

Sesión interactiva de Infecciones perinatales.

Sífilis y embarazo. Una
infección del pasado que se
hace presente.



8vo Congreso Argentino de Infectología pediátrica

Sociedad Argentina de Pediatría

25-4-17

Caso clínico

Ingresa a Neonatología

- **RN de 39 semanas gestación, parto vaginal.**
- **Peso 2400 gr.**
- **Hepatoesplenomegalia**
- **Infiltrados intersticiales en la Rx Tx**
- **Rash petequial.**
- **Plaquetopenia (35.000 plaquetas/mm³)**
- **Lesiones ampollares en miembros inferiores.**

Antecedente maternos:

- **Su madre tiene 22 años, 3 hijos previos e ingresa al hospital en trabajo de parto con dilatación máxima.**
- **Refiere haber hecho 2 controles al principio del embarazo.**
- **Realizó extracción de sangre para análisis pero no fue a buscar los resultados.**
- **La actual pareja de la madre es el padre del paciente, pero no de los hijos anteriores.**
- **Reconoce lesiones en piel máculo-papulares, tres semanas previas al parto , atribuidas al embarazo**

TORCH

- **T** toxoplasmosis
- **O** Otros 

parvovirus	Chagas
VIH	VPH
Enterovirus	HVB /HVC
TBC	Listeria
sífilis	VVZ
malaria	
- **R** Rubeola
- **C** CMV
- **H** Herpes

se solicitan estudios...

A la madre

- VDRL.
- IgG toxoplasmosis
- IgG Chagas
- VIH E.L.I.S.A
- HBsAg

Al RN

- 2 HC
- VDRL en sangre
- Resto de serologías según resultados maternos.
- Estudio de LCR

Resultados

Resultados maternos

- **VDRL materna 64 dils.**
- **IgG toxoplasmosis 1/32**
- **IgG Chagas (ELISA/HAI) no reactiva**
- **VIH E.L.I.S.A no reactivo**
- **HBsAg no reactivo**

Resultados niño

- **VDRL 32 dils**
- **Hemocultivos en curso**
- **LCR no se realizó PL por plaquetopenia.**
- **VDRL en LCR pendiente hasta poder hacer PL**

Ud definiría el caso como

- 1. Sífilis materna**
- 2. No podría definir los casos de sífilis materna y congénita, hasta no tener la confirmación con TPPA.**
- 3. Sífilis materna y congénita.**
- 4. Recién nacido con VDRL reactiva por pasaje transplacentario de Anticuerpos maternos**

- **Pueden votar**

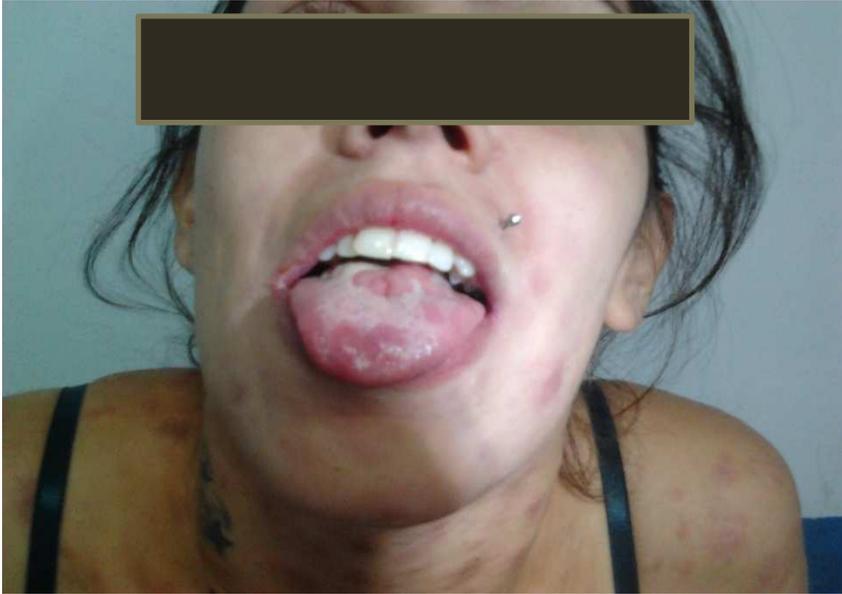
Ud definiría el caso como

1. Sífilis materna
2. No podría definir los casos de sífilis materna y congénita, hasta no tener la confirmación con MHTPA.
3. **Sífilis materna y congénita.**
4. Recién nacido con VDRL reactiva por pasaje transplacentario de Anticuerpos maternos

Definición Caso embarazada

Toda mujer embarazada que presente:

- **uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa, en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas, plantas) y/o mucosas, y/o en faneras**
- **y/o algún resultado de laboratorio con prueba no treponémica o treponémica positiva.**



Riesgo de transmisión madre a hijo

Sífilis

- **Primaria y secundaria: 70-100%**
- **Latente precoz: 40%**
- **Latente tardía: 8%**

Definición Caso SC

- **Todo recién nacido o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.**
- **Todo recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita**
- **Todo recién nacido con resultados de laboratorio compatibles con infección sifilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo).**
- **todo niño mayor de 18 meses con pruebas treponémicas positivas en los que se hubiese descartado abuso sexual.**

Sífilis congénita-Clínica

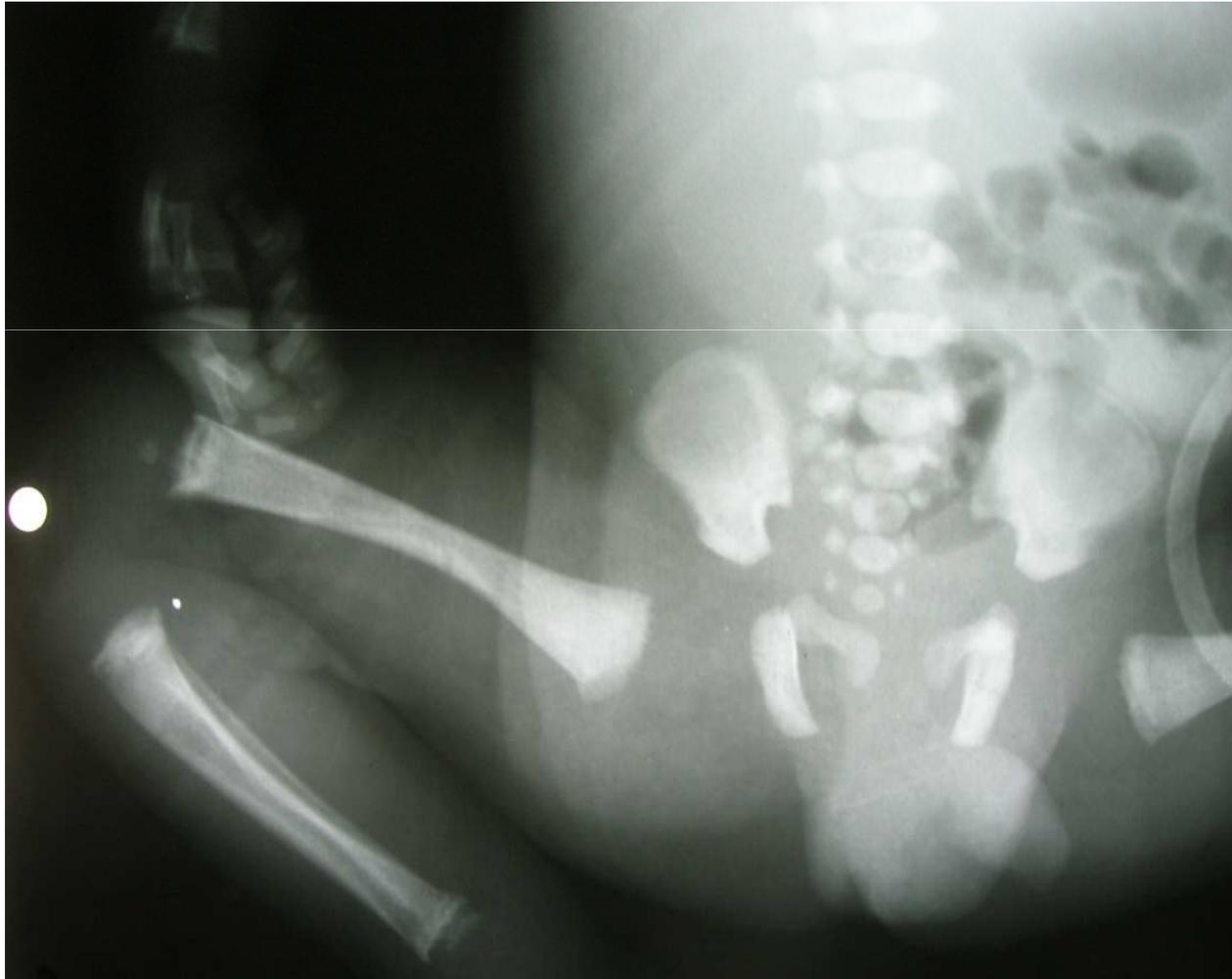
- **en 88% de los casos con sífilis congénita tienen las transaminasas hepáticas elevadas, 35% tienen trombocitopenia y 26% anemia.**
- **También se informa la presencia en ellos de glomerulonefritis y en los prematuros hay una elevada frecuencia de muerte intrauterina o en la etapa perinatal.**

exantema vesículo-bullososo o maculo-papular, asociado a descamación en las palmas de las manos y plantas de los pies, presentando eritema multiforme y queratitis intersticial





Anomalías óseas en el 20% que afectan la tibia, los huesos tubulares de las manos y pies, clavículas y huesos craneanos. La osteocondritis (pseudoparálisis de Parrot) se caracterizan por un dolor asimétrico y parálisis flácida de las extremidades superiores. La periostitis diafisaria es asintomática y los cambios radiográficos generalmente se aprecian después de los tres meses de edad.





**Luego de la presentación del
paciente, Ud. Decide...**

Tratamiento materno

- 1. Penicilina benzatinica 2.400.000 UI, 3 dosis separadas x una semana.**
- 2. Penicilina benzatinica 2.400.000 UI dos dosis separadas por una semana.**
- 3. Penicilina benzatinica 2.400.000 UI previa prueba cutánea de alergia a penicilina.**
- 4. Eritromicina 500 mg cada 8 hs por 10 días por via oral**

- **Pueden votar**

Tratamiento materno

- 1. Penicilina benzatínica 2.400.000 UI 3 dosis separadas x una semana.**
- 2. Penicilina benzatínica 2.400.000 UI dos dosis separadas por una semana.**
- 3. Penicilina benzatínica 2.400.000 UI previa prueba cutánea de alergia a penicilina.**
- 4. Eritromicina 500 mg cada 8 hs por 10 días por via oral**

TRATAMIENTO ADECUADO

- *Se considera madre adecuadamente tratada y seguida, cuando:*
 - El tratamiento fue con penicilina
 - Recibió 3 dosis, con una semana de intervalo entre cada una.
 - La última fue más de un mes antes del parto.
 - Tiene control de VDRL , y durante el seguimiento presenta el descenso esperado (se consideran normales los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros tres meses de tratamiento y luego comienzan a descender).
 - **La pareja/s fue testeada y tratada**

Alergia a penicilina

- Reacciones adversas con una frecuencia del 0.7% al 8%.
- Reacciones anafilácticas ocurren en el 0.004% al 0.015% .
- La mortalidad es del 0.0015% al 0.002%, es decir, una muerte por cada 50.000 a 100.000 personas en tratamiento.
- El 80 al 90% de los pacientes que se definen como alérgicos a la penicilina tiene pruebas diagnósticas negativas
- Asimismo, el 6.2% de los pacientes internados en un hospital refiere historia de alergia a la penicilina, pero sólo el 5 al 20% de ellos presenta reacciones alérgicas ante una nueva exposición.

• Medicina (B. Aires) v.67 n.5 Buenos Aires sep./oct. 2007

Tratamiento materno

El régimen terapéutico recomendado debe ser el mismo que para cualquier paciente según la etapa en la cual se encuentre.

- Algunos expertos consideran que para sífilis primaria, secundaria y latente temprana es conveniente aplicar 2 dosis de Penicilina Benzatínica de 2.400.000U. IM, mientras que algunas recomendaciones como las del CDC consideran que una sola aplicación es suficiente.
- Para la forma latente tardía se recomiendan 3 dosis, igual que las personas no embarazadas.
- Para pacientes alérgicas a penicilina no hay alternativas demostradas, por lo que se sugiere realizar desensibilización ya que las tetraciclinas no pueden ser administradas durante el embarazo.
- ***Recomendaciones SADI 2015-2016***

Tratar.. Al RN

1. RN tratamiento con penicilina sódica a 100.000 UI/kg/día y si LCR es normal, indicar penicilina benzatinica 50.000 UI/kg/dosis + tratamiento a la madre y pareja.
2. RN: 10-14 días de tratamiento con penicilina sódica a 100.000 - 150.000UI/k/día, y tratamiento a la madre y pareja.
3. RN 10 días de penicilina sódica a 50.000UI/k/día y tratamiento a la madre y pareja.
4. Tratamiento con ceftriaxona más ampicilina hasta hemocultivos negativos, para cobertura de *Treponema Pallidum* y de bacterias.

- **Pueden votar**

Tratar al RN

1. RN tratamiento con penicilina sódica a 100.000 UI/kg/día y si LCR es normal, indicar penicilina benzatinica 50.000 UI/kg/dosis + tratamiento a la madre y pareja.
2. **RN: 10 días de tratamiento con penicilina sódica a 100.000 - 150.000UI/k/día, y tratamiento a la madre y pareja.**
3. RN 10 días de penicilina sódica a 50.000UI/k/día y tratamiento a la madre y pareja.
4. Tratamiento con ceftriaxona más ampicilina hasta hemocultivos negativos, para cobertura de *Treponema Pallidum* y de bacterias.

Cuándo penicilina benzatínica?

- Se indicará una dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/kg única dosis IM:
- Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el RN tiene VDRL no reactiva.
- Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el RN tiene VDRL reactiva, y el hemograma, hepatograma, y LCR, son normales.
- *Siempre que pueda asegurarse el seguimiento a los 3-6-12 meses.*

Journal of Pediatrics 1994;125:471-5
S Afr Med J , 1997; 87; 62-65.

Retratamiento en niños

- El tratamiento se debe repetir en los pacientes con PNT estable o en aumento a los seis meses
- PNT sérica (+) al año,
- LCR con PNT (+) a los seis meses. (en niños con PNT (+) en LCR en la evaluación inicial).

En los casos de neurosífilis,

Algunos autores plantean la repunción a los seis meses de vida para corroborar la negativización de la PNT en LCR.

No se han documentado casos de neurosífilis en recién nacidos con PNT negativa en sangre

Metas ETMI- Eliminación de la transmisión materno-infantil.

La comunidad mundial se ha comprometido a eliminar la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH y la sífilis como problema de salud pública.

La iniciativa de eliminación de la TMI (ETMI) del VIH y la sífilis se centra en una **estrategia armonizada para mejorar la salud de las madres y los niños.**

La comunidad mundial ha establecido **objetivos internacionales y regionales,** y los países están ampliando los programas encaminados a la ETMI del VIH y la sífilis.

Metas ETMI

Eliminación de Transmisión materno infantil

Las metas mínimas de impacto de la ETMI son:

- para la infección por el VIH:

Menos de 50 infecciones infantiles por 100 000 nacidos vivos y una tasa de transmisión inferior a 5% en los grupos de población que practican la lactancia materna o

Inferior a 2% en los grupos de población que no practican la lactancia materna; y

- para la sífilis, **menos de 50 casos de sífilis congénita por 100 000 nacidos vivos.**

Metas de proceso

También deben alcanzarse determinados niveles de prestación de servicios para lograr la ETMI del VIH y la sífilis. Hay cuatro metas del proceso:

[1] cobertura de atención prenatal (al menos una consulta) igual o superior al 95%;

[2] cobertura de las pruebas de detección del VIH o la sífilis para las embarazadas igual o superior al 95%;

[3] cobertura de tratamiento antirretroviral para las embarazadas seropositivas al VIH igual o superior al 90%; y

[4] tratamiento de las embarazadas seropositivas para la sífilis igual o superior al 95%.

Muchas gracias!!!

