

6. Courage ML, McCloy UR, Herzberg GR, Andrews WL, Simmons BS, McDonald AC, et al. Visual acuity development and fatty acid composition of erythrocytes in full-term infants fed breast milk, commercial formula, or evaporated milk. *J Dev Behav Pediatr.* 1998;19:9-17.
7. Forsyth JS, Willats P, Agostoni C, Bisseden J, Casaer P, Boehm G. Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ.* 2003;326:953-7.

doi:10.1016/j.anpedi.2008.08.010

Sífilis congénita en un niño de 7 semanas: ¿se hubiera evitado con otro protocolo?

Congenital syphilis in a 7-week old baby: Could it be prevented with another protocol?

Sr Editor:

La sífilis congénita (SC) es una enfermedad grave cuya prevención se basa en diagnosticar precozmente la sífilis en la embarazada y tratarla adecuadamente. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan analizar la serología de sífilis a toda mujer gestante al confirmarse el embarazo y repetir la determinación en el tercer trimestre si pertenecen a grupos de riesgo de infección¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja realizar la prueba en la primera visita de la gestante y, si los recursos lo permiten, repetirla en el tercer trimestre².

Presentamos un niño diagnosticado de SC, cuya madre, no perteneciente a ningún grupo de riesgo, presentó serología de sífilis negativa en el primer trimestre de gestación.

Niño de 7 semanas que, desde hacía 2 días, no movía las extremidades superiores cuya manipulación le provocaba llanto. Nacido de embarazo normal y controlado. La serología de sífilis durante la decimoquinta semana de embarazo mediante la reagina rápida del plasma (RPR) resultó negativa. El examen neonatal no detectó anomalías.

Exploración física: normalmente constituido; buen desarrollo ponderoestatural y psicomotor. Ambas extremidades superiores permanecían inmóviles espontáneamente (fig. 1) y su movilización resultaba dolorosa. Palidez de piel y mucosas, exantema maculopapuloso de elementos rojo-anaranjados no confluentes en tronco, segmentos distales de las extremidades, palmas y plantas. Hepatomegalia y esplenomegalia de 5 y 3 cm por debajo del reborde costal. Enantema palatino de máculas eritematosas con ulceración central.

Exámenes complementarios: anemia normocrómica y trombocitopenia (26.000/ μ l). Elevación de GOT, GPT y GGT; el resto de la bioquímica, normal. Elemental de orina, normal. Serología de sífilis: RPR positivo (título, 1/128) y microaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) positiva (1/2.560). Otras serologías, incluido VIH, negativas. Análisis de LCR normal, con VDRL negativo. Ecografía: hepatoesplenomegalia y nefromegalia bilateral. Radiología ósea: lesiones metafisarias en muñecas y rodillas con bandas de rarefacción ósea y pequeñas fracturas en los ángulos metafisarios, con reabsorción ósea en ambas metafisis tibiales (signo de Winberger) (fig. 2).

J.M. Moreno Villares

Unidad de Nutrición Clínica.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Correo electrónico: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

Serología de sífilis positiva en la madre (RPR, 1/8 y TPHA, 1/640) y en el padre (RPR, 1/4 y TPHA, 1/640).

Se trató con penicilina G sódica intravenosa, con respuesta clínica y serológica rápidamente favorables.

La SC tiene consecuencias muy graves que abarcan desde la muerte intrauterina a enfermedad prenatal o posnatal. El riesgo del contagio vertical es mayor cuando la infección materna es reciente^{3,4}.

La frecuencia de la SC depende de la del adulto. Tras disminuir la incidencia de sífilis durante la segunda mitad del siglo XX, se asiste en los últimos 15 años a un rebrote de la enfermedad en numerosos países europeos^{3,5} y en España, donde la tasa general aumentó desde 1,73/100.000 habitantes en 1999 a 4,31 en 2006 y la de SC desde 0,01 a 0,05⁶.

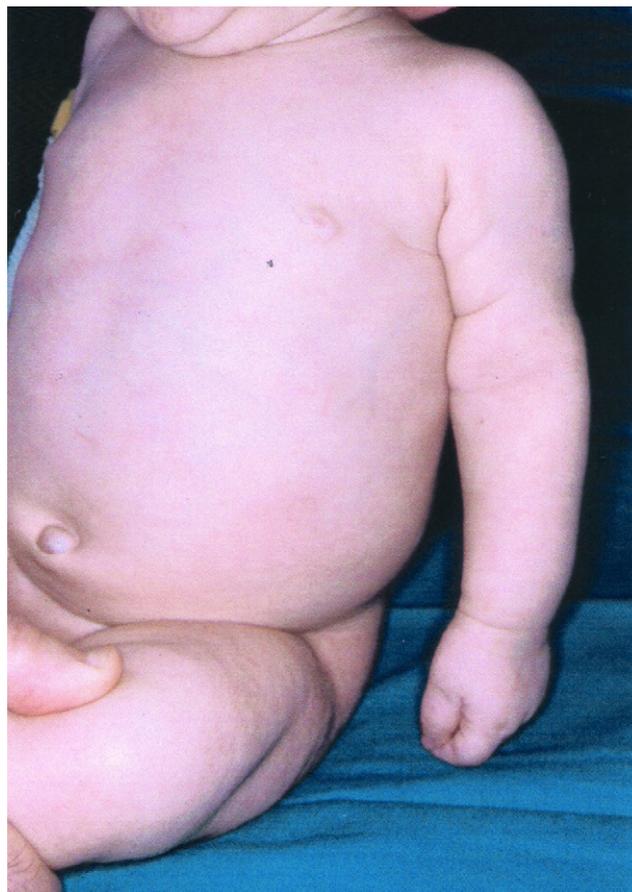


Figura 1 Seudoparálisis de Parrot.



Figura 2 Signo de Winberger.

La prevención de la SC se basa en disminuir la incidencia de la enfermedad del adulto, en su diagnóstico precoz en la embarazada mediante pruebas serológicas sistemáticas y en el tratamiento adecuado^{3,7}. La serología puede determinarse mediante un método no treponémico (RPR o VDRL) confirmando su positividad con una prueba serológica treponémica como TTPA o absorción de anticuerpos fluorescentes contra el treponema. Las serologías no treponémicas pueden ser negativas en enfermos recién contagiados, en fases tardías de infección latente y por el fenómeno prozona^{3,5}.

Mientras los CDC recomiendan realizar la serología al principio del embarazo y repetirla en el tercer trimestre sólo en grupos de riesgo, la OMS aconseja repetir sistemáticamente la segunda determinación^{2,7}.

El diagnóstico de SC en nuestro paciente se fundamenta en el cuadro clínico muy característico, unido a la serología de sífilis positiva.

El diagnóstico en ambos padres se realizó tras conocer la enfermedad del niño. A la madre, que no presentaba

características de riesgo, se le había realizado una única determinación de RPR al comienzo del embarazo que resultó negativa. Esta actuación se ajustaba a las recomendaciones de los CDC. La negatividad del análisis pudo deberse a que la infección fuera muy reciente, a que el contagio ocurriera después de realizar la serología, o al fenómeno prozona.

La posibilidad de casos como éste justifica la recomendación de la OMS de repetir la serología al final del embarazo, más aún cuando la probabilidad de transmisión transplacentaria es mayor si la infección materna es reciente, u ocurre después de realizar el primer test serológico⁸.

Los pediatras deben conocer la clínica de la SC para poder sospecharla. El dato de haber realizado el test durante el embarazo puede no ser suficiente si no se pregunta por el número de determinaciones y el período en que se realizaron^{4,9}.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR Recomm Report. 2006;55:1-94.
- World Health Organization. Sexually transmitted and other reproductive tract infections – a guide to essential practice [citado 17 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications>.
- Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. Sex Transm Infect. 2000;76:73-9.
- Chakraborty R, Luck S. Managing congenital syphilis again? The more things change [horizontal ellipsis]. Curr Opin Infect Dis. 2007;20:247-52.
- Lautenschlager S. Syphilisdiagnostik: Klinische und labormedizinische Problematik. J Dtsch Dermatol Ges. 2006;4:1058-74.
- Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2006. Centro Nacional de Epidemiología. Infecciones de transmisión sexual. Diciembre, 2007.
- Goh B, Thornton A. Antenatal screening for syphilis. Sex Transm Infect. 2007;83:345-6.
- Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjø P, et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. Int J STD AIDS. 2002;13:486-94.
- Singh AE, Sutherland K, Lee B, Robinson JL, Wong T. Resurgence of early congenital syphilis in Alberta. CMAJ. 2007;177:33-6.

C. Madrigal Diez^{a,*}, M.J. Lozano de la Torre^b y V. Madrigal Diez^b

^aCentro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. España

^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Santander. Santander. Cantabria. España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.madrigaldiez@yahoo.es (C. Madrigal Diez).