

ACTUACIÓN ANTE HIJO DE MADRE CON SÍFILIS

1. Diagnóstico de infección materna

La sospecha clínica debe confirmarse mediante serología (pruebas reagínicas y treponémicas). En todas las gestantes se realiza un cribado serológico en el primer trimestre, y en las gestantes de riesgo, se repite en el tercer trimestre.

- **Pruebas reagínicas o no treponémicas (RPR, VDRL):** son indicadores de actividad de la enfermedad y son útiles para el seguimiento tras el tratamiento, ya que se negativizan con el tiempo.
 - * Se considera que el tratamiento es eficaz si se produce una disminución mantenida de cuatro veces los valores iniciales (considerando el límite mínimo títulos de 1/4)
 - * Se considera reinfección si se produce una elevación mantenida (x 4 los títulos de IgG iniciales).
- **Pruebas treponémicas (ELISA IgG, IgM):** confirman la positividad de las pruebas reagínicas. No se negativizan con el tiempo.

2. Tratamiento materno adecuado

El tratamiento es diferente en función de la fase de la enfermedad que tenga la madre, aunque este dato suele ser desconocido en el momento del diagnóstico, por lo que ante la duda, los obstetras suelen administrar la pauta más completa de penicilina.

* Para considerarse adecuado, el tratamiento se debe de haber administrado como mínimo 30 días antes del nacimiento con la siguiente pauta.

Sífilis primaria, secundaria o latente precoz (<1 año)	Sífilis latente tardía o duración desconocida	Pacientes alérgicas a la penicilina
Penicilina G benzatina Intramuscular	Penicilina G benzatina Intramuscular	No existen alternativas eficaces, por lo que será necesario desensibilizar a la paciente
Dosis única de 2.400.000U	2.400.000U/semana durante 3 semanas (3 dosis)	

3. Riesgo de transmisión

Cuanto más reciente sea la infección materna, más probable será la transmisión al feto.

3. Diagnóstico neonatal

La mayoría de los neonatos afectados están asintomáticos al nacimiento y el diagnóstico se sospecha por la serología materna. Los signos clínicos se suelen desarrollar en los primeros 3 meses de vida y son inespecíficos (hepatomegalia, alteraciones esqueléticas, pseudoparálisis de Parrot, lesiones cutáneas, ictericia, esplenomegalia, anemia y rinorrea acuosa (coriza)).

En cualquier neonato hijo de madre con positividad de las pruebas no treponémicas (RPR, VDRL) confirmada mediante una prueba treponémica (ELISA IgG e IgM) se debe realizar la siguiente evaluación:

- a) Exploración clínica completa
- b) Prueba no treponémica (RPR, VDRL) en suero del neonato, y no en sangre de cordón.
- c) Estudio anatomopatológico de la placenta o cordón umbilical
- d) Examen microscópico en campo oscuro de cualquier lesión sospechosa

**¡ANTE DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN MADRE O HIJO, COMENTAR Y CONFIRMAR
PREVIAMENTE CON LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA!**

**Es importante tener el resultado de las pruebas treponémicas (ELISA IgG e IgM) de
forma desglosada, por lo que ante un resultado de anticuerpos POSITIVOS sin
especificar, tendremos que llamar a microbiología para solicitar la IgG y la IgM.**

- **Diagnóstico de PRESUNCIÓN:**

Recién nacido con prueba reagínica (RPR, VDRL) en suero positiva Y uno de los siguientes hallazgos:

- ✓ Exploración clínica sugestiva
- ✓ Radiografía de huesos largos compatible (bandas radiolúcidas metafisarias, osteocondritis, periostitis, osteitis)
- ✓ VDRL positivo en LCR
- ✓ Elevación de proteínas o células en LCR sin otra causa evidente

- **Diagnóstico de CONFIRMACIÓN:**

- ✓ Identificación de los treponemas (microscopia campo oscuro ó PCR) en lesiones cutáneas, sangre periférica (placenta, cordón umbilical o líquido amniótico, si se dispone de muestra) o LCR
- ✓ Título de **pruebas reagínicas (RPR, VDRL) 4 veces superior al título materno**
- ✓ ELISA IgM positivo en el recién nacido

4. Tratamiento del recién nacido

¡No se podrá dar de alta de la maternidad a un paciente hijo de madre con sífilis hasta obtener el resultado microbiológico del neonato y recibir el tratamiento adecuado!

Ingresa en centro neonatal cuando tenga que recibir tratamiento intravenoso (ver figura 1).

5. Seguimiento

- RN con neurosífilis (LCR +)
PL cada 6 meses durante 3 años o hasta que recuento celular sea normal, o VDRL en LCR negativo
 - Si a los 6 meses el VDRL en LCR sigue positivo, se dará una nueva tanda de 10 días de tratamiento.

Control fondo de ojo y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) anuales

- Resto RN
Prueba reagínica (RPR, VDRL) a los 1,3,6,9 y 12 meses o hasta su negativización
 - Si el tratamiento ha sido el adecuado, se negativizará a los 6 meses
 - Si a los 6 meses no ha disminuido, se tiene que hacer una nueva PL y tratar durante 10 días.

Control fondo de ojo y auditivos (PEATC) anuales

La lactancia materna NO está contraindicada

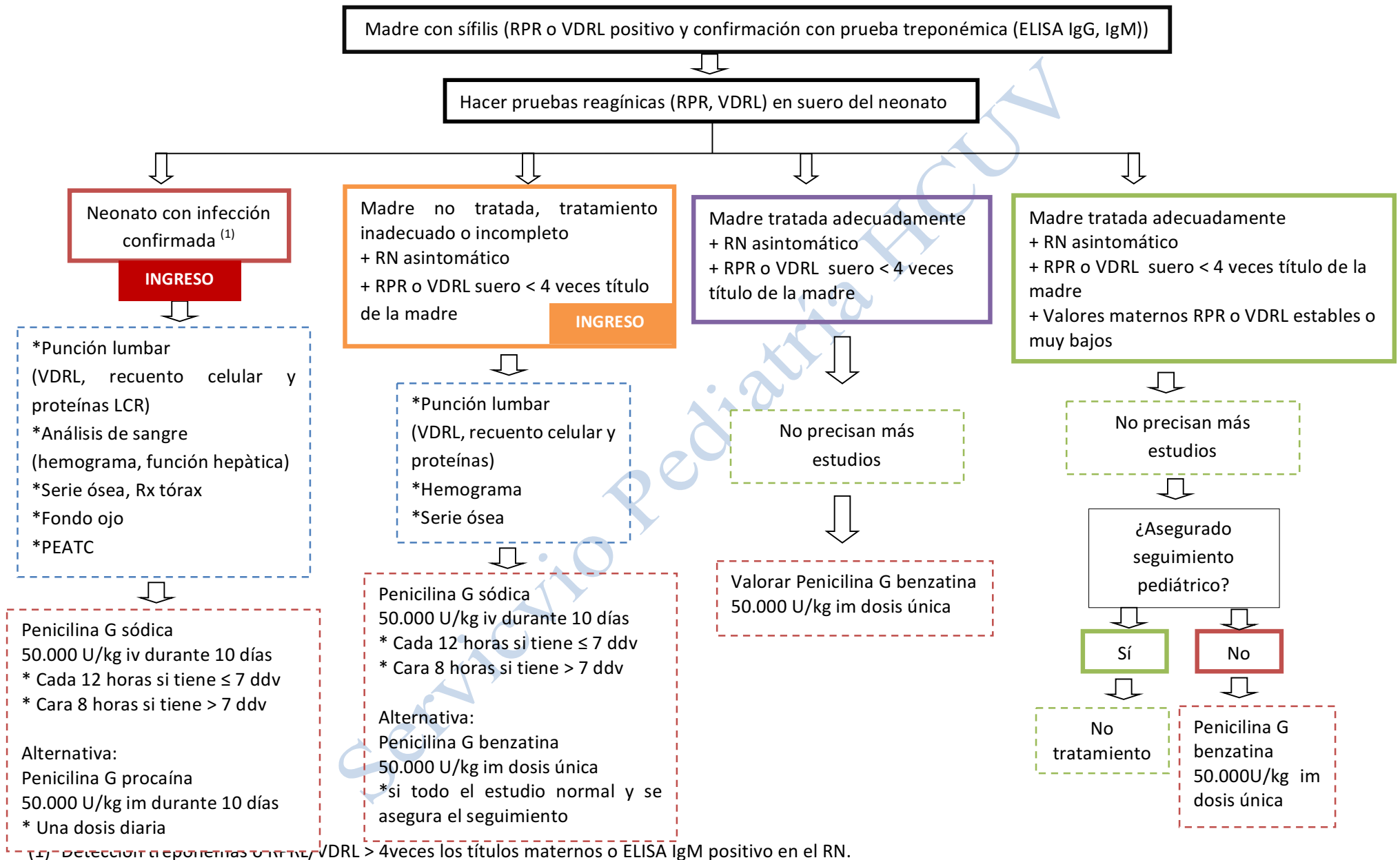


Figura 1. Manejo diagnóstico y terapéutico hijo madre con Sífilis