

Protocolo de vigilancia epidemiológica de Sífilis congénita.

1. Descripción de la enfermedad.

Introducción.

Enfermedad del recién nacido producida por transmisión vertical del *Treponema pallidum*. Es causa de aborto, muerte neonatal o muerte del lactante debida a parto prematuro o a enfermedad sistémica. Su cuadro clínico es variable, pudiendo ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida. Se distinguen dos estadios:

- Sífilis congénita precoz: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad durante los dos primeros años de vida. Se manifiesta como rinitis (coriza sifilítica), lesiones mucocutáneas equiparables al periodo secundario del adulto, anomalías óseas (pseudoparálisis de Parrot), hepatoesplenomegalia acompañada de ictericia, anemia y edema generalizado.
- Sífilis congénita tardía: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad que se desarrollan a partir de los dos años de vida. La sintomatología es muy diversa: queratitis intersticial, sordera (afectación del VIII par craneal), dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, protuberancia frontal, tibias en sable, sinovitis de la rodilla (articulaciones de Clutton), así como afectación visceral correspondiente a las formas terciarias del adulto.

La **importancia** de esta enfermedad radica en sus graves consecuencias y en la posibilidad de prevenirla mediante el cribado prenatal y el tratamiento de las embarazadas. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha un plan de acción global para la eliminación de la sífilis congénita basado en la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, en la prevención de la transmisión materno-infantil y en la mejora de los sistemas de vigilancia.

Agente.

Treponema pallidum subespecie *pallidum*

Reservorio.

Exclusivamente humano

Modo de transmisión.

A través de la placenta durante el periodo de gestación

Periodo de transmisibilidad.

La probabilidad de transmisión madre-hijo está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. El riesgo de infección para el feto es mucho más elevado en la sífilis materna precoz que en la tardía.

Susceptibilidad.

La susceptibilidad es universal

2. Vigilancia de la enfermedad.

Objetivos.

1. Conocer la distribución, presentación y evolución de la **sífilis congénita precoz** en la población.
2. Identificar cambios en su patrón de presentación en la población

Definición de caso.

Criterio clínico:

Niño **menor de dos años** que presenta, al menos, uno de los diez signos siguientes:

- Hepatoesplenomegalia
- Lesiones mucocutáneas
- Condiloma plano
- Rinitis persistente
- Ictericia
- Pseudoparálisis (debida a periostitis y osteocondritis)
- Afectación del sistema nervioso central
- Anemia
- Síndrome nefrótico
- Desnutrición

Criterio de laboratorio:

Caso confirmado: Al menos uno de los tres siguientes:

- Confirmación de *Treponema pallidum* por microscopía de campo oscuro en cordón umbilical, placenta, exudado nasal o lesión cutánea.
- Confirmación de *Treponema pallidum* mediante su tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD) en cordón umbilical, placenta, exudado nasal o lesión cutánea.
- Detección de IgM específica de *Treponema pallidum* (FTA-abs, EIA), JUNTO CON una prueba no treponémica (VDRL, RPR) positiva en el suero del niño.

Caso probable: Al menos, una de los tres siguientes:

- VDRL positivo en LCR
- Análisis serológicos de la madre, treponémicos y no treponémicos, positivos
- El nivel de anticuerpos no treponémicos del niño cuadruplica o más el del suero de la madre.

Criterio epidemiológico:

Niño menor de dos años cuya madre ha dado positivo en pruebas serológicas para sífilis.

Clasificación de los casos.

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Lactante o niño menor de 2 años que satisface los criterios clínicos y presenta al menos uno de los dos siguientes:

- Una relación epidemiológica.
- Criterios de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: Niño menor de 2 años que satisface los criterios analíticos de confirmación de los casos.

3. Modo de vigilancia.

La sífilis congénita es una enfermedad de declaración individualizada.

Todos los casos que cumplan los criterios de “probable” o “confirmados”, han de ser notificados de manera sistemática, por el procedimiento habitual, en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), a la Dirección de Salud de Área, por el profesional que lo conozca.

La **Dirección de Salud de Área investigará** todos los casos detectados, recogiendo la información de forma individualizada según el conjunto de variables especificadas en la correspondiente encuesta epidemiológica (anexo I), así como cualquier otra información de interés relativa al caso, procediendo a la carga de todos los datos en el aplicativo informático de gestión del Sistema EDO; así mismo **establecerá las medidas de control** que proceda, realizando las actividades indicadas más adelante.

Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que esta les solicite a tales fines.

La información del caso puede ser actualizada después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

La Subdirección de Epidemiología será la encargada de notificar los casos a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

4. Medidas de salud pública.

Medidas preventivas.

La prevención de la sífilis congénita se basa en la detección precoz de la sífilis materna, mediante búsqueda activa sistemática en las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo; si la paciente mantiene conductas de riesgo para las ITS, el screening deberá repetirse en el tercer trimestre.

Ningún recién nacido ni su madre deben abandonar el hospital a menos que el estado serológico de la madre haya sido documentado.

Medias ante un caso y sus contactos.

Control del caso:

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico y tratamiento precoz**. El tratamiento depende de los síntomas y signos y de la titulación serológica que presente el niño, así como de si la madre ha recibido o no tratamiento durante el embarazo:

1.- Si la **madre ha sido tratada adecuadamente** antes o durante el embarazo y siempre con más de 30 días antes del parto y el **recién nacido está clínicamente asintomático y con una analítica no indicativa de sífilis congénita** se hará seguimiento serológico mensual del niño, debiendo disminuir los títulos de las pruebas no treponémicas a los 3-4 meses y negativizarse hacia los 6 meses. En estos casos sólo se administrará una dosis única de penicilina G Benzatina 50.000 U/kg, IM, si no es posible garantizar el seguimiento.

2.- Si la **madre no ha sido tratada**, el **tratamiento ha sido inadecuado o no está bien documentado**, al recién nacido se le practicarán serologías, radiografías de huesos largos y punción lumbar para bioquímica, recuento leucocitario y VDRL:

- Si **LCR anormal y/o clínica, radiología, analítica o serología indicadores de sífilis congénita**, se le administrará:

Penicilina G sódica 50.000 U/kg/dosis IV cada 12 horas durante 7 días y luego cada 8 horas hasta completar 10 días (21 días si VDRL positivo en LCR, según algunos autores) o Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días. Si el tratamiento se interrumpe, en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar la pauta completa.

- Si **LCR normal** y ausencia de los indicadores antes mencionados:

- Penicilina G sódica IM o IV 100.000-150.000 U/kg/día en dos dosis o

- Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días; sólo como alternativa 1 dosis única de penicilina G benzatina 50.000U/kg.

Se valorará una segunda tanda de tratamiento si el RPR asciende a los 6-12 meses del tratamiento anterior, si el LCR no se normaliza o si una vez normalizado se altera de nuevo.

Seguimiento de los casos, a través de pruebas serológicas no treponémicas hasta la completa negativización de las mismas.

Control de los contactos de un caso.

Estudio de la titulaciones de la madre y de sus parejas sexuales.

Bibliografía.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* **2010**;59(RR-12):36-39.
- Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS; **2008**. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf
- Salvia M, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas. In: Sociedad Española de Neonatología (SEN), editors. *Protocolos de Neonatología*. 2ª ed: Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología **2008**. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
- Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* **2007**;34(7 Suppl):S5-10.
- Syphilis. In: Heymann DL, editor. *Control of Communicable Diseases Manual*. 19 ed. Washington: American Public Health Association; **2008**. p. 591-596.
- Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* **2005**;16(4):245-57.

Anexo I. Modelo de encuesta.

Encuesta epidemiológica de Sífilis congénita.

Identificación del caso y de la declaración: A cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología:

Comunidad Autónoma declarante: EXTREMADURA **Nº Identificador del caso:**

Fecha de la primera declaración del caso¹: __-__-__

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____

Edad actual en años: ____ Edad actual en meses en menores de 2 años: ____

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

Lugar de residencia: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

País de nacimiento: _____ Año de llegada a España (en inmigrantes): _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: __-__-__

Fecha de inicio de síntomas: __-__-__

Manifestación clínica (hasta 12 de las siguientes opciones):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asintomático | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Afectación SNC |
| <input type="checkbox"/> Lesiones mucocutáneas | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Pseudoparálisis |
| <input type="checkbox"/> Condiloma plano | <input type="checkbox"/> Rinitis persistente | <input type="checkbox"/> Desnutrición |
| <input type="checkbox"/> Síndrome nefrótico | <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Complicaciones: Sí No

Hospitalizado³: Sí No Fecha de ingreso: __-__-__

Secuelas: Sí No

Defunción: Sí No Fecha de defunción: __-__-__

Lugar del caso⁴: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado⁵: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-__

Agente causal⁶: *Treponema pallidum*

Muestra (marcar el principal de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cordón umbilical | <input type="checkbox"/> Exudado nasal | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input type="checkbox"/> Lesión cutánea | <input type="checkbox"/> Placenta | <input type="checkbox"/> Suero |

Prueba (marcar el principal de las siguientes opciones):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antígeno, detección | <input type="checkbox"/> Anticuerpo, detección | <input type="checkbox"/> Anticuerpo, IgM | <input type="checkbox"/> Visualización |
|--|--|--|--|

¹ Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

² Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.)

³ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

⁴ Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia.

⁵ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁶ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DEL RIESGO

Exposición: Persona a Persona: Madre-Hijo

Madre, tipo confirmación (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica Por evidencia de laboratorio
 Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Madre, agente causal⁷: _____

Exposición de la Madre: País nacimiento: _____ Año llegada a España: _____

Factor predisponente personal (marcar todas las opciones que correspondan):

- En situación social desfavorecida Usuaria de drogas inyectadas
 Ex-Usuaria de drogas inyectadas Usuaria de drogas no inyectadas
 Ex-Usuaria de drogas no inyectadas Ejercicio de la prostitución
 Otros hijos con sífilis Con otro factor especificado

Número de parejas sexuales (últimos 12 meses): _____

Test de screening (marcar hasta 3 de las siguientes opciones):

- Realizado en primer trimestre Realizado en tercer trimestre
 No realizado No documentado

Tratamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- Tratamiento adecuado antes de 30 días previos al parto
 Tratamiento adecuado dentro de 30 días previos al parto
 Tratamiento no documentado
 Tratamiento inadecuado
 Tratamiento: otros regímenes distintos a penicilina
 Sin tratamiento

Resultados de VIH: Positivo Negativo No realizado

Edad en años al parto: _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones): Probable Confirmado

Criterios de clasificación de caso: Criterio clínico Sí No
Criterio epidemiológico Sí No
Criterio de laboratorio Sí No

Asociado: A brote: Sí No Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁸: _____

OBSERVACIONES:

Fecha de cumplimentación: ____/____/____.

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: _____

⁷ Madre (Vehículo), agente causal: Rellenar (*Treponema pallidum*) sólo si se ha detectado por laboratorio.

⁸ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote