

II Curso de Infecciones de Transmisión Sexual *ITS*



Sífilis congénita

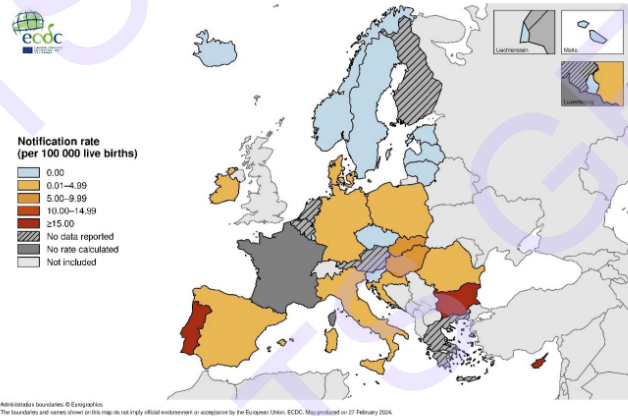
Maidar Arando. UITS Drassanes-Vall d'Hebron, Servicio Infecciosas. Hospital Vall d'Hebron

Esquema

- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Embarazo: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Caso clínico.
- Sífilis congénita: clínica, diagnóstico y tratamiento.

Epidemiología

Figure 1. Confirmed congenital syphilis cases per 100 000 live births by country, EU/EEA, 2022



<https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=27&HealthTopic=14>

Figure 2. Number of confirmed congenital syphilis cases by year in EU/EEA countries reporting consistently, 2013–2022



Source: Country reports from Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, France, Germany, Hungary, Iceland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, and Sweden.

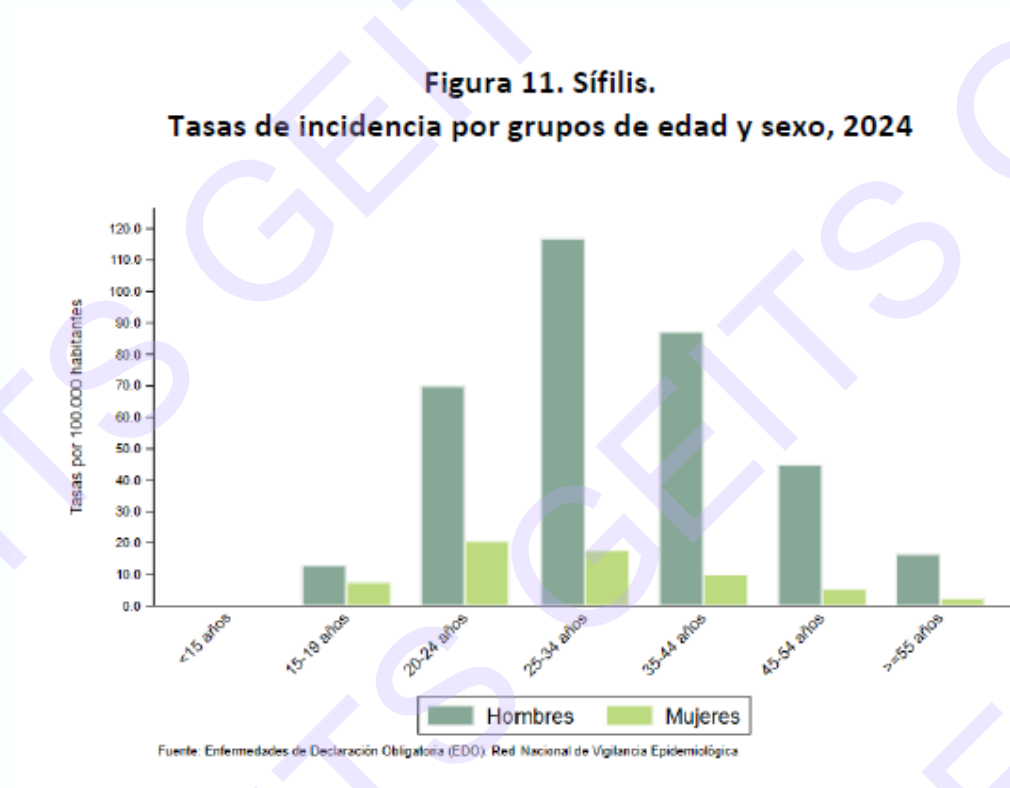
Epidemiología

Tabla 5. Sífilis congénita precoz
Número de casos y tasas por 100.000 nacidos vivos. España. 2000-2024

Año	Casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
2000	3	0,75
2001	1	0,25
2002	3	0,72
2003	0	0,00
2004	5	1,10
2005	10	2,14
2006	9	1,86
2007	11	2,23
2008	10	1,92
2009	10	2,02
2010	5	1,03
2011	5	1,06
2012	1	0,22
2013	3	0,70
2014	6	1,40
2015	1	0,24
2016	4	0,97
2017	2	0,51
2018	5	1,34
2019	1	0,28
2020	0	0,00
2021	5	1,48
2022	5	1,52
2023	7	2,18
2024	10	2,71

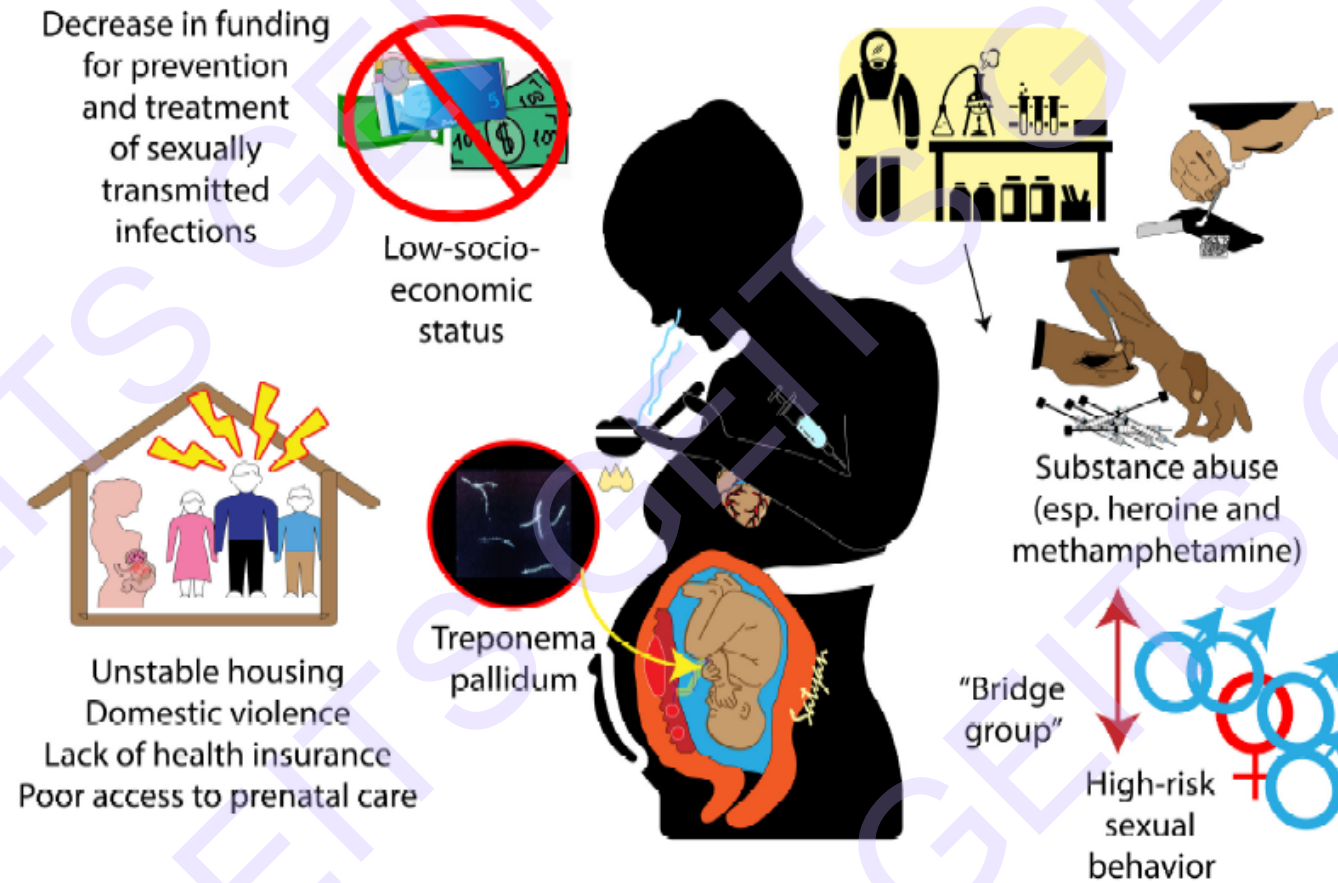
Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2025

Epidemiología



Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2025

Factores de riesgo



Factores de riesgo

SYSTEMATIC REVIEW

Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis

Trop Med Int Health. 2023;28:442-453.

Factores sociodemográficos

Edad <20 años mayor riesgo de sífilis congénita RR 3,44 (1,63-7,27)

Raza..... Raza negra OR de 4,5 (1,3-15,5)

Migración..... Solo en 1 estudio OR 4,9(1,7-17,7)

Educación..... Nivel de educación factor protector OR 0,2(01-0,7)

Drogas..... uso de cocaína PR no ajustado 9,3(2,6-33,1)

Núm. de contactos sexuales..... más de 3 OR 3,82 (1,11-13,18)

Sífilis previa..... Factor protector OR. 0,24(0,11-0,53)

Coinfección con VIH..... OR 4,01 (1,08-14,93)

Control prenatal

primer control >28 semanas..... OR 21,47 (18,07-25,50)

la ausencia de cribado..... RR 3,1 (1,47-6,21)

Factores de riesgo

SYSTEMATIC REVIEW

Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis

Trop Med Int Health. 2023;28:442-453.

Factor protector	Factor de mayor riesgo
Realizar el cribado en el 1 o 2 do trimestre	Serología de sífilis con títulos RPR 1/8 en la madre
Realizar el tratamiento en los primeros 14 semanas	Realizar el tratamiento en menos de 30 días del parto o después de 29 semanas

Factores de riesgo

SYSTEMATIC REVIEW

Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis

Trop Med Int Health. 2023;28:442-453.

Concluyen; que el inicio tardío de cuidado prenatal está asociado con la sífilis congénita. Sífilis congénita es 8 veces más frecuente en mujeres tratadas después de las 28 semanas de gestación y 68 veces más probable en los que no recibieron tratamiento.

La sífilis congénita se considera un marcador inverso de la calidad de la atención prenatal,
Cuanta más sífilis congénita, peor calidad del cuidado prenatal.

Embarazo

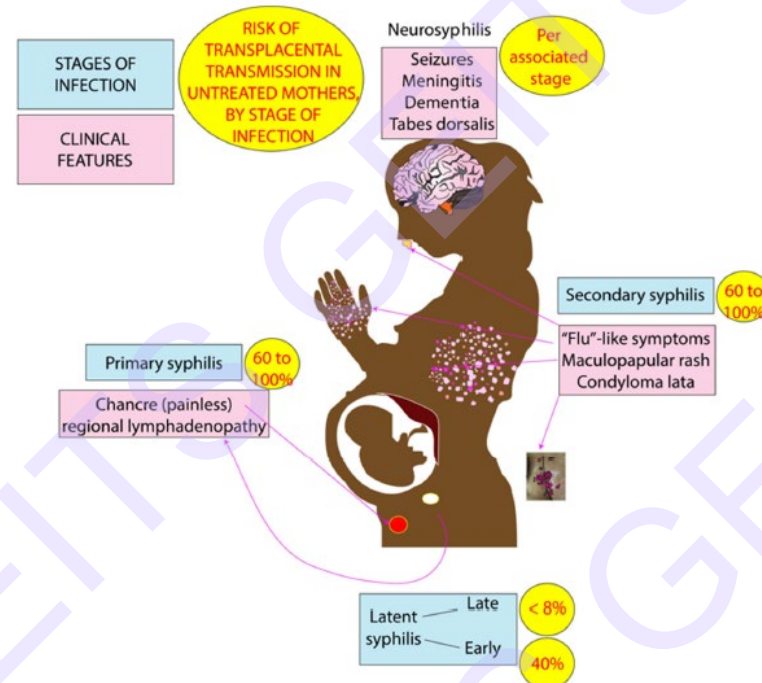
- **Se considera que una mujer embarazada con una sífilis no tratada la probabilidad de presentar alguna complicación perinatal es del 60-80%**
 - 20-25% muerte fetal
 - 6-10% muerte neonatal
 - 9-25 % de sífilis congénita
 - 11-18 % prematuridad.

Embarazo

- **El riesgo de transmisión vertical depende:**
 - Del momento de la adquisición de la sífilis en el embarazo.
 - aumenta conforme avanza la gestación, mientras que la gravedad de la afectación fetal será mayor cuanto más precoz sea su adquisición.
 - Según estadio.

Embarazo

- **Posibilidad de transmisión vertical según estadio.**
 - Más probable en la sífilis precoz, sobre todo sífilis primaria y secundaria con una probabilidad de transmisión de más de 80%



Embarazo

- **Screening sífilis**

- A nivel mundial el cribado se realiza únicamente en 1 de cada 8 embarazadas
- Se aconseja realizar en la 1era visita del control de embarazo.
 - Además, en el 3er trimestre y en el parto

Tabla II.
Grado de recomendación de diferentes pruebas complementarias a realizar durante el embarazo

Pruebas complementarias	Grado de recomendación
Cribado de cáncer de cérvix	A
Hemograma (hemoglobina y hematocrito)	A
Analítica básica de orina (proteinuria)-Urocultivo	
Grupo ABO y Rh/test Coombs indirecto	C/A
Si la mujer es Rh negativa y el test de Coombs es negativo, debe repetirse en la 28ª semana de gestación (NE=IV) [C]	
Si el test de Coombs sigue siendo negativo, debe administrarse inmunoprofilaxis anti-D. (NE=Ib) [A] (4,5)	
Glucemia-cribado de diabetes gestacional	A
Realizar el test de O'Sullivan a todas las gestantes entre la 24ª-28ª semana. En el primer y tercer trimestres solo si existen factores de riesgo. En el tercer trimestre en las que no hayan sido estudiadas previamente (6)	
Cribado de sífilis-hepatitis B (Si pertenece a un grupo de riesgo, deberá repetirse durante el embarazo, al menos una vez más en el tercer trimestre)	A

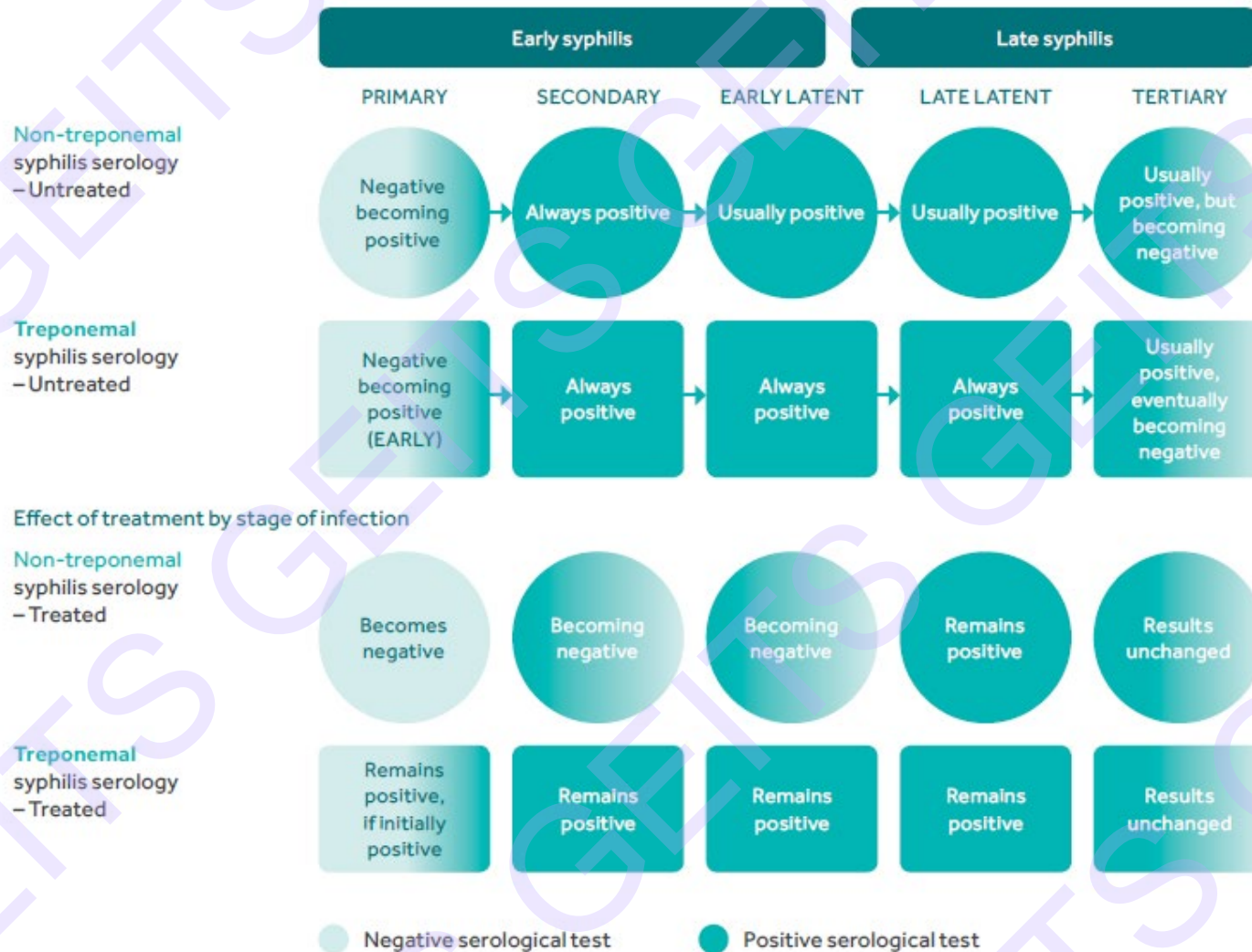
Embarazo

- **Diagnóstico**
 - **Mejor utilizar el algoritmo reverso y comenzar con las treponémicas. Y si es positiva solicitar otra treponémica y reagínicas para su confirmación**
 - La OMS hace recomendación según prevalencia y posibilidad del cuidado antenatal
 - En lugares donde el cuidado antenatal o mala adherencias se aconseja realizar test rápido y si sale positiva iniciar tratamiento. Si se puede realizar estudio, ampliar con una reagínica y otra treponémica y valorar necesidad de alargar el tratamiento.
 - **El embarazo es causa de falso positivo del RPR**

Embarazo

- **Diagnostico**

Figure 2. Reactivity of serological tests by stage of syphilis and effect of treatment



Source: Unemo et al., 2013 (4).

Suggested citation. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Embarazo

- **Tratamiento**
 - **En sífilis precoz una dosis de penicilina benzatina 2,400,000 UI i.m**
 - Algunos autores recomiendan una 2da dosis a la semana.
 - **En la sífilis latente tardía o indeterminada 3 dosis de penicilina benzatina 2,400,000 UI i.m semanal**
 - Si pasan más de 9 días de una dosis a otra hay que reiniciar

Embarazo

- **Tratamiento**
 - **En sífilis precoz una dosis de penicilina benzatina 2,400,000 UI i.m**
 - En sífilis secundaria menor respuesta

Table 3. Success of Maternal Treatment to Prevent Congenital Syphilis by Stage of Infection

Stage	Success/Total treated	Percentage (95% CI)
Primary	27/27	100 (87.2, 100)
Secondary	71/75*	94.7 (86.9, 98.5)
Early latent	100/102	98 (93.1, 99.8)
Late latent	136/136	100 (97.3, 100)
Total	334/340	98.2 (96.2, 99.3)

CI = confidence interval.

* $P = .03$ compared with other groups, χ^2 .

Obstet Gynecol. 1999 Jan;93(1):5-8

Embarazo

- **Tratamiento**

- **En sífilis precoz una dosis de penicilina benzatina 2,400,000 UI i.m?**
 - **La recomendación es más clara si el tratamiento es en el 3er trimestre**
 - Los cambios fisiológicos durante el embarazo alteran los parámetros farmacocinéticos de los fármacos y pueden provocar una reducción de las concentraciones plasmáticas de penicilina.

Embarazo

- **Tratamiento**
 - **En las alérgicas a la penicilina , se aconseja desensibilización**
 - **Si se realiza tratamiento con ceftriaxona**
 - **No han demostrado todavía eficacia por lo que no está aconsejado**
 - Si la mujer ha sido tratada con ceftriaxona hay que descartar sífilis congénita en el recién nacido Ref: syphilis and pregnancy rev Bras ginecol Obsetret 2024; 46e
 - Se están realizando estudios
 - Se iniciará una con cefixima en mujeres embarazadas en China.

Embarazo

- **Tratamiento**
 - **Reacción de Jarisch-Heixemer**
 - Si el tratamiento es en el 3 trimestre valorar monitorización ya que la reacción puede desencadenar el inicio del parto y posible parto pretermino.

Embarazo

- **Seguimiento.**
 - **El seguimiento se realizará con las no treponémicas**
 - **Frecuencia de las serologías**
 - Si el tratamiento es antes de las 24 semanas se realizará a las 8 semanas del tratamiento y en el momento del parto
 - Si el tratamiento es después de las 24 semanas en el momento del parto
 - Otros autores recomiendan mensualmente (en personas con riesgo de reinfección o en lugares donde la prevalencia de sífilis es alta
 - Normalmente no se observará la disminución de las 2 diluciones, y no indicará falta de respuesta
 - Pero si aumentan 2 diluciones se orientará como posible fracaso o reinfección.
 - **Se considerará como no tratada o fracaso del tratamiento**
 - Si el tratamiento es menos de 30 días antes del parto
 - Los títulos en el parto son 4 veces superiores que al anterior
 - En el momento del parto presente sintomatología.

Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- **Mujer de 29 años embarazada de 22 semanas**
- **Screening: VIH negativo, sífilis positiva con RPR 1/8 y CLIA y TPHA positiva, Clamidia en vagina positivo**
 - No antecedente de sífilis ni serologías previas
 - Asintomática

Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- **¿Qué tratamiento le pondremos?**

1- Con orientación diagnóstica de sífilis latente precoz 1 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m + 1 gr de azitromicina para la clamidia

2- Con orientación diagnóstica de sífilis latente precoz 2 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m con 1 semana de diferencia + 1 gr de azitromicina para la clamidia

3- Con orientación diagnóstica de sífilis latente tardia o indeterminada 3 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m con 1 semana de diferencia +1 gr de azitromicina para la clamidia

4- 2 gr de azitromicina, así cubrimos la sífilis y la clamidia.

Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- **¿Qué tratamiento le pondremos?**

1- Con orientación diagnóstica de sífilis latente precoz 1 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m + 1 gr de azitromicina para la clamidia. **Al no disponer de analíticas previas no podemos decir que la infección haya sido en el último año**

2- Con orientación diagnóstica de sífilis latente precoz 2 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m con 1 semana de diferencia + 1 gr de azitromicina para la clamidia **Al no disponer de analíticas previas no podemos decir que la infección haya sido en el último año**

3- **Con orientación diagnóstica de sífilis latente tardia o indeterminada 3 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m con 1 semana de diferencia +1 gr de azitromicina para la clamidia**

4- 2 gr de azitromicina, así cubrimos la sífilis y la clamidia. **La tasa de resistencias a la azitromicina en un estudio realizado en Barcelona es más del 95%**

Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- **Se realiza seguimiento a las 8 semanas : RPR 1/32**
- **¿Qué harías?**

1- No ha pasado el tiempo suficiente para decir que hay un fracaso, en 8 semanas puede no darse el cambio del RPR

2- Es un falso positivo del RPR por el embarazo

3- Debemos pensar en una posible reinfección y debemos tratar con 2 dosis de penicilina benzatina con la orientación diagnóstica de sífilis latente precoz.

4- Debemos pensar en una posible reinfección y debemos tratar con 3 dosis de penicilina benzatina con la orientación diagnóstica de sífilis latente tardía.

Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- Se realiza seguimiento a las 8 semanas : RPR 1/32
- ¿Qué harías?

1- No ha pasado el tiempo suficiente para decir que hay un fracaso, en 8 semanas puede no darse el cambio del RPR. **Es verdad que no ha pasado suficiente tiempo, pero ha aumentado 2 diluciones, por lo que tendríamos que pensar en posible reinfección.**

2- Es un falso positivo del RPR por el embarazo. **El RPR es causa de falso positivo, pero normalmente son títulos bajos y en este caso hay probabilidad de reinfección.**

3- Debemos pensar en una posible reinfección y debemos tratar con 2 dosis de penicilina benzatina con la orientación diagnóstica de sífilis latente precoz.

4- Debemos pensar en una posible reinfección y debemos tratar con 3 dosis de penicilina benzatina con la orientación diagnóstica de sífilis latente tardía. **El aumento lo hemos observado en <1 año, por lo que cumple criterio de sífilis precoz.**

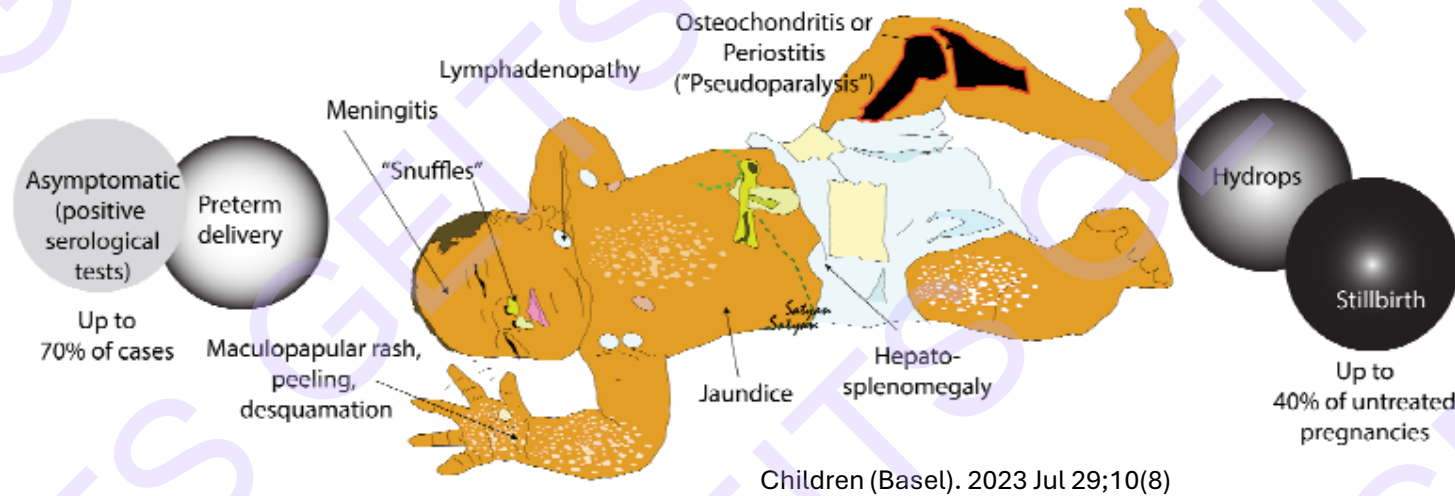
Caso clínico (ficticio con fines docentes)

- **A las 2 semanas de la segunda dosis se pone de parto. ¿Qué debemos hacer?**
- **RPR a la madre en el momento del parto y valorar riesgo de sífilis congénita:**

Sífilis congénita

- **Clasificación:**
 - Sífilis congénita precoz (<2 años): sobre todo en las 3 primeras semanas postparto
 - Sífilis congénita tardía (>2 años)
- **Clínica:**
 - **Placenta:**
 - Placenta grande, gruesa y pálida,
 - Endarteritis obliterante
 - **Sífilis congénita precoz:**
 - Varía: desde asintomáticos (aproximadamente el 70 % de los casos) hasta mortinatalidad (hasta el 40 % en embarazos no tratados)
 - incluyen hidropesía fetal y parto prematuro

Sífilis congénita



- Otros síntomas de la sífilis congénita son :
 - Neumonía
 - Moqueo o congestión nasal y secreción nasal excesiva,
 - Hepatoesplenomegalia,
 - Linfadenopatía
 - Hiperbilirrubinemia y/o colestasis,
 - Erupción maculopapular y descamativa que puede afectarlas palmas de las manos y las plantas de los pies
 - La afectación del sistema nervioso central: meningitis y/o convulsiones
 - Afectación del sistema esquelético en forma de osteocondritis o periostitis, con o sin pseudoparálisis de Parrot (disminución del rango de movimiento debido a una periostitis dolorosa)
 - Anemia
 - Síndrome nefrótico.

Sífilis congénita

- **Clínica:**
 - **Sífilis congénita tardía:**
 - Queratitis intersticial,
 - Pérdida auditiva neurosensorial
 - Dientes incisivos centrales con muescas o dientes de Hutchison.



Sífilis congénita

- **Clínica:**
 - **Sífilis congénita tardía:**
 - Arqueamiento anterior de la espinilla (espinilla de sable)
 - Hinchazón indolora de la rodilla (articulaciones de Clutton)
 - Molares en forma de mora (cúspides rudimentarias en los primeros molares)
 - Nariz en silla de montar, (en raras ocasiones)
 - Uveítis
 - Atrofia óptica
 - Retrasos en el desarrollo

Sífilis congénita

- **Diagnostico.**

- La transferencia pasiva de anticuerpos maternos contra la sífilis puede causar serología neonatal reactiva en el lactante no infectado. Hay que interpretar comparando con la serología de la madre
- Prueba a realizar para diagnostico: RPR al nacer
- Una prueba positiva de IgM treponémica respalda el diagnóstico de sífilis congénita, pero debe interpretarse junto con los antecedentes, los signos clínicos y los resultados de otras pruebas sanguíneas de sífilis. Una prueba negativa de IgM no descarta la infección, ya que la respuesta de IgM puede retrasarse o suprimirse en los lactantes.

Sífilis congénita

- **Diagnóstico.**

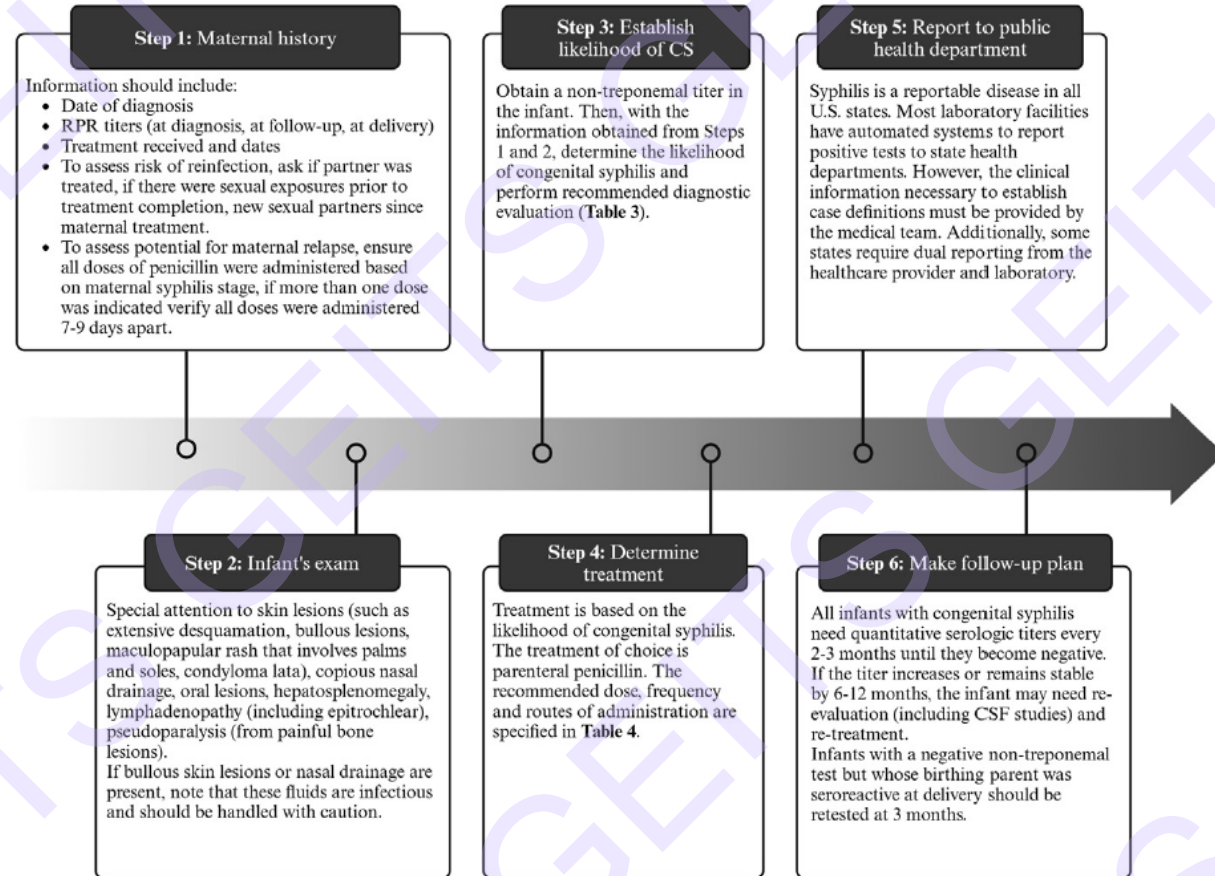


Fig. 1. Steps in the management of infants with suspected congenital syphilis. CS, congenital syphilis; CSF, cerebrospinal fluid.

Sífilis congénita

Riesgo de sífilis congénita	Historia clínica y serologías	Pruebas a realizar	Tratamiento
Sífilis congénita confirmada o alta probabilidad de sífilis congénita	Exploración física compatible o Aumento de RPR ≥ 4 los títulos de la madre	PL para estudio de LCR (celulas, proteínas y VDRL) Hemograma RX de huesos largos Otros: bioquímica, imagen neurológica, exploración oftálmica y/o auditiva,	Penicilina G endovenosa por 10 días.
Sífilis congénita probable/ riesgo alto	Exploración normal + RPR < 4 los títulos de la madre + Tratamiento madre: - no realizado - no se sabe si realizó - inadecuado - realizado en < 30 días antes del parto	PL para estudio de LCR (celulas, proteínas y VDRL) Hemograma RX de huesos largos	Penicilina G endovenosa por 10 días sí: - las pruebas están alteradas o no son interpretables - si no se puede realizar seguimiento Penicilina benzatina intramuscular por 1 dosis - si las pruebas son normales y se puede realizar seguimiento.

Sífilis congénita

Riesgo de sífilis congénita	Historia clínica y serologías	Pruebas a realizar	Tratamiento
Sífilis congénita posible/ Riesgo bajo	Exploración normal + RPR <4 los títulos de la madre + Tratamiento madre: - adecuada e iniciada > 30 días del parto sin probabilidad de reinfección.	Ninguna	- Penicilina benzatina i.m una única dosis si no se puede realizar seguimiento - Ninguna y realizar seguimiento a los 3 y 6 meses.
Sífilis congénita muy poco probable / No riesgo	Exploración normal + RPR <4 los títulos de la madre + Tratamiento madre antes del embarazo	Ninguna	- Ninguna y realizar seguimiento a los 3 y 6 meses. - Penicilina benzatina i.m una única dosis si no se puede realizar seguimiento

- **Seguimiento**

- RPR a los 2-3 meses, si persisten positivos a los 6 meses y 12 meses.
- IgG: La transferencia transplacentaria pasiva de anticuerpos IgG maternos se detectará en el recién nacido, pero las pruebas suelen dar negativo a los 12-18 meses.

Resumen

- **Importancia del cribado inicial en el 1 er trimestre y buena historia sexual para valorar posibles reinfecciones**
- **Importancia de realizar tratamiento en el momento del diagnóstico y cuanto antes**
- **Si no se ha podido realizar, analítica en el momento del parto a la madre y al neonato para valoración de riesgo de sífilis congénita.**

maider.arando@vallhebron.cat