

Guía de diagnóstico y manejo de la sífilis durante la gestación

LILIANA ISABEL GALLEGO VÉLEZ

MD. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia
Docente vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
Grupo de Ginecología General, Departamento de Ginecología y Obstetricia
Integrante del grupo NACER Centro de Salud Sexual y Reproductiva

INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional es responsable de, por lo menos, 460.000 abortos o mortinatos, 270.000 recién nacidos con bajo peso o prematuros y 270.000 casos de sífilis congénita al año en el mundo (1). En Colombia, la sífilis congénita se considera un problema de salud pública. Para el año 2007, la tasa fue de 2,04 por 1.000 nacidos vivos (1403 casos reportados al SIVIGILA entre 685.859 nacidos vivos según datos preliminares del DANE).

La sífilis congénita puede prevenirse con diagnóstico y manejo adecuados de la sífilis gestacional. Aunque en Colombia existen políticas de tamización para sífilis en gestantes durante el control prenatal y el parto, y la penicilina se encuentra disponible para el tratamiento en la mayoría de centros, existen varios factores que permiten que esta enfermedad persista. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica, entre otros: la falta de



percepción de los proveedores de la salud de que la sífilis gestacional y congénita puede tener consecuencias graves; el acceso limitado o tardío a los servicios de control prenatal; la falta de acceso a la prueba de tamización para sífilis durante la gestación, o al tratamiento adecuado y oportuno (2). En Colombia también se han identificado dichos problemas y, además, se ha encontrado que existen fallas del personal de salud que diagnostica y maneja los casos de sífilis gestacional y sus contactos sexuales, mostrando un desconocimiento de los protocolos de atención de sífilis gestacional y congénita (3,4).

Actualmente, el Ministerio de la Protección Social elabora la Guía para la atención de la sífilis gestacional y congénita, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basada en la evidencia, con la participación de NACER. Esta guía está en revisión y se espera su publicación para 2009. El presente trabajo ofrece una guía corta para el diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional. Las definiciones de caso son las propuestas en la guía que se encuentra en revisión.

DEFINICIÓN DE CASOS

Estas definiciones están basadas en las propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (5). Constituyen una modificación de las mismas y reemplazarían la actual definición del protocolo de sífilis congénita y gestacional, del Instituto Nacional de Salud, 2007.

Caso de sífilis gestacional: es el de toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente, con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria), y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o fue reinfectada y no recibió tratamiento adecuado.

Caso de sífilis congénita:

Es aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

Producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado (ver definición de tratamiento inadecuado), sin importar si el resultado de la prueba no treponémica del neonato es no reactivo. Este criterio se establece por nexo epidemiológico.



Todo neonato con títulos de VDRL/RPR cuatro veces mayores que los de la madre, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

Todo hijo de gestante con antecedente de sífilis, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o de laboratorio y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita.

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

Tratamiento inadecuado de la sífilis gestacional:

- Esquema de tratamiento subóptimo a la materna de acuerdo con el recomendado en esta guía para el estadio de la sífilis
- Cuando el tratamiento fue realizado en las últimas cuatro semanas de la gestación
- Cuando el tratamiento fue realizado con un antibiótico diferente a la penicilina
- Cuando no haya certeza de tratamiento recibido (no hay registro en la historia clínica del tratamiento suministrado, o la mujer no recuerda qué tratamiento recibió).

Todo neonato que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita deberá ser hospitalizado para estudios y tratamiento antibiótico. El diagnóstico y manejo de la sífilis congénita no hacen parte del presente artículo.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SÍFILIS EN LA EMBARAZADA

La sífilis en las embarazadas, se presenta clínicamente en forma similar a la sífilis del adulto, cursando con los mismos estadios; sin embargo, la mayoría de las pacientes no tienen signos clínicos de la enfermedad, o no consultan cuando los presentan, o no son observados por estar en la vagina, y por tanto, es frecuente que el diagnóstico sólo se establezca con las pruebas de laboratorio, que se ordenan como tamización durante el control prenatal.

Los estadios tempranos de la enfermedad son:

Sífilis primaria: luego de un periodo de incubación de 10 a 90 días, aparece una úlcera única, indolora, indurada, con fondo limpio, denominada



chancro, ubicada en la región anogenital. En la mitad de los casos se presentan, además, linfadenopatías inguinales.

Sífilis secundaria: se caracteriza por un brote máculo - papular que involucra palmas y plantas, linfadenopatía generalizada, cefalea y fiebre baja. Se presenta luego de 2 a 6 semanas de desaparecer el chancro. Otros hallazgos de la sífilis secundaria son alopecia, condilomas planos, uveítis anterior, meningitis, esplenomegalia, hepatitis, periostitis y síndrome nefrótico.

Sífilis latente temprana: no se presentan síntomas. Se reconoce por la presencia de anticuerpos en las pruebas serológicas. La infección fue adquirida en el último año.

Los estadios tardíos son:

Sífilis latente tardía: no se presentan síntomas. Se reconoce por la presencia de anticuerpos en pruebas serológicas y la infección fue adquirida hace más de un año.

Sífilis latente indeterminada o de duración desconocida: no se presentan síntomas. Se reconoce por la presencia de anticuerpos en las pruebas serológicas pero se desconoce el momento en que fue adquirida la infección.

Sífilis terciaria: actualmente se encuentra poco. Se caracteriza por los gomas que son nódulos, placas o úlceras en piel o en el sistema músculo esquelético; la sífilis cardiovascular, donde se puede presentar aortitis, angina, regurgitación aórtica, estenosis del ostium coronario, aneurisma aórtico; y la neurosífilis, con diferentes afecciones del sistema nervioso que también se pueden presentar en otros estadios de la sífilis.

DIAGNÓSTICO POR PRUEBAS DE LABORATORIO

La tamización para sífilis debe realizarse en el primer control prenatal, en el tercer trimestre (entre las 28 y 32 semanas) y al momento del parto con las pruebas no treponémicas (VDRL- RPR) (6). En los casos de aborto o mortinato, también deberá obtenerse una serología. En zonas rurales sin laboratorio, donde no existen el VDRL o el RPR se pueden implementar las pruebas treponémicas rápidas para la tamización, dada la posibilidad de realizarlas e interpretarlas con facilidad en el lugar de atención inicial de la gestante (7-11).

Las pruebas treponémicas rápidas son una excelente alternativa que se puede utilizar en cualquier nivel de atención y ofrece grandes ventajas,



como su fácil realización, no requieren laboratorio, mínimo entrenamiento, bajo costo, buena sensibilidad (84-98%) y especificidad (94-98%), resultados en minutos (<30); ofrecen la posibilidad de establecer un diagnóstico e iniciar el tratamiento de inmediato. Pueden ser usadas en la tamización o en la confirmación de la enfermedad y son recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para las gestantes (12).

A todas las gestantes con pruebas no treponémicas reactivas se les debe ordenar una prueba treponémica (FTA ABS, TPHA, pruebas rápidas) para confirmar la sífilis. Si existe confianza en que el resultado y la paciente pueden ser evaluados en menos de una semana, se esperará dicho resultado para definir el tratamiento; si no se puede asegurar un resultado y una evaluación de la gestante oportunamente (en menos de una semana), se deberá iniciar tratamiento de inmediato para no perder la ocasión de evitar la sífilis congénita aunque, de igual manera se ordenará la prueba treponémica (5). Cuando una mujer tiene una prueba no treponémica positiva y el resultado de la prueba treponémica es negativo, significa que hubo un falso positivo de la serología y se descarta la sífilis gestacional (13). Cuando el resultado de la prueba no treponémica es a títulos bajos (1:2, 1:4) y la prueba treponémica es positiva, y durante el interrogatorio la paciente indica que sufrió sífilis o tuvo lesiones clínicas compatibles con sífilis y fue adecuadamente tratada, se considera que actualmente tiene una cicatriz serológica, mientras los títulos permanezcan bajos y estables durante la actual gestación, y no requiere nuevo tratamiento.

DIAGNÓSTICO DE NEUROSÍFILIS

A todo adulto con sífilis, incluyendo las gestantes que cumplan al menos uno de los siguientes criterios, se les debe hacer punción lumbar para análisis del líquido cefalorraquídeo(14,15).

- Signos o síntomas neurológicos (disfunción cognitiva, déficit motor o sensitivo, compromiso de pares craneanos, síntomas oftalmológicos o auditivos, y signos o síntomas de meningitis).
- Evidencia de sífilis terciaria activa (aortitis, gomas).
- Falla en el tratamiento (evidenciada por recaída clínica o serológica).
- Coinfección de HIV y sífilis latente tardía o de duración desconocida.



TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL

Cuando una gestante cumpla con la definición de caso de sífilis gestacional, deberá ser clasificado el estadio de la enfermedad y deberá recibir el tratamiento acorde. La penicilina es efectiva para tratar la sífilis en la madre y evitar la infección en el feto, previniendo la sífilis congénita (16).

Aunque, falta evidencia de estudios clínicos aleatorizados que comparen la efectividad entre diferentes regímenes terapéuticos con penicilina, no hay dudas de que la penicilina es efectiva en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo y la prevención de la sífilis congénita. No obstante, no se sabe con certeza cuáles son los regímenes terapéuticos óptimos (17). En las embarazadas no se recomiendan tratamientos diferentes a penicilina, como eritromicina, azitromicina o ceftriaxona (18,19).

Las mujeres en estadios tempranos (sífilis primaria, secundaria y latente temprana), se tratan con una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI por vía intramuscular, en el glúteo.

Las mujeres en estadios tardíos (sífilis latente tardía, latente de duración desconocida y terciaria), se tratan con tres dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI, por vía intramuscular y con intervalo semanal. Si el tiempo entre dos dosis es mayor de 14 días, hay que iniciar el esquema de nuevo (20).

Los tratamientos tardíos pueden fallar en la prevención de la infección fetal. Así cuando el tratamiento a la madre se realiza en las últimas cuatro semanas del embarazo, se considera que no es adecuado para el feto. Sin embargo, no existe evidencia de que la administración de penicilina cristalina venosa a la madre en el tercer trimestre de gestación sea mejor que la de penicilina benzatínica, o que garantice la prevención de la sífilis congénita y, por tanto, no deberá emplearse.

Remisión de gestantes con sífilis:

En los siguientes casos se debe remitir la gestante para manejo por especialista en segundo o tercer nivel:

- Cuando requiera punción lumbar y ésta no se pueda realizar
- Cuando se detecte compromiso fetal por sífilis en la ecografía obstétrica
- Cuando exista una enfermedad asociada que requiera manejo en un nivel superior de atención.



SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE Y LA PUÉRPERA

Todas las mujeres con serología reactiva durante la gestación, sin importar los títulos, y todas las mujeres que luego de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis **antes** del embarazo persistan con serología reactiva, deben tener un control serológico cada tres meses, hasta ajustar un año luego del tratamiento, con el fin de detectar una reinfección o una falla del tratamiento. Ambas se evidencian por síntomas, o por aumento de los títulos cuatro veces con respecto al título basal.

Si se confirma una reinfección, o una falla del tratamiento, se requiere nuevo tratamiento, con penicilina benzatínica 2'400.000 unidades IM, semanal, por tres dosis. Luego del año de tratamiento se hará serología cada seis meses hasta que resulte no reactiva. En la historia clínica deben quedar consignados los planes de seguimiento clínico y serológico de la madre y asegurarse de que la madre comprenda la importancia del seguimiento.

Evolución de los títulos serológicos

En la sífilis primaria y secundaria, la disminución de títulos, después del tratamiento, es rápida, presentándose una caída de los títulos de cuatro veces (2 diluciones) en los primeros tres meses. Cuando esta caída no ocurre en los siguientes seis meses del tratamiento, se debe sospechar falla del mismo. La mayoría de las pacientes tendrá títulos bajos o no reactivos después del primer año del tratamiento.

En las mujeres con sífilis latente temprana, el descenso de cuatro veces en los títulos tarda entre seis y doce meses. En las mujeres con sífilis latente tardía, o con múltiples episodios de sífilis, se presenta una disminución más lenta en los títulos, tardando de 1 a 2 años para disminuir cuatro veces el título que presentaban al inicio del tratamiento.

MANEJO DE CONTACTOS

Los compañeros sexuales deben ser evaluados clínica y serológicamente con pruebas no treponémicas. La gestante con sífilis deberá indicarle a su(s) compañero(s) que consulte a la institución de salud. Si él se niega la gestante deberá dar los datos personales de éste al personal de salud para que sea contactado y citado. Cuando la gestante se niega a informarle al compañero(s), el médico tiene el deber de hacerlo, dado que la sífilis es



una enfermedad infectocontagiosa que, de no tratarse, tiene serias consecuencias. El esquema de tratamiento se establecerá de acuerdo con la clasificación del estadio de la enfermedad, según la clínica y el resultado de la serología. Si no es posible hacer la clasificación, se le aplicará el mismo esquema que a la gestante. El tratamiento debe ser ordenado por el personal de salud que capte al contacto, y si esto no es posible, por quien está manejando a la gestante, independientemente del aseguramiento del contacto. Si existen dificultades para realizarle la prueba o para el seguimiento, el contacto deberá recibir tratamiento presuntivo (20-22).

Cuando el contacto resulta con serología no reactiva, deberá recibir tratamiento presuntivo, si la gestante fue diagnosticada con sífilis temprana o latente indeterminada, con títulos $\geq 1:32$, y tuvieron contacto sexual en los últimos 90 días, dado que puede estar infectado pero en periodo de incubación.

Razones de encontrar contactos con pruebas negativas:

- La enfermedad está en período de incubación
- La mujer adquirió la enfermedad de otro compañero en el presente o en el pasado.
- El compañero sufrió la enfermedad en el pasado y se la transmitió a la mujer pero ya él se curó.
- Efecto prozona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Finelli L, Berman SM, Koumans EH, Levine WC. Congenital syphilis. Bulletin of the World Health Organization 1998; 76 Suppl 2: 126-8.
- 2 Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2004; 16(3):211-17
- 3 González M. Evaluación del plan de eliminación de sífilis congénita. 2004 Inf Quinc Epidemiol Nac 2005 Ene 30;10(2):17-27
- 4 Prieto F, Echeverry A. Caracterización de la sífilis congénita, Colombia, 1996-2001. Inf Quinc Epidemiol Nac 2003 Ene 30;8(2):27-33.
- 5 Valderrama J. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington: OPS; 2005.
- 6 Protocolo de sífilis congénita y gestacional. Bogotá: Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Versión actualizada 2007- código INS 310
- 7 Mabey D, Peeling RW, Ballard R, Benzaken AS, Galbán E, Changalucha *et al* Prospective, multi-centre clinic-based evaluation of four rapid diagnostic tests for syphilis. Sex Transm Infect 2006 Dec;82 Suppl 5:v13-6.



- 8 Tinajeros F, Grossman D, Richmond K, Steele M, García SG, Zegarra L, *et al.* Diagnostic accuracy of a point-of-care syphilis test when used among pregnant women in Bolivia. *Sex Transm Infect* 2006 Dec;82 Suppl 5:v17-21. Epub 2006 Nov 22.
- 9 Blandford JM, Gift TL, Vasaikar S, Mwesigwa-Kayongo D, Dlali P, Bronzan RN. Cost-effectiveness of on-site antenatal screening to prevent congenital syphilis in rural eastern Cape Province, Republic of South Africa. *Sex Transm Dis* 2007 Jul;34(7 Suppl):S61-6.
- 10 Schackman BR, Neukermans CP, Fontain SN, Nolte C, Joseph P, Pape JW, *et al.* Cost-effectiveness of rapid syphilis screening in prenatal HIV testing programs in Haiti. *PLoS Med* 2007 May;4(5):e183.
- 11 Bronzan RN, Mwesigwa-Kayongo DC, Narkunas D, Schmid GP, Neilsen GA, Ballard RC, *et al.* On-site rapid antenatal syphilis screening with an immunochromatographic strip improves case detection and treatment in rural South African clinics. *Sex Transm Dis* 2007 Jul; 34(7 Suppl):S55-60.
- 12 Organización Mundial de la Salud. El uso de pruebas rápidas para sífilis. Ginebra:OMS; 2007.
- 13 Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995 Jan;8(1):1-21.
- 14 Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, Lukehart SA, Rompalo AM, Eaton M, *et al.* Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *J Infect Dis* 2004 Feb 1;189(3):369-76. Epub 2004 Jan 27.
- 15 Van Eijk RV, Wolters EC, Tutuarima JA, Hische EA, Bos JD, van Trotsenburg L, *et al.* Effect of early and late syphilis on central nervous system: cerebrospinal fluid changes and neurological deficit. *Genitourin Med* 1987 Apr;63(2):77-82.
- 16 Nathan L, Bohman VR, Sánchez PJ, Leos NK, Twickler DM, Wendel GD, Jr. In utero infection with *Treponema pallidum* in early pregnancy. *Prenat Diagn* 1997 Feb;17(2):119-23.
- 17 Walker GJA. Antibióticos para sífilis diagnosticada durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- 18 Zhou P, Qian Y, Xu J, Gu Z, Liao K. Occurrence of congenital syphilis after maternal treatment with azithromycin during pregnancy. *Sex Transm Dis* 2007 Jul;34(7):472-4.
- 19 Zhou P, Gu Z, Xu J, Wang X, Liao K. A study evaluating ceftriaxone as a treatment agent for primary and secondary syphilis in pregnancy. *Sex Transm Dis* 2005 Aug;32(8):495-8.
- 20 Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2006. *MMWR* 2006;55(No. RR-11):22-33.



21 Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, *et al.* Syphilis Guidelines Revision Group 2008, Clinical Effectiveness Group. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. *Int J STD AIDS* 2008 Nov;19(11):729-40.

22 Goh BT, van Voorst Vader PC. European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. European guideline for the management of syphilis. *Int J STD AIDS*. 2001 Oct;12 Suppl 3:14-26.