

Sífilis congénita, la gran simuladora. Reporte de un caso.

(*Congenital syphilis, the great imitator. Case Report*)

Betania Lourdes Mancilla Subdiaga¹✉, Jesús Briceño², Mary Carmen Morales³, Carolina Barreto³.

¹ Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela,

² Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

³ Emergencia Pediátrica, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela

Recibido: 8 de Septiembre de 2019.

Aceptado: 31 de Diciembre de 2019.

Publicado online: 06 de Enero de 2020.

[CASO CLÍNICO]

PII: S2477-9369(19)0805-CC

Resumen (español)

La sífilis es una infección de transmisión sexual, causada por el *Treponema pallidum* y adquirida por el neonato vía transplacentaria de una madre que padece sífilis durante el embarazo en un 70-90% de los casos. En este trabajo se presenta el caso de un lactante menor con lesiones de piel de 30 días de evolución, generalizadas en sacabocado, no ulceradas y pero necróticas en regiones acras; a pesar de antibioticoterapia, progresa deterioro clínico, hasta su muerte. Estudios serológicos confirman el diagnóstico de sífilis congénita. Adicionalmente presenta antecedente materno prenatal de lesiones hiperqueratinizantes en piel de manos y pies en el séptimo mes de gestación, que mejoran con ketoconazol aunado a prueba treponémica (VDRL) negativa en suero materno. La sífilis congénita es una enfermedad controversial, ya que en 60% de los casos están asintomáticos al nacer y la clínica aparece durante los 3 primeros meses de vida. Frecuentemente se conoce el antecedente materno de padecer sífilis, bien por clínica o mediante el escrutinio prenatal mediante pruebas no treponémicas como el VDRL, sin embargo la progenitora puede ser asintomática o no presentar síntomas claros de la enfermedad. Las lesiones dermatológicas son un síntoma frecuente, pero el presente caso manifiesta una evolución no usual. Así, el escrutinio prenatal, mediante estudios serológicos y ecográficos, se recomienda que los neonatos hijos de mujeres a riesgo, debe realizarse el tamizaje mediante pruebas serológicas y si se acompaña de lesiones cutáneas debe considerarse la posibilidad diagnóstica de sífilis congénito.

Palabras clave (español)

Sífilis congénita, sífilis cutánea, *treponema pallidum*.

Abstract (english)

Syphilis is a sexually transmitted infection; it is caused by *Treponema pallidum* and transmitted by the transplacental to neonate, of a mother with syphilis during pregnancy in 70-90% of cases. One clinical expression is dermatological lesions that appear in 60% of cases; and it should generate neonatal death by 40%. A minor nursing with skin lesions of 30 days evolution includes generalized puncture, non-ulcerated lesions and necrotic lesions in distal regions, despite antibiotic therapy, clinical deterioration progresses until his death. Serological studies confirm the diagnosis of congenital syphilis. Additionally, it presents a prenatal maternal history of hyperkeratinizing lesions on the skin of the hands and feet in the seventh month of gestation, which improve with ketoconazole furthermore with a treponemic test (VDRL) negative in

maternal serum. Congenital syphilis is a controversial disease, since in 60% of cases they are asymptomatic at birth and the clinic appears during the first 3 months of life. Frequently the maternal history of syphilis is known, either by clinic or by prenatal scrutiny through non-treponemic tests such as VDRL, however the mother may be asymptomatic or she have not clear symptoms of this disease. Dermatological lesions are a frequent symptom, but this case presents an unusual evolution. Spotlight the importance of prenatal scrutiny, through serological and ultrasound studies, also it is recommended that neonates who are children of mothers exposed to risk, screening by serological tests should be performed and if accompanied by skin lesions the diagnostic of congenital syphilis should be considered.

Keywords (english)

Congenital syphilis, cutaneous syphilis, treponema pallidum.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual en especial la sífilis siguen siendo un problema de salud pública tanto en Venezuela como a nivel mundial, a pesar de las múltiples campañas informativas, su desconocimiento genera daños que en muchos casos son irreparables afectando el producto del embarazo (1). La sífilis es causada por el *Treponema pallidum* adquirida por el neonato vía trasplacentaria de una madre que padece sífilis durante el embarazo; y una de sus expresiones son las lesiones dermatológicas que aparecen en el 60% de los casos (2). La probabilidad de infección sífilítica en el feto depende del estadio de la enfermedad de la madre y el momento de la aparición; la infección fetal no puede suceder antes de la semana 16 de gestación debido a que la capa de langhans del corión ejerce efecto de barrera y si la infección materna es de larga evolución (sífilis latente) es menos probable la afectación del feto (2). La tasa de transmisión es de un 70-90% durante la fase secundaria de la infección, con un 40% de abortos o

mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna, el riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo; la infección congénita puede manifestarse, según su severidad, como muerte neonatal en un 40%, pudiendo desarrollar secuelas tardías (3). Sin embargo, nuevas técnicas de diagnóstico como PCR en líquido amniótico o en tejido fetal han demostrado el paso transplacentario de *T. pallidum* en la semana 9-10 gestación (4). En este trabajo se presenta un caso de sífilis congénita mortal en un lactante, de esta manera resaltar el hecho que esta patología debe no debe ser obviada en nuestro medio.

Caso Clínico

Se presente un lactante menor de 1mes, 27 días, quien es traído por madre a la emergencia pediátrica, por presentar lesiones de piel de 30 días de evolución, tipo rosetas planas en cuello, región subcostal derecho y ambos pies; consulta a facultativo donde indican nopucid y realiza baños con plantas



Figura 1a y 1b. Muestra lesiones generalizadas en piel tipo rosetas planas en cuello, región subcostal derecho y ambos pies

“rabo de ratón”, ante no mejoría de la clínica, consulta nuevamente, por lo que es hospitalizado administrando Amikacina y Penicilina G, adicionalmente se indico baños con ácido acético. Como antecedentes relevantes se evidencio que la Madre era 30 Años, producto de IV Gesta, III Partos. El parto fue por cesárea. Fue un embarazo controlado en 6 oportunidades, y la madre fue VDRL no reactivo. Al nacer fue hospitalizado en Unidad de alto riesgo neonatal por dificultad respiratoria durante 2 días. El niño presento a los 7 meses lesiones hiperqueratinizadas en manos y pies, por lo que recibió Ketaconazol con mejoría. Al examen físico: FC: 93lpm, FR: 60rpm, TA: 109/64mmHg (P90-95) piel: lesiones en sacabocado, no ulceradas en cuello, maxilar inferior, torso, abdomen, genitales, miembros superiores e inferiores, lesiones necrotizantes en dedos de los pies y anular de mano izquierda (ver figuras 1a y 1b). Normocéfalo, fontanela normotensa, ORL: secreción hialina posterior del pabellón auricular izquierdo, lesión ulcerada de fondo blanquecino en paladar duro de 1cm de diámetro. Cuello móvil sin adenomegalias, tórax simétrico, normoexpansible, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplo, abdomen blando, depresible, no doloroso, genitales masculinos normoconfigurados, miembros eutróficos, sin edema. Neurológico: vigil, irritable, Glasgow 15/15pts. Se indica antibioticoterapia: Oxacilina asociada a Penicilina cristalina. Estudios realizados: Hematología completa, química sanguínea, serología HIV no reactivo, VDRL reactivo en 1/64 diluciones. (ver tabla 1) y ultrasonido doppler de miembros inferiores: Cambios hemodinámicos moderados en arterias interdigitales bilaterales de miembros inferiores. No se evidencian signos ecográficos sugestivos de trombosis venosa. El paciente fue valorado por servicio de



Figura 2. Lesiones necróticas en miembros inferiores posteriores a la limpieza quirúrgica

traumatología realizando limpieza quirúrgica sin debridación de lesiones necróticas (ver figura 2). Se solicito FTA- ABS, confirmando el diagnóstico de sífilis congénita (ver figura 3). El paciente fallece debido a un deterioro acelerado de sus condiciones.

Discusión

La Sífilis congénita se presenta en un 40-70% de los neonatos y hasta dos tercios de los recién nacidos infectados están asintomáticos al nacer; la clínica suele aparecer durante los 3 primeros meses de vida (5). La incidencia de la infección se ven por igual tanto en niños como niñas. La edad de presentación materna donde se diagnosticaron más casos de sífilis materna fue durante las edades 18-34 años edad se da un inicio de relaciones sexuales y una mayor tasa de natalidad (6). En nuestro caso la presentación por edad neonatal y materna, concuerda con lo referido por otros autores, puesto que el recién nacido no presentaba estigmas de la enfermedad al momento del nacimiento, sin embargo en los antecedentes prenatales la progenitora refiere la presencia de lesiones al en piel, que iniciaron en el tercer trimestre de gestación, pero no evidenciamos al ingreso de la hospitalización del paciente.

Por otro lado, *Treponema pallidum* subespecie pallidum cuya incidencia mundial es de 12 millones de casos por año aproximadamente; de estos, más de dos millones se presentan en mujeres gestantes, siendo la sífilis congénita la complicación más grave; es detectado con frecuencia VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), reacción en cadena de polimerasa (PCR) y la de reagina plasmática rápida (Rapid Plasma Reagin, RPR), siendo la PCR

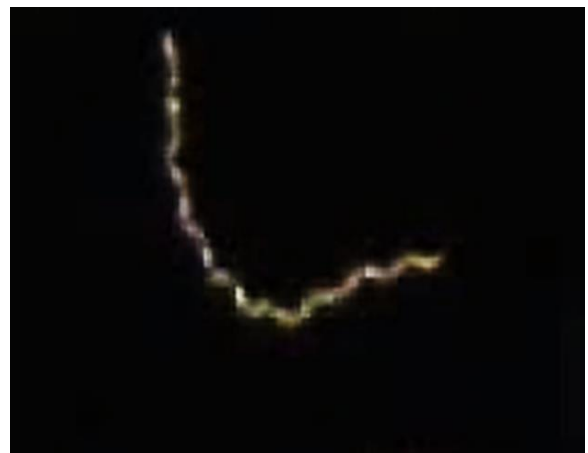


Figura 3. Imagen de la detección de anticuerpos anti-T pallidum presentes en el suero del paciente y detectado por inmunofluorescencia (FTA-ABS)

Tabla 1. Estudios complementarios realizados al paciente durante su hospitalización.

	Química sanguínea			Hematología completa							Serología	
	Urea	Creat	Glic	Leu	Neu	Linf	Mon	Eo	Hb	Plt	HIV	VDRL
Ingreso hospitalario	13,3	1,15	90,9	24,050	20%	74%	4%	2%	7,98	---	No reactivo	Reactivo 1/64dil
Perimorten	44,8	1	—	8500	35%	65%	—	—	5,3	11500	—	—

anidada como una alternativa de diagnóstico molecular promisorio para el diagnóstico de sífilis congénita (7). En la opinión de varios autores la pruebas no treponemas como el RPR y VDRL, pueden arrojar falsos negativo, esto se conoce como fenómeno prozone y se debe al exceso de anticuerpos séricos impiden la formación del complejo antígeno-anticuerpo necesario para hacer reactiva la prueba, sin embargo esto ocurre en 1-2% de los casos (8). Un factor que generó confusión en el caso estudiado fue el resultado materno no reactivo al VDRL en su control prenatal, sin embargo esto se pudiera atribuirse en parte a la baja sensibilidad de la prueba utilizada.

Por otro lado puede realizarse diagnóstico prenatal mediante ecografía con signos sugestivos de fetopatía, entre los más frecuentes figuran la hepatomegalia y placentomegalia, seguido de ascitis, edema cutáneo y polihidramnios (9). En nuestro caso en el USG prenatal no se evidencio malformaciones.

En cuanto a las lesiones mucocutáneas, ocurren en un 60% de los afectados, comprenden lesiones clásicas maculopapular pero se vuelve de color cobre con descamación principalmente en manos y pies; también puede desarrollarse una erupción ampollosa conocida como pénfigo sifilítico y menos frecuente se generan placas elevadas, planas y húmedas conocidas como condilomatalata en mucosas de los labios, lengua y paladar (10). Las lesiones mucocutaneas clásicas de la sífilis concuerdan con la presentación clínica del inicio las cuales constituyen un eritema maculopapular, así como lesiones

descamativas de inicio en región palmo plantar, sin embargo el curso clínico de la enfermedad las lesiones en sacabocado y lesiones necróticas en regiones acras no fueron referidas en la bibliografía consultada, esto fue motivo de desorientación al momento de establecer una conclusión diagnóstica, ante la simulación de otras infecciones dermatológicas.

Finalmente, el presente caso muestra una presentación genuina de sífilis congénito, debido a sus antecedentes prenatales, cuya madre no presenta síntomas claros de la enfermedad, aunado a fenómeno Prozone. El recién nacido asintomático presenta clínica mes después, con lesiones de piel con evolución poco usual, que tiende a simular otras enfermedades comunes en los recién nacidos. Esto abre un nuevo horizonte en el estudio de la evolución clínica de esta enfermedad. También se destaca la importancia del escrutinio prenatal, mediante estudios serológicos y ecográficos, así mismo se recomienda que los neonatos hijos de mujeres con factores de riesgo, debe realizarse el tamizaje mediante pruebas serológicas específicas y si se acompaña de lesiones cutáneas debe considerarse la posibilidad diagnóstica de sífilis congénito.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto.

Referencias

- Oletta J, Carvajal A. Sífilis congénita: Un problema de salud continuo, pero decaido. Med Interna (Caracas) 2010; 26: 236-51 [\[Google Scholar\]](#)
- Pérez K, Mena C, Bahena M. Sífilis congénita, la gran simuladora. Dermatol Rev Mex 2014; 58: 40-7.
- Bencomo A, Barboza L, Chacín L, L Chacín L, Niño M, Ortiz J. Sífilis ósea congénita. Pesudoparalís de Parrot. A propósito de un caso. Investigación Clínica. 2017, 58 (Sup. 1): 771 - 82, [\[Google Scholar\]](#)
- Mejía C, Campos B, Robles A. Sífilis y embarazo: una enfermedad reemergente.

- Reporte de un caso. *Lux médica*, 2019; 40. [\[Google Scholar\]](#).
5. Barnusell B, Voltá F, Puiggrós D. Bilbao A. Infecciones congénitas. *Pediatr Integral* 2014; XVIII: 356-66. [\[Google Scholar\]](#)
 6. Segreda O, Segreda A. Análisis descriptivo de la sífilis congénita en el servicio de neonatología del Hospital San Juan de Dios Quinquenio 2006-2010. *REVOG* 2013; 18:: 47-54. [\[Google Scholar\]](#)
 7. Pinilla G, Campos L, Durán A. Navarrete J, Muñoz L. Detección de *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* para el diagnóstico de sífilis congénita mediante reacción de cadena de la polimerasa anidada. *Biomédica* 2018; 38: 128-35. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
 8. Ávila-Reyes R, Masud Yunes-Zárraga JL, Méndez-López EC, Cadena-Gutiérrez Fa, Camacho-Ramírez RI, Fonz-Aguilar CA, Velázquez-Quintana NI. "Sífilis congénita. Comunicación de un caso." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 2001; 4: 115. [\[Google Scholar\]](#)
 9. Johnson CT., Sheffield JS. Congenital Syphilis. *Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care*. 2018; 688-92. [\[Google Scholar\]](#)
 10. Cooper JM., Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Seminars in perinatology*. 2018; 42 [\[Google Scholar\]](#)

Como citar este artículo: Mancilla Subdiaga BL, Briceño J, Morales MC, Barreto C. Sífilis congénita, la gran simuladora. Reporte de un caso. *Avan Biomed* 2019; 8: 35-9.



Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia Creative Commons Atribución -No Comercial -Compartir Igual 3.0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.