

Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo

Maternal syphilis and complications during pregnancy

Milagros Rocío Neira Varillas^{1,a}, Luis Fernando Donaires Toscano^{2,b}

¹ Servicio de Obstetricia, Centro Materno Infantil "José Carlos Mariátegui". Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

^a Licenciada en obstetricia, segunda especialidad en riesgo obstétrico, ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-7291-8246>

^b Médico especialista en enfermedades infecciosas y tropicales, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4456-4946>

An Fac med. 2019; 80(1):68-72. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>

Correspondencia:

Luis Fernando Donaires Toscano

Dirección: Jr. Cápac Yupanqui 1400,

Jesús María

Teléfono: 748 1111 (2143)

Email: fernandod1225@gmail.com

Recibido: 12 de marzo 2019

Aprobado: 22 de marzo 2019

Publicación en línea: 27 de marzo 2019

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento:

Autofinanciado

Consideraciones Éticas: Se cumplieron los principios éticos establecidos para la presentación del presente caso, entre la que se encuentra la protección de la identidad.

Contribuciones de autoría: MRNV y LFDT han participado en la concepción, redacción, interpretación de los datos y aprobación final del manuscrito. Además, MRNV realizó la recolección de datos, y LFDT contribuyó con la revisión crítica del manuscrito

Artículo realizado en base al informe presentado por Milagros Rocío Neira Varillas para obtener la segunda especialidad en obstetricia

Citar como: Neira M, Donaires L. Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. *An Fac med.* 2019;80(1):68-72. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>

Resumen

La sífilis es una infección curable causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo, de la madre al feto; y la ausencia de tratamiento en el embarazo conduce a resultados adversos como la muerte fetal tardía, prematuridad y muerte neonatal. Se describe el curso natural de un caso de sífilis materna que curso con complicaciones durante el final del embarazo y conllevó a muerte neonatal.

Palabras clave: Sífilis; *Treponema pallidum*; Embarazo

Abstract

Syphilis is a curable infection caused by a bacterium called *Treponema pallidum*, it is transmitted sexually and also, during pregnancy, from the mother to the fetus; and the absence of treatment in pregnancy leads to adverse outcomes such as late fetal death, prematurity and neonatal death. We describe the natural course of a case of maternal syphilis that occurred with complications during the end of pregnancy and led to neonatal death.

Keywords: Syphilis; *Treponema pallidum*; Pregnancy

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección curable causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*. Se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo, de la madre al feto. Dado que la sífilis primaria causa úlceras genitales, conlleva un mayor riesgo de transmisión y adquisición de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana¹. La mayoría de las personas con sífilis tienden a no estar informadas sobre su infección y pueden transmitirla a sus contactos sexuales o al feto en caso de embarazo¹; así, se ha descrito que el 60% [IC95%: 9-80%] de los compañeros sexuales desarrollarán la sífilis². Una gestante con sífilis puede transmitir la infección al feto tan tempranamente como en la semana 9 de gestación, pero la transmisión tiene lugar generalmente luego de la semana 16. Esta patología puede diagnosticarse durante la gestación, puerperio inmediato o post aborto, pudiéndose encontrar en cualquiera de sus fases³.

Aunque la prevalencia de sífilis gestacional en el Perú está entre las más bajas de la región, es necesario mantener la

vigilancia, ya que la sífilis no tratada en el embarazo conduce a resultados adversos, tales como muerte fetal tardía, prematuridad, y muerte neonatal, en hasta 80% de los embarazos afectados⁴.

Desde el descubrimiento de la penicilina, la sífilis no sólo puede prevenirse, sino también tratarse⁵, por lo que es factible cortar la transmisión y complicaciones de la enfermedad mediante el tamizaje de grupos de riesgo como lo constituyen las gestantes. Sin embargo, debemos advertir sobre la posibilidad de presentar la reacción Jarish-Herxheimer, que en el caso de gestantes se ha asociado con contracciones prematuras, estrés fetal y parto prematuro, cuyo mayor riesgo está presente en las primeras 48 horas del tratamiento⁶. Esta reacción es el resultado de la destrucción rápida de espiroquetas a causa del antibiótico administrado.

En este contexto, reportamos el siguiente caso a fin de identificar los puntos críticos que conllevaron al desenlace fatal del recién nacido cuya madre cursó con sífilis durante el embarazo.

REPORTE DE CASO

Gestante de 29 años de edad, procedente del asentamiento humano José Carlos Mariátegui, distrito de Villa María del Triunfo, ubicada al sur de la ciudad de Lima. Sin antecedentes familiares o patológicos de importancia que cursa con su tercera gestación (G3P2002). El diagnóstico de embarazo se realizó a la octava semana de gestación, tuvo seis controles prenatales y evaluación multidisciplinaria por los servicios de medicina, odontología, psicología y nutrición del establecimiento de salud de primer nivel con funciones obstétricas, según se describe en la figura 1.

En el primer control prenatal no se realizó el tamizaje para sífilis por falta de reactivos; sin embargo, su estatus serológico para VIH fue negativo. Durante la novena semana de gestación, la paciente presentó erupciones no pruriginosas en el abdomen, acompañado de sensación de alza térmica y cefalea, siendo catalogado como un cuadro de dermatitis alérgica y acarosis, por lo que recibió tratamiento tópico con corticoides que autolimitó la sintomatología. A la décima semana de

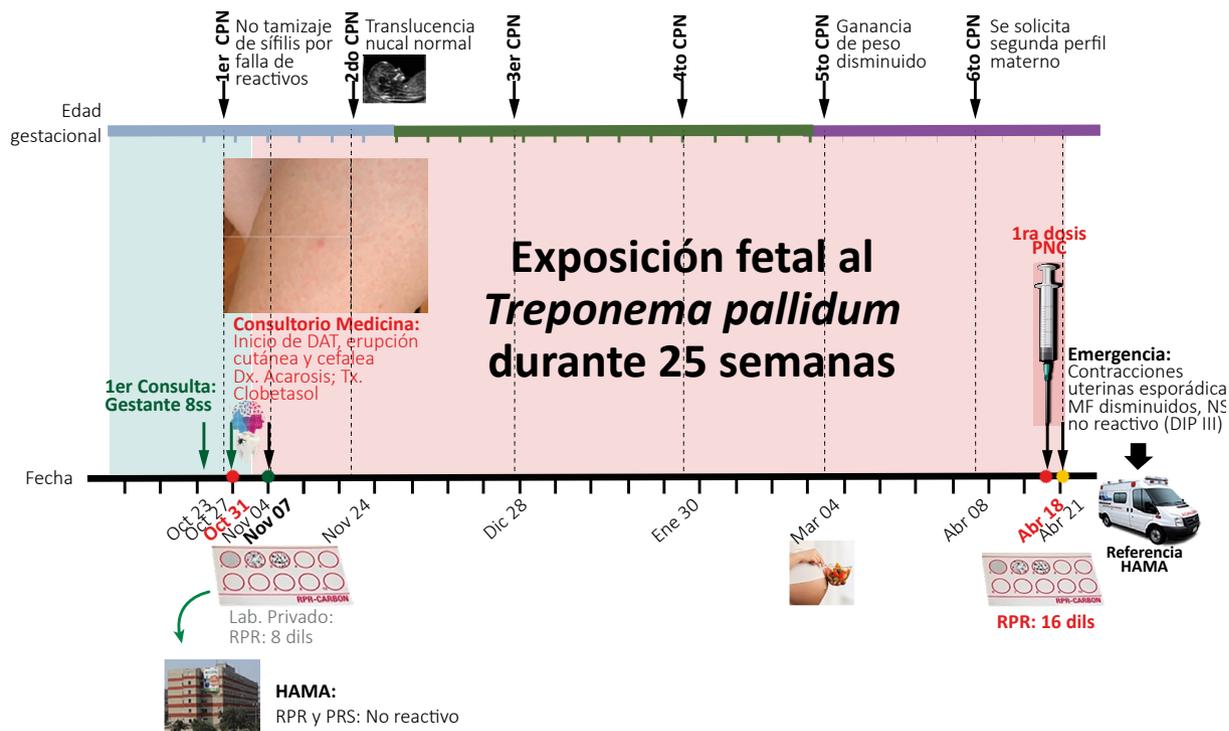


Figura 1. Línea de tiempo del reporte de caso de sífilis durante el embarazo y exposición del feto a *Treponema pallidum*.

gestación, acude con resultados de laboratorio privado que mostraban reactividad del RPR (reagina plasmática rápida) en 8 dils; siendo referida a un hospital de tercer nivel en donde se le realizó una prueba inmunocromatográfica para sífilis y RPR cualitativo, los mismos que resultaron no reactivos, por lo que no recibió tratamiento antibiótico. A las 33 semanas de embarazo se solicitó el segundo tamizaje para sífilis y VIH, cuyos resultados emitidos al final de las 34 semanas mostraron reactividad del RPR en 16 dils, iniciándose tratamiento antibiótico con penicilina benzatínica 2'400 000 UI. A las 48 horas de iniciado el tratamiento antibiótico, la gestante presentó contracciones uterinas esporádicas, movimientos fetales disminuidos y el monitoreo fetal indicó NST no reactivo (variabilidad disminuida) DIP III, por lo que la gestante fue derivada a un hospital de tercer nivel, donde fue sometida a una cesárea de

emergencia por distocia de presentación, variedad nalgas completas. El producto fue un recién nacido pretérmino de sexo femenino, con apgar 6 al minuto y 7 a los 5 minutos, que falleció a las 48 horas de vida; el reporte de neonatología catalogó el caso como sífilis congénita. El control serológico postparto de la madre mostró reactividad del RPR en 64 dils, el mismo que fue confirmado mediante la reactividad del FTA-Abs en el Instituto Nacional de Salud. En la tabla 1 se muestran cronológicamente los exámenes de laboratorio realizados para el diagnóstico de sífilis en la gestante.

DISCUSIÓN

Se describe un caso de sífilis materna durante la gestación que condujo a muerte neonatal. La gestante presentó sintomatología compatible de sífilis se-

cundaria durante el primer trimestre de embarazo; sin embargo, las pruebas de laboratorio no treponémicas fueron discordantes al momento de la presentación de síntomas, y debido a la falta de confirmación con pruebas treponémicas en el establecimiento de salud condujo a un deficiente diagnóstico. Por consiguiente, a la ausencia de tratamiento durante el estadio secundario de la enfermedad, relacionado a mayor transmisión de la *Treponema pallidum*, se expuso la condición fetal en adelante.

La sífilis puede pasar desapercibida clínicamente, especialmente en las mujeres, en quienes incluso en la etapa primaria puede no tener síntomas visibles, por lo que es primordial que las mujeres embarazadas sean examinadas varias veces durante el control prenatal para detectar cualquier hallazgo sugestivo en el examen físico; sin embargo, tanto la de-

Tabla 1. Exámenes de laboratorio realizados al caso de sífilis durante el embarazo y exposición del feto a *Treponema pallidum*.

Exámenes de laboratorio	CMI José C. Mariátegui		Laboratorio privado	HAMA	CMI José C. Mariátegui	HAMA	Instituto Nacional de Salud
Fecha	27-oct-14	31-oct-14	02-nov-14	07-nov-14	14-abr-14	21-abr-15	21-abr-15
Examen de orina							
Células epiteliales	4-6 x campo	10-12 x campo			Reg. cantidad	Escasas	
Leucocitos	6-8 x campo	3-6 x campo			3-5 x campo	0-1 x campo	
Hematíes	1-3 x campo	Ausente			0-1 x campo	0 x campo	
Bacterias	1 +	Escasas			2 ++	No se observa	
Hemoglobina		11,9 g/dl			11,9g/dl	11,3 g/dl	
Glucosa		61 mg/dl	72 mg/dl		60 mg/dl		
Hematocrito		36%			36%		
Grupo y factor			O Rh (+)			O Rh (+)	
Colesterol			159				
Triglicéridos			116				
RPR			Reactivo (8 dils)	No reactivo	Reactivo (16 dils)		Reactivo (64 dils)
PR para sífilis				No reactivo			
PR para VIH				No reactivo			
Hemograma							
Leucocitos						11 490/ul	
Hemoglobina						9 g/dl	
Plaquetas						177 000/ul	
FTA-Abs							Reactivo

CMI: Centro Materno Infantil; HAMA: Hospital María Auxiliadora

RPR: Reagina plasmática rápida; PR: Prueba rápida (inmunocromatográfica); VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; FTA-Abs: Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes

tección como el diagnóstico de la sífilis se basan principalmente en pruebas serológicas de rutina⁷, como las pruebas inmunocromatográficas y el RPR, las mismas que deberán ser confirmadas con pruebas treponémicas, como lo menciona la normativa nacional del Perú⁸.

El control prenatal debe iniciarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación y la primera prueba de detección debe realizarse tan pronto como sea posible durante el embarazo⁹; como ocurrió en el presente reporte, en el que la gestante fue captada a las ocho semanas de gestación y tuvo seis controles prenatales en un centro materno que incluyó atención especializada por médico ginecoobstetra. El desconocimiento de las manifestaciones clínicas de las diferentes formas de sífilis durante la gestación por parte del personal de salud que brindó la atención a la gestante, consideró las manifestaciones clínicas dermatológicas como un cuadro de dermatitis que llevó a tratar a la paciente con corticoides tópicos, retrasando aún el diagnóstico definitivo de la sífilis. Es muy importante señalar que en toda lesión genital o lesiones dérmicas generalizadas, el diagnóstico clínico obligado a descartar es el de sífilis y de ser posible una evaluación especializada por el médico responsable de infecciones de transmisión sexual.

En las poblaciones con alta prevalencia de sífilis, la prueba de detección debe repetirse al inicio del tercer trimestre (28a semana de gestación) y al parto¹⁰. Sin embargo, en todo caso con clínica compatible cuyos resultados fuesen negativos o discordantes, estas pruebas deberán repetirse o de lo contrario deberán ser remitidas a un laboratorio de referencia nacional para la confirmación definitiva; situación que no se realizó en el caso que describimos, favoreciendo la transmisión vertical del *Treponema pallidum* durante el primer trimestre de embarazo (9na semana edad gestacional), periodo donde se describe un riesgo de infección transplacentaria del feto del 60-80%¹¹, más aun tratándose de un caso de sífilis materna secundaria no tratada.

Asimismo, debemos tener en cuenta algunos aspectos de interpretación de las pruebas de laboratorio para el diagnós-

tico de sífilis, como es el fenómeno de prozona de las pruebas no treponémicas, que brinda resultados falsos negativos del RPR; este fenómeno está asociado más a menudo con la sífilis secundaria y el embarazo^{12,13}. En el presente caso, la gestante al tener gran cantidad de anticuerpos por encontrarse en el estadio secundario de la sífilis materna, presentó reactividad en las diluciones más altas del RPR cuantitativo (8 dils); sin embargo, una segunda muestra no tuvo reacción en el RPR cualitativo realizado en el hospital de tercer nivel, debido a la gran cantidad de anticuerpos que impidieron la reacción correspondiente y por lo tanto, dar un resultado falso negativo.

Los resultados adversos del embarazo de la sífilis incluyen pérdida fetal o muerte fetal y, en neonatos vivos, parto prematuro, bajo peso al nacer, sífilis congénita o muerte neonatal¹¹. El desenlace final de nuestro caso resultó en parto pretermino y muerte neonatal por sífilis congénita como lo reportado en la literatura, resultado adverso reforzado por la falta de tratamiento oportuno como se describe en una revisión sistemática que mostró que el 66,5% de las mujeres embarazadas con sífilis no tratada presentaron resultados adversos en el embarazo, en comparación con el 14,3% de las mujeres embarazadas sin sífilis¹⁴. Cabe destacar que un estudio realizado en Tanzania, las mujeres con sífilis no tratadas eran seis veces más propensas al parto prematuro que las mujeres embarazadas no infectadas¹⁵. La alta tasa de resultados adversos del embarazo es probablemente debido al daño directo causado por *Treponema Pallidum* tanto a la placenta (proliferación e inflamación microvasculares) como al cordón umbilical, lo cual compromete el crecimiento fetal y la viabilidad.

En la actualidad, el único antibiótico indicado para el tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis es la penicilina por vía parenteral; el mismo que se inició a la 35va semana de edad gestacional según se indica en la historia clínica correspondiente. Sin embargo, al tercer día de post tratamiento con penicilina benzatínica 2'400 000 UI IM, la paciente presentó contracciones uterinas esporádicas, movimientos fetales disminuidos

y cuyo monitoreo fetal evidenció un NST no reactivo DIP III; hecho compatible con una reacción de Jarisch-Herxheimer, el mismo que se describe en el 40% de las mujeres gestantes sífilis tratadas con penicilina y que conlleva a sufrimiento fetal e hidropesía fetal poco después de iniciar tratamiento materno⁷. Desde el punto de vista obstétrico, las contracciones prematuras, el parto prematuro y los trazos cardíacos fetales no reactivos son complicaciones conocidas del tratamiento de la sífilis en la segunda mitad del embarazo y pueden requerir monitoreo ambulatorio y tratamiento sintomático⁶.

En pleno siglo XXI, con las mejoras de los sistemas de atención de la salud materno-perinatal y la tecnología desarrollada para obtener la confirmación diagnóstica temprana de la sífilis materna en el nivel primario de atención, aún reportamos formas fatales de sífilis congénita, que a pesar de seguir contando con la penicilina como arma aún útil en la erradicación del *Treponema pallidum* en la gestante con sífilis, no logramos eliminar la sífilis congénita. Con la descripción detallada de este caso clínico pretendemos haber contribuido a sumar en este objetivo. El desconocimiento de las manifestaciones clínicas de la sífilis y sus complicaciones durante el embarazo, así como la ausencia de reactivos para el tamizaje universal de la sífilis materna, siguen siendo barreras para la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organisation [Internet]. El uso de las pruebas rápidas para sífilis. World Health Organization; 2007. 54 p [Fecha de acceso: 25 de febrero 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43711>
2. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. Clin Microbiol Rev. 1999;12(2):187-209.
3. Casas-P RL, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;60(1):49-56.
4. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433-8.
5. World Health Organisation [Internet]. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. 2008 [Fecha de acceso: 25 de febrero 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/>

- iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf
6. Myles TD, Elam G, Park-Hwang E, Nguyen T. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis. *Obstet Gynecol.* 1998;92(5):859-64.
 7. Lago EG. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. *Cureus.* 2016;8(3): e525. DOI: 10.7759/cureus.525
 8. Ministerio de Salu del Perú [Internet]. MINSA, DGSP. Resolución Ministerial N° 619-2014-MINSA «Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sifilis», 2014 [Fecha de acceso: 25 de febrero 2019]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM619_2014_MINSA.pdf
 9. Ministerio de Salu del Perú [Internet]. MINSA, DGSP. Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA «Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna», 2013 [Fecha de acceso: 25 de febrero 2019]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf
 10. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(RR-03):1-137.
 11. Braccio S, Sharland M, Ladhani SN. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. *Curr Opin Infect Dis.* 2016;29(3):268-74. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000270
 12. Sidana R, Mangala HC, Murugesh SB, Ravindra K. Prozone phenomenon in secondary syphilis. *Indian J Sex Transm Dis.* 2011;32(1):47-9. DOI: 10.4103/0253-7184.81256
 13. Fiumara NJ, Appel B, Hill W, Mescon H. Syphilis and its management; a present-day problem. *N Engl J Med.* 1956;254(24):1127-30. DOI: 10.1056/NEJM195606142542405
 14. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(3):217-26. DOI: 10.2471/BLT.12.107623
 15. Watson-Jones D, Chagalucha J, Gumodoka B, Weiss H, Rusizoka M, Ndeki L, et al. Syphilis in Pregnancy in Tanzania. I. Impact of Maternal Syphilis on Outcome of Pregnancy. *J Infect Dis.* 2002;186(7):940-7. DOI: 10.1086/342952