes son, hepatitis, colestasis y alteraciones de la crisis^(6,8). En 95 funcionales hepáticos realizados recién nacidos con sospecha de sífilis connatal, en dos pacientes se observaron cifras de transaminasas levemente aumentadas^(1,5). No existe reporte en la bibliografía internacional sobre incidencia de alteraciones en el funcional hepático porque no es un estudio que se solicite como valoración en estos pacientes.

¿Tiene valor la realización de ecografía transfontanelar en recién nacidos con sífilis connatal asintomáticos?

En nuestro medio de 59 realizadas, el 100% fue normal^(1,5). No es un examen que se realice de forma rutinaria en pacientes con sospecha de sífilis a nivel internacional por lo cual no existe reporte de incidencia.

¿Hay indicación de realizar examen de orina? No hay evidencia bibliográfica actual de su utilidad en esta patología. En datos internacionales se describe como una complicación rara en las sífilis sintomáticas con reportes desde 0% a 3,5% de nefritis⁽⁴⁾.

¿Cuáles son los hallazgos en el líquido cefalorraquídeo?

El LCR es anormal en 50% de los niños infectados con síntomas de sífilis congénita y en 10% de aquellos que son asintomáticos. Las alteraciones en el análisis citoquímico descritas son pleocitosis y proteinorraquia. Debe realizarse VDRL en LCR que es la única prueba no treponémica válida para realizar en LCR. Si es positivo apoya el diagnóstico de neurolítes pero si es negativo no lo descarta, por ser altamente específico pero poco sensible^(4,8,9).

En las punciones lumbaras realizadas en 108 recién nacidos en el Servicio de Recién nacidos del CHPR, el 56,4% fueron con sangre o no se obtuvo LCR. La bibliografía internacional reporta hasta un 50% de punciones lumbaras con estas características por lo cual estos resultados son acordes con la bibliografía internacional destacándose que en este caso se trata de un servicio universitario. Del 44% restante 9% de los análisis citoquímicos del LCR resultaron alterados y 5,4% presenta VDRL positivo^(1,5).

En base a la bibliografía y a los hallazgos nacionales: ¿Cuáles son los exámenes que se proponen realizar en el estudio de la sífilis connatal?

Los recién nacidos que presenten síntomas de sífilis connatal deben ser evaluados con hemograma, radiografía de huesos largos, punción lumbar. Otros exámenes serán solicitados según la presentación clínica del paciente.

En el caso que el recién nacido cuadriplique los títulos maternos, el tratamiento sea inadecuado o se realizó en el último mes de gestación se debe realizar hemograma, radiografía y punción lumbar.

Si los títulos del recién nacido cuadriplican los títulos maternos, o el VDRL o RPR persisten positivos luego de los 12 meses de vida, es adecuado realizar fondo de ojo en la evolución.

En cualquier situación los exámenes paraclínicos a solicitar serán guiados por los hallazgos clínicos y la evolución del paciente.

La paraclínica a solicitar debe basarse en su rendimiento para guiar el tratamiento o definir el seguimiento y pronóstico del paciente.

¿Cuál es la validez del VDRL de cordón para el diagnóstico de sífilis en la actualidad?

Ciliano en su monografía informa que el número de casos de sífilis congénita diagnosticados al realizar serología materna al parto aumenta en un 8% comparado a la estrategia al utilizar serología de sangre del cordón umbilical al parto más serología materna del primer y tercer trimestre (4/48 recién nacidos). Barsauti informa un 25% (6 de 24 binomios). El aumento del diagnóstico de sífilis neonatal a partir del estudio de cordón positivo con serología materna negativa es muy escaso o nulo⁽¹⁰⁾. Chabra⁽¹¹⁾ informa una sensibilidad diagnóstica más alta, 92%-94%, para la serología materna que para la serología del cordón o neonatal. Si bien el diagnóstico al momento del parto no permite la prevención de la sífilis congénita, si permite detectar con mayor precisión los neonatos en riesgo de padecerla. La bibliografía actual apoyan la necesidad de conocer la serología materna durante el embarazo y al momento del parto en poblaciones de alto riesgo como estrategia eficaz para detectar los recién nacidos en riesgo de padecer sífilis congénita. Para la estratificación del riesgo del neonato es necesario conocer, además, los títulos serológicos no treponémicos en sangre periférica del recién nacido^(3,11-14). Aun así debe tenerse en cuenta que un porcentaje de madres y sus neonatos escaparán al diagnóstico por tener serología negativa al parto, al haberse infectado en forma muy cercana al mismo.

Referencias bibliográficas

1. Ciliano M. Sífilis neonatal precoz en el Centro Hospitalario Pereira Rossell [monografía de posgrado Neonatología]. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006
2. Blanco B, Fierro P, Moraes M. Incidencia de sífilis materna y sífilis congénita en Maldonado. Arch Gin Obstet 2011; 49 (1). En prensa.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital Syphilis. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010; 59 (14): 413-7.
4. Dobson SR, Sanchez PJ. Syphilis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 6a ed. Philadelphia: Saunders, 2009: 1826-46.
5. Margni C, De Oliveira R. Sífilis en el recién nacido [monografía de posgrado Pediatría]. Montevideo: Facultad de Medicina, 2010.
6. Sarubbi MA. Sífilis congénita. En: Paganini H. Infectología pediátrica. Buenos Aires: Científica Interamericana, 2007: 630-7.
7. Canadian Paediatric Society. Infectious Diseases and Immunization Committee. Congenital syphilis: no longer just of historical interest. Paediatr Child Health 2009; 14 (5): 337.
8. Azimi P. Sífilis. En: Kliegman RM, Behrman R, eds. Nelson Tratado de Pediatría. 18 ed. Madrid: Elsevier, 2008: 978-81.
9. Vernaccio L. Sífilis. En: Cloherty J, ed. Manual de neonatología. 6 ed. Barcelona: Williams & Wilkins, 2009: 307.
10. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EM, Succi RC. Diagnóstico de sífilis congénita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras Med Trop 1999; 32 (6): 605-11.
11. Chabra R, Brión L, Castro M, Freunlich L, Glaser J. Comparison of maternal sera, cord blood, and neonatal sera for detecting presumptive congenital syphilis: relationship with maternal treatment. Pediatrics 1993; 91 (1): 88-91.
12. Reyes A, Chorbadjian G, Parada M, Turrys J, Bravo N, Araya C. Sífilis congénita: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. Rev Chil Infect 2004; 21 (4): 307-11.
13. Sanchez PJ, Wendel GD. Sífilis durante el embarazo. Clin Perinatol 1997; 1: 74-88.
14. Ingall D, Sanchez P, Baker C. Syphilis. In: Remington JS, Klein J, Wilson C, Baker C. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 6 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006: 545-80.