

Sífilis congénita en 2 niños de una cárcel de Bolivia

Gétaz L¹⁻², Posfay-Barbe KM³, Cossio N⁴, Villarroel-Torraco M⁵

¹ Division of Penitentiary Medicine, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Switzerland

² Division of Tropical and Humanitarian Medicine, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Switzerland

³ Pediatric Infectious Diseases Unit, Department of Pediatrics, University Hospitals of Geneva & Geneva Medical School, Geneva, Switzerland.

⁴ Unidad médica, Régimen Penitenciario, Cochabamba, Bolivia

⁵ Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia

RESUMEN

En el año 2013, se realizó un estudio transversal que reveló 28 casos de sífilis activa en 219 mujeres privadas de libertad (MPL) en una cárcel de Cochabamba, Bolivia. Se buscó la sífilis congénita (SC) en los niños que convivían con las madres infectadas. Resulta importante la prevención de la transmisión vertical de la sífilis mediante un despistaje sistemático de las embarazadas y el tratamiento oportuno por profesionales entrenados, dentro del ámbito carcelar que representa una población clave para el control de esta enfermedad responsable de complicaciones graves

Palabras clave: prisiones; sífilis congénita; enfermedades de transmisión sexual; niño; embarazo; Bolivia; transmisión vertical de enfermedad infecciosa.

CONGENITAL SYPHILIS IN 2 CHILDREN IN A BOLIVIAN PRISON.

ABSTRACT

In 2013 a cross-sectional study was carried out that revealed 28 cases of active syphilis amongst female inmates in a prison of Cochabamba, Bolivia. A search was conducted for congenital syphilis amongst the children that lived with the infected mothers. It is important to note the prevention of perinatal transmission of syphilis by systematic screening of pregnant women and appropriate treatment given by trained professionals within the prison environment, which represents a key population for controlling this disease, which is responsible for causing severe complications.

Keywords: prisons; syphilis congenital; sexually transmitted diseases; child; pregnancy; Bolivia; infectious disease transmission, vertical.

Texto recibido: 03/04/2017

Texto aceptado: 30/04/2017

En el año 2013, se realizó un estudio transversal que reveló 28 casos de sífilis activa en 219 mujeres privadas de libertad (MPL) en una cárcel de Cochabamba, Bolivia. Se buscó la sífilis congénita (SC) en los niños que convivían con las madres infectadas.

Primer caso clínico. La madre del "niño A" tuvo diagnóstico de sífilis al momento del parto. El recién nacido (RN) no tenía inicialmente síntomas compa-

tibles con SC. Se prescribió al RN un tratamiento de penicilina G cristalina hasta los 10 días. Se identificó que menos de 40% de las dosis prescritas fueron administradas al niño. La madre reportó que a partir de las 7 semanas de vida, el niño presentó una rinitis y una erupción cutánea difusa. Las figuras 1 y 2 representan las lesiones a los 3 meses. El recuento de glóbulos rojos, blancos y plaquetas, como el de tran-



Figura 1. Lesiones maculo-papulares descamativas, "niño A" de 3 meses



Figura 3. Lesiones descamativas de la espalda y nalgas, "niño B" de 11 meses



Figura 2. Lesiones descamativas plantar sobre base eritematosa, "niño A" de 3 meses



Figura 4. Máculas hiperpigmentadas de la parte posterior de las piernas, "niño B" de 11 meses

saminasas estaban dentro de rango. El IgM-FTA-ABS resulto positivo, pero los RPR y FTA-ABS negativos (bioMérieux, France).

Segundo caso clínico. La madre del "niño B" tuvo diagnóstico de sífilis 2 meses antes del parto con un tiempo de evolución desconocido (probablemente de más de 1 año) y recibió un tratamiento incompleto de penicilina (G sódica 600'000 UI y benzatínica 1.200.000 UI im, 2 días seguidos). El RN no presentaba inicialmente síntomas compatibles con SC y no fue tratado para una posible SC. A partir del segundo mes de vida, la madre reportó que su hijo tuvo una erupción cutánea difusa. Las figuras 3 y 4 representan lesiones a los 11 meses. A pesar de una discreta anemia con una hemoglobina de 9.2 g/dl (10.5-14), el recuento de glóbulos blancos y plaquetas, como el de transaminasas estaban dentro de rango. Los IgM-

FTA-ABS, RPR (1:8) y FTA-ABS fueron positivos (bioMérieux, France). Ambos niños fueron referidos al hospital por su tratamiento después de ser detectados.

Comentario. El riesgo de transmisión vertical de sífilis varía de 10% a 100%, disminuyendo a medida que la enfermedad materna progresa¹. Para detectar la SC, el desempeño de las pruebas treponémicas y no treponémicas son subóptimas en los RN. Falsos positivos pueden suceder en RN por el paso de anticuerpos IgG maternos al feto¹. Falsos negativos pueden también suceder en la infección temprana. En el "niño A", el título bajo del RPR en la madre podría también explicar los resultados negativos del RPR y FTA². Sin embargo, como los anticuerpos IgM no atraviesan la placenta, la prueba FTA-ABS IgM confirma el diagnóstico de SC en ambos niños².

Manifestaciones cutáneas ocurren en más de dos tercios de los casos de SC temprana^{3,4} y se desarrollan particularmente en la segunda a octava semana de vida⁴, como en los 2 casos aquí comunicados. Son frecuentemente lesiones eritematosas maculo-papulares más prominentes en las plantas de los pies, la espalda, las nalgas y los muslos posteriores (figuras 1-2-3), lesiones que pueden evolucionar en máculas hiperpigmentadas persistentes² (fig. 4). Anemia y rinitis (reportadas en uno de los casos), hepatoesplenomegalia, periostitis y/o osteocondritis, neurosífilis, leucocitosis y trombocitopenia son otras manifestaciones descritas en RN con SC^{3,4}.

El tratamiento de la sífilis es de bajo costo y efectivo³: controla las manifestaciones tempranas y previene las manifestaciones tardías que pueden ser letales. A pesar que se considera de fácil realización, los errores de tratamiento, ilustrado por los 2 casos reportados, deben ser evitados. Las guías del CDC y de la OMS recomiendan tres dosis de penicilina benzatinica (2.4 millones UI i.m. en forma semanal para la sífilis en adultos con más de un año de duración o si se desconoce su evolución)³. El tratamiento de la SC se realiza con penicilina cristalina (50'000 UI/kg/dosis e.v.) 2 a 3 veces al día según la edad del RN o con penicilina procainica (50'000 UI/kg) 1x/día i.m. hasta completar 10 a 15 días de tratamiento^{2,5}. En caso de que se pierda un día de tratamiento, debe reiniciarse el mismo, para evitar fracasos como reportado en el "niño A".

Conclusión. Estos 2 casos recalcan la importancia de la prevención de la transmisión vertical de la sífilis

mediante un despistaje sistemático de las embarazadas y el tratamiento oportuno por profesionales entrenados, dentro del ámbito carceral que representa una población clave para el control de esta enfermedad responsable de complicaciones graves.

CORRESPONDENCIA

Laurent Gétaz, MD MPH.
Hospital Universitario de Ginebra.
E-mail: laurent.getaz@hcuge.ch.

REFERENCIAS

1. Cavagnaro SMF, Pereira RT, Pérez PC, Vargas Del VF, Sandoval CC. Sífilis congénita precoz: a propósito de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(1):86-93.
2. Dobson SR. Congenital syphilis: Clinical features and diagnosis & Evaluation, management, and prevention. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
3. Moraes M, Estevan M. Actualización en sífilis congénita temprana. *Arch Pediatr Urug* 2011; 83(1): 35-9.
4. Arriagada D, Donoso A, Cruces P, Díaz F. Sífilis congénita: presentación como shock séptico. *Rev Chilena Infectol.* 2012; 29 (5): 558-563.
5. WHO guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). WHO: Geneva; 2016