

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA

### I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal por Sífilis Congénita en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

### II. OBJETIVO

Estandarizar y optimizar la atención del neonato afectado por sífilis congénita.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica es de cumplimiento obligatorio en los diferentes servicios de atención neonatal del INMP.

### IV. PROCEDIMIENTOS A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita en los recién nacidos hospitalizados en los servicios de neonatología del INMP con código CIE 10: A.50 y código CPMS: 86592 Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p. ej. VDRL, RPR, ART)

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1. DEFINICIÓN:

Treponematosi neonatal adquirida intraútero, de madre infectada por sífilis no tratada o inadecuadamente tratada durante el embarazo.

#### 5.2. ETIOLOGÍA:

El agente patógeno es el *Treponema Pallidum*, microorganismo que pertenece al orden Spirochaetales y la familia Spirochetaceae. Es muy lábil al medio ambiente. Fuera del cuerpo humano muere en pocos minutos por desecación, temperaturas por encima de los 41°C, humedad intensa, cambios de pH, desinfectantes y radiación ultravioleta.

#### 5.3. FISIOPATOLOGÍA:

La infección fetal es el resultado de la propagación hematogena del treponema desde una madre infectada; esta transmisión puede darse también en el momento del parto como resultado de contacto directo del recién nacido con lesiones genitales infecciosas de la madre. La propagación hematogena depende de la aparición de espiroquetemia materna.

Los estadios tempranos de la sífilis se caracterizan por espiroquetemia, por lo que la probabilidad de infección al feto si la madre tiene sífilis temprana es

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

cercana al 100%. Después de la sífilis secundaria, la probabilidad de reaparición de la espiroquetemia disminuye con el tiempo, dos años después de la adquisición de la sífilis la probabilidad de transmisión sexual es baja.

Aunque la probabilidad de transmisión a un feto puede ser hasta un 70% cuatro años después de la adquisición de la enfermedad de la madre, la mayoría de los lactantes nacidos de madres con sífilis latente tardía no son infectados. Los principales factores que determinan la probabilidad de transmisión fetal son la etapa de sífilis materna y la duración de la exposición en el útero.

#### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Tasas de sífilis congénita:

- EEUU: 11.6 x 100,000 rnv (2014).
- Perú: 0.7 x 1,000 rnv (2019).
- INMP: 3 x 1,000 rnv (2016).

#### 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Dependiente de la madre, relacionado a las enfermedades de transmisión sexual.

### VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

#### 6.1. CUADRO CLÍNICO

- En la etapa neonatal, asintomático en 75%.
- Hepatomegalia,
- Esplenomegalia,
- Rinitis muco purulenta,
- Lesiones palmoplantares,
- Seudopararálisis.

#### 6.2. DIAGNÓSTICO

Se considera como caso de sífilis congénita cualquier recién nacido que cumpla con uno o más de los cuatro siguientes criterios:

##### 6.2.1. Criterio epidemiológico.

Todo producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con:

- Prueba Rápida para Sífilis o una Prueba no treponémica positiva o reactiva durante la gestación sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita. Se considera tratamiento adecuado aquel consistente de tres

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

aplicaciones de 2400,000 UI de penicilina G benzatínica,  
aplicado hasta cuatro semanas previas a la fecha del parto.

- Prueba Rápida para Sífilis o una Prueba no treponémica positiva o reactiva durante el trabajo de parto o aborto.

### 6.2.2. Criterio serológico

Todo recién nacido con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre, lo que equivale a un cambio de dos diluciones o más de dos títulos maternos.

### 6.2.3. Criterio clínico

Todo aborto, mortinato o nacido vivo de madre con antecedente de sífilis durante la gestación que presente una o más manifestaciones clínicas al examen físico de sífilis congénita:

- Pénfigo palmo plantar,
- Rinorrea mucosanguinolenta,
- Hepato esplenomegalia,
- Hidropesía fetal,
- Pseudoparálisis,
- Prematurez,
- Evidencia radiológica de periostitis o bandas metafisiarias, osteocondritis,
- Evidencia radiológica de neumonía alba,
- Anormalidades hematológicas como: anemia, leucocitosis, plaquetopenia,
- Evidencia de neurosífilis por laboratorio (prueba de anticuerpos, pleocitosis o proteinorraquia)

### 6.2.4. Criterio diagnóstico directo

Todo producto de la gestación con demostración de *Treponema Pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración, o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

## 6.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Toxoplasmosis.
- Citomegalovirus.
- Sepsis neonatal.

## 6.4. EXÁMENES AUXILIARES

### 6.4.1. De patología Clínica:

- Hemograma.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- Prueba reagínica (VDRL, RPR) cuantitativa en sangre.
- Prueba reagínica (VDRL) en LCR.
- Pruebas treponémicas: FTA, TPHA, Prueba rápida para sífilis (para ser utilizados en la madre).
- Estudio citoquímico de LCR.
- Pruebas de función hepática.

#### 6.4.2. Imagenología:

- Radiografía de huesos largos.
- Radiografía de tórax.

#### 6.4.3. Exámenes especializados complementarios:

- Estudios oftalmológicos,
- Función auditiva,
- Estudios anatomopatológicos.
- Identificación en campo oscuro de T. Pallidum.

### 6.5. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

#### 6.5.1. Medidas generales y preventivas

- Hospitalización.
- Aporte hídrico adecuado, por vía endovenosa de ser necesario.

#### 6.5.2. Terapéutica

- **Penicilina G sódica** 100,000 UI/Kg/día dividida en dos dosis por 7 días EV o IM y posteriormente 150,000 UI/Kg/día dividida en tres dosis EV o IM.
- Si el niño es asintomático al nacimiento y los resultados de VDRL en LCR, exámenes hematológicos y radiografía de huesos son negativos, colocar **penicilina benzatínica** 50,000 UI/Kg IM por una sola vez e indicar el seguimiento serológico cada tres meses. No se debe solicitar pruebas confirmatorias en los recién nacidos.
- En el Anexo 1 se detallan escenarios para el manejo de sífilis congénita.

#### 6.5.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

Reacción de Jarish-Herxheimer, cuyo manejo es sintomático.

#### 6.5.4. Signos de alarma

No existen

### 6.6. CRITERIOS DE ALTA

- Tratamiento cumplido y sin sintomatología evidente.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- Debe comprobarse el tratamiento de la madre antes del alta del RN.
- Al finalizar el tratamiento, se le entregará tarjeta de RN de riesgo para control por Consultorio Externo

#### **6.7. SEGUIMIENTO**

- Se solicitará RPR cuantificado en sangre a los 6 meses, 1 año y 2 años. Los títulos deben disminuir.
- Se solicitará VDRL en LCR a aquellos que tuvieron evidencia de neurolúes a los 6 meses de edad y a los 2 años. Los títulos deben disminuir.

#### **6.8. PRONÓSTICO**

Bueno, si reciben tratamiento oportuno.

#### **6.9. COMPLICACIONES**

En niños no diagnosticados, ni tratados, se pueden presentar los signos de sífilis congénita tardía: tibias en sable, dientes de Hutchinson, seudoparálisis de Parrot, sordera, fracturas patológicas etc.

#### **6.10. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

Referencia y contra referencia a la red de salud: Todos los pacientes con diagnóstico de Sífilis congénita que recibieron tratamiento.

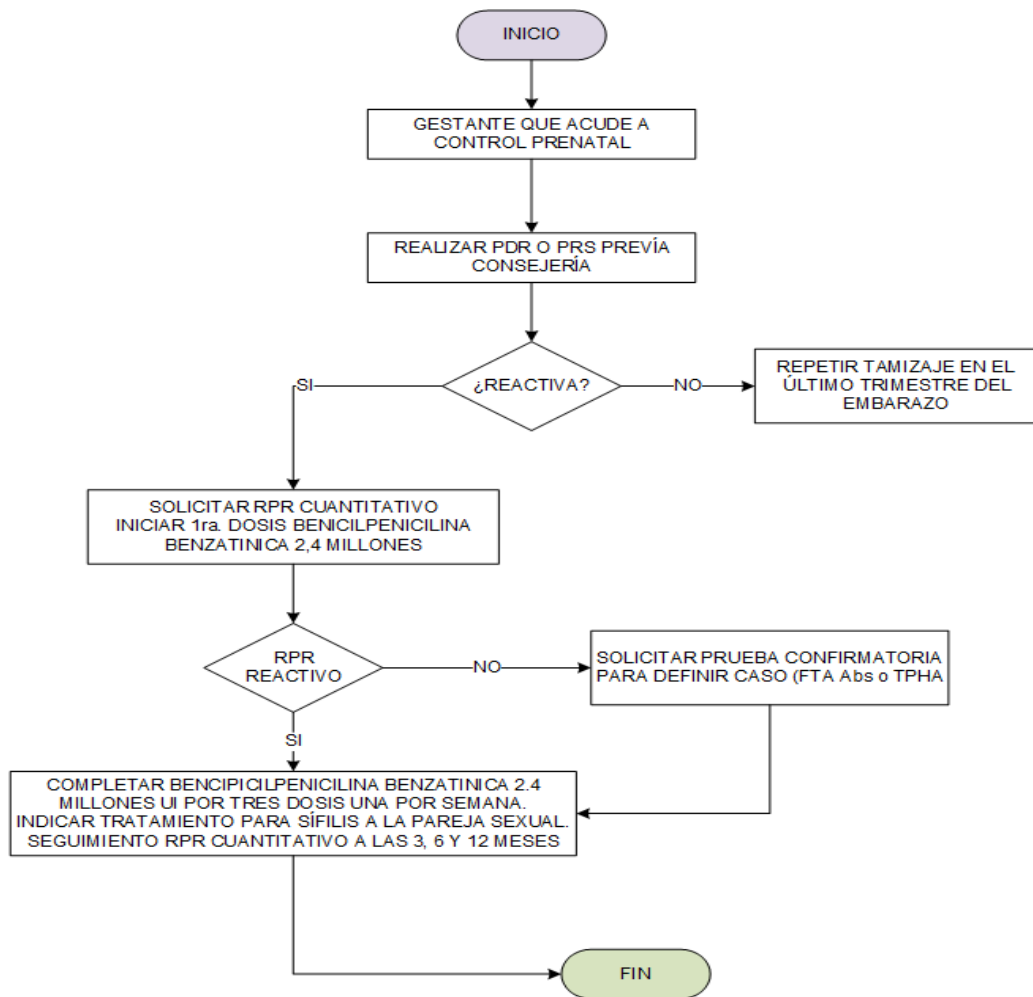
Seguimiento institucional: Pacientes con diagnóstico de Neurolúes.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

## VII. ANEXOS

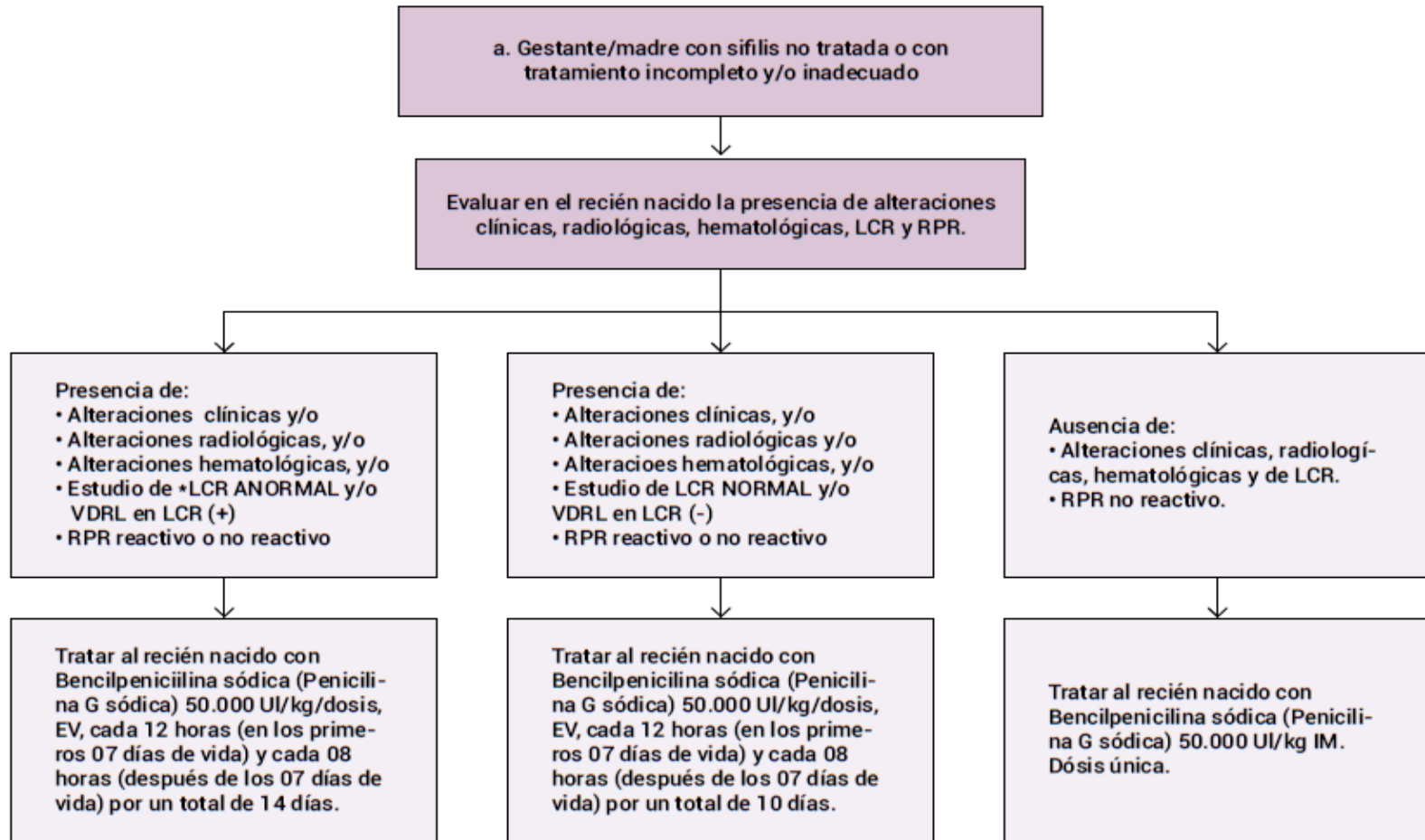
### ANEXO 1: Diagnóstico de Sífilis en la gestante.

#### DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN LA GESTANTE



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

## ANEXO 2: Manejo de Sífilis Congénita.



\*Neurosífilis altamente probable o comprada: LCR: Recuento de células mayor de 25 leucocitos/mm<sup>3</sup>, Proteínas mayores a 100 mg/dl y/o VDRL reactivo.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

### ANEXO 3: Evaluación y Manejo de Neonatos con Sífilis Congénita.

<b>ESCENARIO 1</b>	Lactantes con diagnóstico de sífilis comprobado o muy probable a) Examen físico anormal consistente con sífilis congénita b) Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre; o c) Examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo.
<b>Evaluación recomendada</b>	1. Análisis de líquido cefalorraquídeo para VDRL. 2. Hemograma y recuento de plaquetas. 3. Otras pruebas: radiografía de huesos largos, radiografía de tórax, pruebas de función hepática, examen oftalmológico y respuesta auditiva.
<b>Tratamiento recomendado</b>	Penicilina G sódica 100,000 durante los primeros 7 días y luego 150,000 unidades/Kg hasta completar 10 días.
<b>ESCENARIO 2</b>	Lactantes con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre y a) Madre no tratada o inadecuadamente tratada. b) Madre fue tratada con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina. c) Madre recibió tratamiento en el último mes antes del parto La madre tuvo sífilis temprana y tiene un título no treponémico que no decrece o aumenta
<b>Evaluación recomendada</b>	1. Análisis de líquido cefalorraquídeo para VDRL. 2. Hemograma y recuento de plaquetas. 3. Radiografía de huesos largos.
<b>Tratamiento recomendado</b>	Penicilina G sódica 100,000-150,000 unidades/kg por 10 días si alguno de los exámenes auxiliares o el examen clínico es patológico; o Penicilina benzatínica 50,000 unidades/Kg en dosis única intramuscular si tanto los exámenes auxiliares y el examen clínico son negativos.
<b>ESCENARIO 3</b>	Lactantes con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre y a) Madre con tratamiento completo y adecuado. b) Madre cuyos títulos serológicos disminuyen adecuadamente. c) Madre no tiene evidencias de reinfección.
<b>Evaluación recomendada</b>	No se requiere evaluación específica.
<b>Tratamiento recomendado</b>	Penicilina benzatínica 50,000 unidades/Kg en dosis única intramuscular, si existe el caso de no poder realizar su seguimiento
<b>ESCENARIO 4</b>	Lactantes con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre y a) Madre con tratamiento completo y adecuado. b) Madre con títulos que desde un inicio fueron y permanecieron bajos durante todo el embarazo (1/2 o 1/4).
<b>Evaluación recomendada</b>	No se requiere evaluación
<b>Tratamiento recomendado</b>	No se requiere tratamiento



## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Syphilis management. MMWR. June 2017.
2. Sexual Transmitted Infection management MMWR July 2014.
3. Ingall D, Sanchez PJ. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 643-81.
4. Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: trends and recommendations for evaluation and management. *Pediatric Infectious Disease Journal* 1991;10:516-22.
5. Radolf JD, Sanchez PJ, Schulz KF, Murphy FK. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, editors. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1165-89.
6. Bermann SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull. World Health Organ* 82. 433-438 (2004).
7. Watson – Jones, D et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *J. Infect Dis.* 186, 948-957 (2002).
8. Organización Panamericana de la Salud, Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe. Marco de referencia para su implementación Washington DC. OPS 2005.
9. Situación epidemiológica de la Sífilis Materna y Congénita en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú* SE 50-2020 (del 06 al 12 de diciembre del 2020)
10. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B: NTS N° 159 - MINSAL/2019/DGIESP (R.M. N° 1138-2019/MINSA). Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH – SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – Lima: Ministerio de Salud; 2019.
11. Easterlin MC, Ramanathan R, De Beritto T. Maternal-to-Fetal Transmission of Syphilis and Congenital Syphilis. *Neoreviews.* 2021 Sep;22(9):e585-e599.