

En la embarazada

En la mujer embarazada el curso de la enfermedad puede dividirse en cuatro estadios:

1-Sífilis primaria: se caracteriza por la aparición del chancro, úlcera indolora que sale aproximadamente a las 3 semanas del contacto y dura de 2 a 6 semanas. En la mujer, esta úlcera se localiza más frecuentemente en el cuello del útero o en la vagina, y produce adenomegalias intrapélvicas. Este período suele pasar inadvertido en la mayoría de las pacientes.

2-Sífilis secundaria: comienza de 4 a 10 semanas después de la aparición del chancro. Es una enfermedad sistémica que se produce por la diseminación multiorgánica del *Treponema pallidum*. En el 70 al 80% de los casos no produce síntomas. Cuando es sintomática se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas máculo papulosas o pustulosas, que comienzan en el tronco y las extremidades y que involucran característicamente palmas y plantas, y en las zonas húmedas, condilomas. La paciente puede presentar también algunos síntomas inespecíficos como febrícula, astenia, pérdida de apetito y adenomegalias. Un 40% de las pacientes tienen compromiso del sistema nervioso central.

3-Sífilis latente

a) temprana: es un período asintomático, involucra a los primeros cuatro años de enfermedad, pueden existir recidivas, y por lo tanto posibilidades de contagio.

b) tardía: en este período no hay recidivas, y por lo tanto no contagia.

Ambos períodos latentes cursan asintomáticos y solamente se puede diagnosticar a partir de las pruebas serológicas. El hecho de que la mayoría de las mujeres afectadas sean asintomáticas enfatiza la necesidad de incluir las pruebas serológicas para Sífilis entre los controles prenatales de rutina.

4-Sífilis terciaria: en las pacientes no tratadas, la enfermedad continúa como un proceso inflamatorio lento que puede afectar cualquier órgano y manifestarse años después de la infección inicial.

En el recién nacido

Igual que en el adulto, la Sífilis en el recién nacido se divide en temprana y tardía. Aquellos síntomas que aparecen en los dos primeros años de vida corresponden al período temprano y los que aparecen después de los dos años, generalmente cerca de la pubertad, corresponden a la Sífilis congénita tardía.

A pesar de que más del 50% de los recién nacidos afectados son asintomáticos al nacer, en la mayoría de los casos los síntomas aparecen durante el período perinatal. Aquellos que nacen con síntomas pueden manifestar retraso en el crecimiento intrauterino, Hydrops fetalis no inmunológico, Neumonitis (Neumonía alba) con infiltrados intersticiales que producen dificultad respiratoria, Miocarditis, Síndrome «TORCH»: Hepatomegalia con aumento de las transaminasas, ictericia con hiperbilirrubinemia a predominio directo, acompañada o no de esplenomegalia, anemia hemolítica, leucocitosis y trombocitopenia, y proteinuria.

Puede existir compromiso meníngeo aún en niños asintomáticos, que se manifiesta por la presencia de pleocitosis mononuclear, aumento de las proteínas y/o una prueba de VDRL (+) en líquido cefalorraquídeo. En ensayos clínicos donde se han utilizado pruebas más sensibles para el diagnóstico de Sífilis congénita (IgM específica, inoculación en conejo) se ha demostrado que el compromiso meníngeo en recién nacido con Sífilis congénita se correlaciona con el grado de compromiso clínico. El 10 al 20% de los asintomáticos, se documentó compromiso del sistema nervioso central.

Otros síntomas son las lesiones cutáneas conocidas como pénfigo sifilítico. Estas

lesiones son vesículas bullosas que producen Edema epidérmico, descamación en palmas y plantas, y son altamente contagiosas.

La osteocondritis se caracteriza por la presencia de epifisitis en el extremo distal del fémur y en el proximal de la tibia. Afecta con menor frecuencia otros huesos largos como el húmero. Cuando estos signos están presentes al nacer, se presume que el recién nacido se infectó temprano durante el embarazo.

Manifestaciones clínicas de Sífilis congénita: Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones muco-cutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas, ampollas palmoplantares).

La Sífilis fetal se puede diagnosticar por ultrasonografía. La presencia de Hydrops fetal no inmunológico, engrosamiento (o edema) placentario, polihidramnios y hepatoesplenomegalia, son signos altamente sugestivos de Sífilis congénita. La serología materna confirma el diagnóstico. Cuando no se detecta la Sífilis en los recién nacidos asintomáticos, semanas más tarde, estos niños presentan signos inespecíficos como rinitis, neumonía, mala progresión de peso, adenomegalias, fiebre, anemia, lesiones cutáneas y/o pseudoparálisis como expresión del compromiso óseo. La rinitis es el primer síntoma de este período y se caracteriza por descarga nasal que contiene gran cantidad de espiroquetas. Es inicialmente acuosa, luego purulenta y hemorrágica, e interfiere con la alimentación. En ausencia de tratamiento, se ulcera con necrosis y perforación del cartílago nasal que da lugar a la nariz «en silla de montar», característica de la Sífilis tardía. Si se extiende a la garganta produce laringitis y llanto disfónico.

Las lesiones cutáneas son redondeadas, inicialmente rosadas, luego se oscurecen dejando pigmentación residual. Se distribuyen en la parte posterior del tronco, en las extremidades, involucrando palmas y plantas. Son similares a las lesiones del secundarismo en el adulto. Es común la descamación generalizada o confinada a las áreas periungueales de manos y pies con atrofia ungueal.

Las lesiones óseas son la osteocondritis que aparece luego del primer mes de vida y la periostitis que se visualiza a partir del cuarto mes.

La nefropatía afecta al 5% de los pacientes, evidenciándose entre los 2 y los 3 meses de vida, pudiendo manifestarse como un síndrome nefrótico.

Las lesiones oculares, características de la Sífilis congénita, son: coriorretinitis, con lesiones en sal y pimienta, glaucoma que produce proptosis, blefaroespasma, opacificación de la córnea, epifora, y uveítis como extensión de la coroiditis.

Los signos clínicos de la Sífilis tardía son consecuencia de los procesos inflamatorios crónicos de la Sífilis temprana.

El tratamiento de la Sífilis en el período perinatal evita estas complicaciones.

La Sífilis congénita tardía corresponde al período terciario en el adulto y, por lo tanto, no es contagiosa.

Las malformaciones más frecuentes son: malformaciones craneofaciales, nariz en silla de montar, mandíbula prominente, deformaciones del paladar, cicatrices de la coriza sifilítica (regadíos), periostitis aguda recurrente, alteraciones dentarias, keratitis intersticial, neovascularización de la córnea, sordera neurosensorial, sinovitis, neurosífilis, hemoglobinuria, fenómeno de Raynaud, retardo mental e hidrocefalia.

Diagnóstico

El *Treponema pallidum* (TP) no puede cultivarse «in vitro» en el laboratorio, como ocurre con la mayoría de las bacterias; sólo puede multiplicarse inoculándolo en testículo de conejo, siendo ésta una prueba costosa y poco práctica para el diagnóstico de rutina. Sin embargo, por ser muy sensible y específica, sigue siendo considerada el «gold standard» y su utilización está destinada a laboratorios de investigación.

El diagnóstico a través de exámenes complementarios se basa en:

- **Identificación del *T. pallidum***

Detección directa del *Treponema pallidum* (TP) por microscopía de campo oscuro: La observación del *T. pallidum* en úlceras genitales o extragenitales en Sífilis primaria (chancro) o de lesiones activas en Sífilis secundaria (ej. condilomas), constituye un diagnóstico de certeza. Esta técnica es una gran herramienta en el período inicial de la Sífilis primaria, ya que la serología suele ser negativa debido El *T. pallidum* puede no ser detectado si la toma de muestra fue inadecuada, el paciente recibió tratamiento, o si la muestra se toma durante la resolución espontánea de la lesión, cuando hay menor concentración de espiroquetas.

Limitaciones: Las muestras de lesiones orales puede tener falsos positivos, ya que la flora normal contiene *T. denticola* que no puede distinguirse del TP. En este caso se recomienda el examen directo con anticuerpos fluorescentes (DFA-TP), aunque lamentablemente su distribución comercial no se encuentra ampliamente difundida.

Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR): Tiene alta sensibilidad y especificidad. Esta prueba es reservada para laboratorios de referencia, debido a su complejidad y alto costo. Serología La infección usualmente se detecta a través de estudios serológicos de rutina solicitados durante la gestación. Prue-

bas no treponémicas: Son muy sensibles pero poco específicas. Detectan anticuerpos (reaginas) IgM e IgG anti-cardiolipina, un componente de membranas y tejidos de mamíferos.

- **Estudios serológicos**

Las no treponémicas. Las pruebas más utilizadas son:

- **VDRL (Venereal Disease Research Laboratory):** Técnica microscópica. Desventaja: el antígeno debe ser preparado fresco diariamente. Se puede realizar en suero y en LCR. Para LCR, la VDRL es la única prueba validada.

- **USR (Unheated Serum Reagin):** Técnica microscópica. Tiene la misma sensibilidad y especificidad que la VDRL y es la más utilizada en nuestro país, pero usualmente se la llama VDRL. Técnicamente es más fácil. Se puede utilizar sobre plasma y suero.

- **RPR (Rapid Plasma Reagin):** Técnica macroscópica. El agregado de partículas de carbón permite observar la aglutinación a simple vista. Se puede utilizar sobre plasma y suero. Es especialmente útil en lugares que no tienen microscopio. Limitaciones: Pueden ser negativas en Sífilis primaria y tardía. Títulos muy altos pueden dar resultados falsos negativos debido al fenómeno de «prozona» (exceso de anticuerpos que impiden la reacción de floculación de las pruebas no treponémicas). Se evita efectuando diluciones seriadas del suero (prueba cuantitativa). Entre el 1% y el 3% de la población general puede presentar resultados falsos positivos por enfermedades agudas (virales, parasitarias), enfermedades crónicas (colagenopatías, lepra, cáncer, enfermedades autoinmunes), vejez, embarazo, uso de drogas IV.

TODA prueba No Treponémica reactiva debe ser confirmada por una prueba Treponémica, independientemente del título obtenido.

Pruebas treponémicas: detectan anticuerpos

específicos contra *T. pallidum*. En la mayoría de las personas infectadas se mantienen reactivas durante años o toda la vida, independientemente del tratamiento, por lo que no son útiles para el seguimiento. Se informan reactivas o no reactivas.

Las pruebas más utilizadas son:

- **FTA-Abs** (absorción de anticuerpos fluorescentes anti- *Treponema pallidum*)
- **TPHA** (hemaglutinación de *Treponemapallidum*)
- **MHA-TP** (microhemaglutinación para anticuerpos anti-*Treponema pallidum*)
- **TP-PA** (aglutinación de partículas para anticuerpos anti-*Treponema pallidum*) al usual retardo que ocurre en la respuesta humoral. Un resultado negativo no descarta infección.

La más sensible es la FTA-Abs. Esta prueba es la primera en dar reactiva, dentro de las pruebas treponémicas, y aún antes que cualquier otra prueba no treponémica. Limitaciones: Menos del 1% puede presentar reacciones con falsos positivos (lupus eritematoso, enfermedades por espiroquetas, etc.). Puede ser transitoria y de causa desconocida.

En **la embarazada** se debe solicitar una prueba no Treponémica (VDRL, USR, RPR) en el primer control del embarazo y se aconseja repetir en el tercer trimestre y el puerperio.

Las pruebas No Treponémicas reactivas con pruebas Treponémicas no reactivas, deben ser interpretadas como falsos positivos, excepto cuando existan síntomas de infección primaria.

Las pruebas No Treponémicas reactivas confirmadas con pruebas Treponémicas son diagnósticas de Sífilis en la embarazada.

De no disponer de pruebas confirmatorias en las pacientes embarazadas, se deberá iniciar tratamiento antibiótico, sin más demora.

Otro punto muy importante es la citación de la pareja sexual para asesoramiento sobre ITS, estudio serológico y tratamiento antibiótico. Los resultados de la pareja deben quedar registrados en la ficha de seguimiento de la embarazada, como parte del cuidado de la gestante, protegiendo a la embarazada y al feto de futuras reinfecciones.

Los controles serológicos post-tratamiento deben ser mensuales hasta el parto.

La respuesta al tratamiento se evalúa por pruebas No Treponémicas (VDRL/USR/RPR). Los títulos de VDRL, pueden tardar en descender y evidenciarse sólo en el control de los 6 meses post-tratamiento. Los pacientes VIH (+) pueden tardar hasta 12 meses. El control mensual de VDRL se hará para pesquisa precoz de una reinfección. Se tendrá en cuenta la evolución de los títulos cuantitativos, con la misma prueba y realizada preferiblemente en el mismo laboratorio. El ascenso de uno o dos títulos exige repetir el estudio, ya que muchas veces esta diferencia tiene que ver con una distinta técnica del operador y no con reinfecciones de la paciente.

En el **recién nacido**, al día de hoy, no se cuenta con métodos indirectos lo suficientemente sensibles ni específicos para la detección de niños con Sífilis congénita asintomáticos. Se han desarrollado diversas tecnologías para la detección de anticuerpos IgM (no atraviesa la barrera transplacentaria) pero han mostrado una baja sensibilidad (menor del 50%) en niños asintomáticos. Estas pruebas requieren una técnica compleja y no se las utiliza de rutina. Entre ellas se pueden mencionar: IgM FTA-Abs 19s, IgM de captura por ELISA (CAPTIA), Western Blot y PCR. En el caso de las IgG (pruebas Treponémicas y No Treponémicas) atraviesan la placenta, por lo que su positividad es de difícil interpretación en el lactante.

Las pruebas Treponémicas (FTA-Abs/T-PPA/MHA-TP) tienen valor diagnóstico si persisten positivas luego de los 15 meses de vida, pero su sensibilidad es del 30 al 50%.

En el recién nacido, una prueba Treponémica o No Treponémica positiva no confirma el diagnóstico. Tampoco una prueba No Treponémica negativa descarta la infección congénita.

El neonatólogo debe evaluar el tratamiento y seguimiento serológico que recibió la madre durante el embarazo y su pareja, para definir si es necesario tratar al recién nacido. El pedido de VDRL al recién nacido tiene como finalidad conocer el valor inicial para una adecuada interpretación de los controles serológicos posteriores. Se recomienda no usar sangre de cordón para las pruebas serológicas de los recién nacidos, ya que pueden presentar falsos positivos, por contaminación con sangre materna. Todo resultado positivo de sangre de cordón debe ser confirmado con suero materno.

El diagnóstico de certeza de Sífilis congénita (SC) se efectúa mediante la identificación del *T. Pallidum* por microscopía de campo oscuro o anticuerpos fluorescentes en alguna de las siguientes muestras: placenta, cordón umbilical, líquido amniótico, material de autopsia o lesiones en piel o mucosas de los fetos o recién nacidos. Por lo tanto, la mayor parte de las veces, el diagnóstico de la SC, dependerá de una combinación de resultados de exámenes físicos, radiológicos y serológicos.

Para el diagnóstico de neurosífilis, la VDRL en LCR es la única prueba No Treponémica. Una VDRL reactiva en LCR es altamente específica de Neurosífilis, pero poco sensible. La sensibilidad diagnóstica aumenta si se consideran, además de la VDRL en LCR, las características del citoquímico (células y proteínas) y las condiciones clínicas del paciente. Un paciente asintomático con LCR con VDRL no reactiva y citoquímico normal, tiene una probabilidad menor del 5% de tener una neurosífilis. Otras pruebas descriptas en el diagnóstico de Neurosífilis: FTA-Abs en LCR: sólo tiene valor en caso de ser negativa para descartar Neurosífilis. Tiene la desventaja de ser poco específica, por lo que puede

haber falsos positivos. Si la utiliza, recuerde que los resultados positivos no confirman neurosífilis. PCR: limitada a centros de referencia. La sensibilidad disminuye en recién nacidos con Sífilis congénita asintomáticos. Un resultado negativo no descarta neurosífilis.

Tratamiento

En la embarazada

La Penicilina G Benzatínica es la droga de elección para el tratamiento de la Sífilis en la mujer embarazada. Se recomienda en las mujeres embarazadas un régimen de dos dosis para la Sífilis de menos de un año de evolución, y de tres dosis, cuando es mayor de un año o se desconoce el momento de adquisición (dosis de Penicilina benzatínica: 2.4 millones UI, intramuscular). En el caso de diagnosticarse la Sífilis en el último mes del embarazo, se podrá instrumentar tratamiento ambulatorio si la paciente tiene ecografía fetal normal. En el caso de presentar hallazgos ecográficos compatibles con infección fetal, se aconseja la internación y tratamiento endovenoso con Penicilina G Sódica durante 10 días. Si las pruebas treponémicas para confirmar la Sífilis tardaran alrededor de 1 semana, se propone comenzar el tratamiento con Penicilina Benzatínica y citar a la pareja. Si el resultado final no estuviera disponible a la semana, se aconseja que reciba la dosis correspondiente de Penicilina Benzatínica hasta completar el tratamiento. Cuando el lapso entre cada dosis es mayor de 1 semana, se deberá comenzar nuevamente el tratamiento con Penicilina Benzatínica.

Cuando la pareja asiste a la consulta, es la oportunidad para:

- Asesorar a ambos, sobre la prevención de las ITS.
- Indicar (y de ser posible, aplicar en la consulta) la primera dosis de Penicilina Benzatínica.

- Solicitar los controles serológicos para Sífilis (VDRL y FTA-Abs o MHA-TP) y para el resto de las ITS (HIV y Atg sup hepatitis B). Si el paciente presenta síntomas de uretritis, descartar infección por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.

Seguimiento durante el embarazo: el seguimiento es el mismo para todos los pacientes con diagnóstico de Sífilis. El resultado y el tratamiento de la pareja deben constar en la ficha de seguimiento de la paciente embarazada, como parte del cuidado del embarazo. **Para prevenir la Sífilis congénita es tan importante identificar y tratar a las pacientes embarazadas con Sífilis, como el tratamiento y el control de la pareja sexual.** El tratamiento de la pareja infectada disminuye el riesgo de reinfección durante la gestación. En pacientes que refieran alergia a la Penicilina, se realizará un exhaustivo interrogatorio para detectar las pacientes verdaderamente alérgicas (ver apartado correspondiente). Tenga en cuenta que si el tratamiento es interrumpido (no se cumple 1 dosis semanal), debe ser reiniciado, aplicando 1 vez por semana el número total de dosis correspondientes.

Recuerde:

- Confirmar toda VDRL (+), aunque los títulos sean bajos, con una prueba treponémica (FTA- Abs, MHA-PA, etc.).
- Realizar el tratamiento con 3 dosis de Penicilina Benzatínica I.M. semanal, a menos que demuestre que la infección tenga menos de 1 año de evolución.
- Considerar alérgica a la Penicilina sólo a quién haya tenido un fenómeno alérgico mayor (edema de glotis, broncoespasmo severo). En ellas se intentará la desensibilización.
- Realizar VDRL a todas las puérperas, aunque tengan embarazo controlado y VDRL (-) en el tercer trimestre.
- Revisar, al ingresar una paciente al centro

obstétrico, el resultado de VIH; si no lo tiene o no lo trajo, realice test rápido (previa firma del consentimiento de la paciente o familiar).

- Controlar y certificar que la pareja de cada paciente con una ITS haya recibido tratamiento completo. La falta de tratamiento de la pareja es la principal causa de reinfección durante el embarazo.
- Planificar el seguimiento de las pacientes embarazadas con Sífilis con VDRL mensualmente para la pesquisa precoz de una reinfección.
- Investigar otras ITS en pacientes embarazadas y sus parejas con diagnóstico de Sífilis (hepatitis B, herpes genital, infección gonocócica, infección por Chl. Trachomatis, VIH).

En el recién nacido hijo de madre VDRL (+)

Para evaluar a un recién nacido hijo de una madre VDRL es necesario, en primer lugar, revisar el diagnóstico materno. La confirmación debe ser realizada con una prueba treponémica. En segundo lugar, se debe investigar si durante el embarazo recibió un tratamiento antibiótico y seguimiento adecuado.

EL título de VDRL (+) en el recién nacido no confirma la Sífilis congénita, ni tampoco la descarta.

La evaluación y tratamiento del recién nacido asintomático dependerán de los antecedentes maternos y los resultados de la evaluación que se le realicen.

Se considera a la madre adecuadamente tratada y seguida, cuando:

- El tratamiento fue con Penicilina y recibió 3 dosis separadas por 1 semana cada una. Si la Sífilis tiene menos de 1 año de evolución, 2 dosis de Penicilina Benzatínica son suficientes.

- Recibió la última dosis hace más de 1 mes.
- Tiene VDRL materna luego del tratamiento, con títulos estables o en descenso. El cuadro se considera «normal» cuando los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros 3 meses de tratamiento comienzan a descender.

Recuerde:

- Si el paciente debe ser tratado con Penicilina EV y recibía ampicilina endovenosa como parte del tratamiento de la sepsis precoz, no se descontarán de los 10 días de tratamiento con Penicilina endovenosa.
- En el caso de que la pareja sexual de la madre no haya recibido tratamiento antibiótico o no se encuentre documentado el mismo, el niño RN deberá recibir tratamiento antibiótico porque no se puede descartar una reinfección materna cercana al parto. Esto es especialmente importante para el niño que, según los antecedentes maternos y las condiciones clínicas del mismo, está exceptuado de recibir tratamiento antibiótico.
- En los pacientes que deban ser evaluados con punción lumbar, si el resultado es traumático, deben recibir tratamiento con Penicilina endovenosa durante 10 días.
- Si no es posible realizar punción lumbar, debe tratarse con 10 días de Penicilina endovenosa.
- Los pacientes tratados deben ser seguidos con VDRL trimestral, hasta el año. Los pacientes no tratados deben ser controlados con VDRL mensual los primeros tres meses de vida.

Seguimiento

En la embarazada

El seguimiento debe ser con VDRL mensual hasta el parto. Los títulos pueden permanecer estables durante los primeros tres meses

de tratamiento y, luego de los 6 meses, comenzar a descender. En el caso de pacientes VIH (+) puede tardar hasta 1 año en descender; de cualquier manera los controles sirven para descartar ascensos que deben ser interpretados como reinfecciones. La mayoría de las pacientes negativizan las pruebas no treponémicas, aunque pueden quedar con títulos bajos de VDRL a pesar de haber recibido tratamiento correcto; esto se describe como «cicatriz serológica». Las pruebas no treponémicas habitualmente permanecen positivas de por vida y por esta razón no se las utiliza para evaluar la respuesta al tratamiento.

En el recién nacido

Los recién nacidos con diagnóstico presuntivo o confirmado de Sífilis congénita que recibieron tratamiento endovenoso con Penicilina, deben ser controlados serológicamente con VDRL a los 3, 6 y 12 meses de vida. Los títulos deberán descender hacia el sexto mes y negativizarse al año de vida. Los recién nacidos con neuroSífilis requerirán nuevas punciones lumbares cada seis meses, hasta que el citoquímico se normalice. La VDRL en el líquido cefalorraquídeo (LCR) se debe negativizar a los seis meses y las alteraciones del citoquímico pueden persistir hasta dos años después de finalizado el tratamiento. Todos los pacientes tratados deberán tener una evaluación oftalmológica y auditiva, y un minucioso seguimiento del desarrollo madurativo. Al igual que con otros grupos etarios con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, todo recién nacido con Sífilis congénita debe ser evaluado para descartar otras infecciones que comparten la misma forma de transmisión. El tratamiento se debe repetir en los pacientes con VDRL estable o en aumento a los seis meses, VDRL sérica que persiste (+) al año, LCR con VDRL (+) a los seis meses, o con persistencia de alteraciones en el citoquímico luego de dos años. El control y seguimiento de estos pacientes impone un verdadero desafío para el sistema de salud, puesto que la evaluación

completa requerirá un período de vigilancia de 12 a 24 meses.

En pacientes alérgicas a la Penicilina

En pacientes alérgicas a la Penicilina, las Tetraciclinas y Eritromicina no son recomendables como alternativa. **Por el momento, la única droga para el tratamiento de la Sífilis durante el embarazo es la Penicilina. Hay que tener en cuenta que todo régimen que no contemple el uso de Penicilina es considerado «inadecuado» para el tratamiento del feto.** Antes de considerar a una paciente alérgica a la Penicilina, se recomienda volver a interrogar a la paciente. Muchas veces la alergia está referida a manifestaciones menores como presencia de rash, o edema de párpados o labios, que no contraindican su utilización. El antecedente de haber tomado en algún momento de la vida Ampicilina o Amoxicilina, o el haber sido inyectada por vía intradérmica con Penicilina (en supuesta prueba de alergia), sin presentar manifestaciones de alergias mayores (edema de glotis), confirmarán que la paciente no es verdaderamente alérgica a la Penicilina. En las pacientes verdaderamente alérgicas se recomienda la internación y la desensibilización a la Penicilina.

Reacción de Jarish-Herxheimer

Esta reacción ocurre en aproximadamente el 45% de las embarazadas tratadas para Sífilis, la mayoría de ellas cursando estadios tempranos de la enfermedad. Puede ser vista entre las 2 y 24 horas de administrado el antibiótico. Se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y, ocasionalmente, hipotensión. En las mujeres embarazadas, además, puede desencadenar contracciones uterinas, compromiso de la salud fetal, también se ha reportado muerte intrauterina. La patogenia del Jarisch-Herxheimer no es clara, pero se cree que es secundaria a la liberación de antígenos treponémicos luego del tratamiento con Penicilina. Esto desencadenaría una intensa

reacción inflamatoria, causante de los síntomas descritos. De ser posible, se recomienda una evaluación ecográfica fetal, antes del inicio del tratamiento antibiótico. Con signos ecográficos de infección fetal, se recomienda la internación y el monitoreo fetal durante las primeras 24 horas de tratamiento ya que la reacción de Jarisch-Herxheimer es más probable que ocurra. Esta reacción no se modifica por el pretratamiento con antihistamínicos, ni el uso de dosis menores de Penicilina. El uso de corticoides previo a la dosis de Penicilina puede disminuir la respuesta inflamatoria, pero este dato no ha sido evaluado en forma prospectiva.

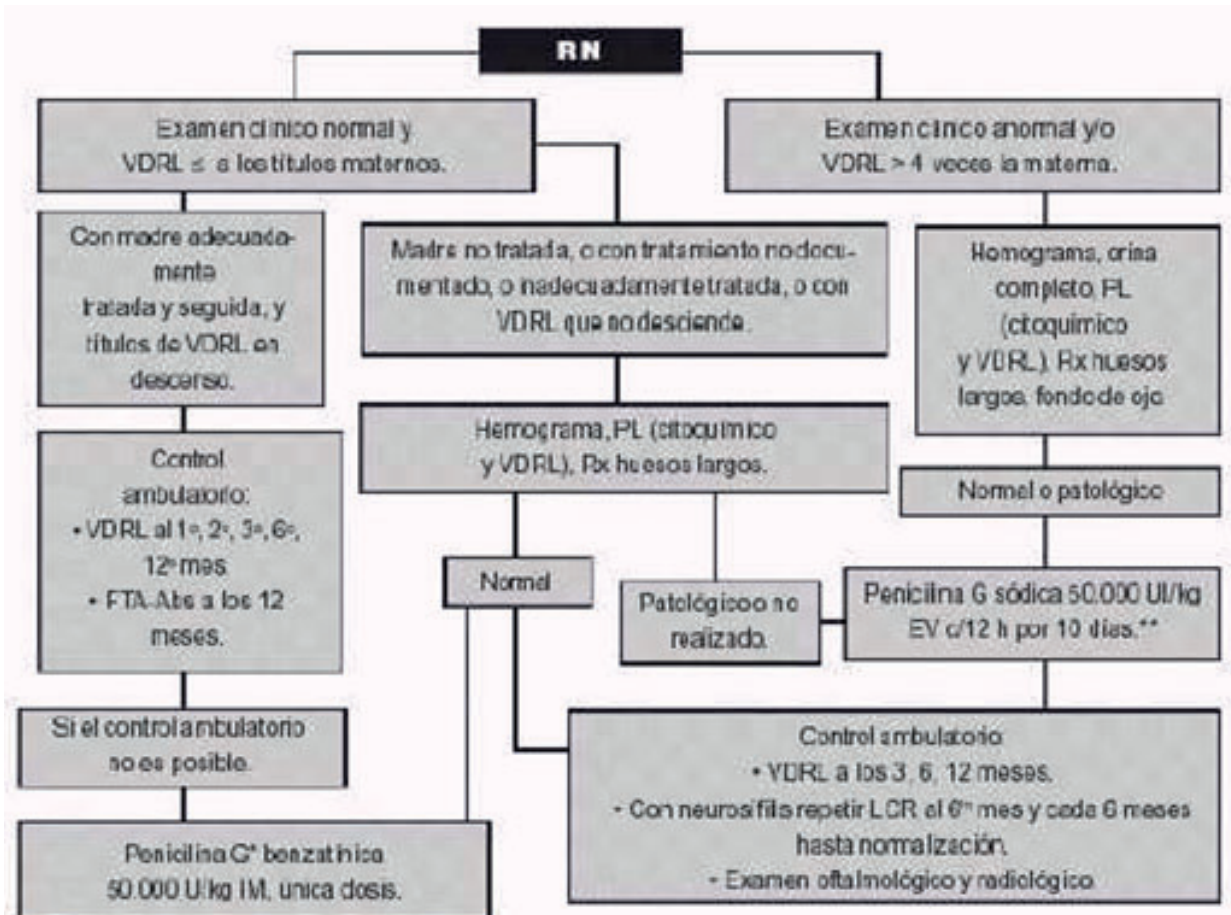
Prevención

- La medida más importante para la prevención de la Sífilis congénita es el adecuado control prenatal, y la identificación y tratamiento de las embarazadas infectadas y de sus parejas sexuales
- El tratamiento con Penicilina tiene una efectividad del 98% en la prevención de la Sífilis congénita.
- El obstetra debe estar atento a los signos y síntomas de la Sífilis activa durante el embarazo y buscar lesiones activas en cada visita prenatal.
- El control serológico para Sífilis se deberá realizar en la primera consulta obstétrica, y repetirse en el tercer trimestre y postparto en las poblaciones con alta incidencia de la enfermedad.
- La reiteración del análisis de VDRL resulta fundamental para detectar a las pacientes con Sífilis en incubación y en aquéllas que se infectan durante el embarazo.
- Si el diagnóstico de Sífilis se confirma, se deben investigar otras enfermedades de transmisión sexual como hepatitis B, VIH o infección gonocócica, y se debe citar a la pareja para control serológico y eventual

tratamiento.

• A las puérperas que no recibieron control adecuado durante el embarazo se les debe hacer control serológico postparto y los resultados deben estar disponibles antes del

alta. De esta manera, se podrán instrumentar las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias tanto para la madre como para el recién nacido



* Si no es posible el seguimiento, tratar con penicilina G sódica. ** En los mayores de 7 días, el intervalo entre dosis debe ser de 8 horas. CDC. *MMWR Morbidity and Rep.* 1986;47(RR-1):1-111.

Comité de Infectología
Sociedad de Pediatría de Rosario

Bibliografía

- Guía de prevención y tratamiento de infecciones congénitas y perinatales. Ministerio de Salud, República Argentina, noviembre 2010.