

Hidrops fetal secundario a sífilis congénita.

Revisión y reporte de tres casos del CHPR en los primeros seis meses de 2022

Fetal hydrops secondary to congenital syphilis. Review and report of three CHPR cases in the first six months of 2022

Cisneros B¹, Lambruschini C², Santos D³, Jeldres C⁴, Vila E⁵, Bottaro S⁶, Gesuele J⁷, Guirado M⁸, Briozzo L⁹

Resumen

Se presenta reporte de tres casos clínicos de hidrops fetal no inmune secundario a sífilis con-

génita asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2022.

Compartimos el diagnóstico prenatal, seguimiento, tratamiento y evolución postnatal.

Palabras clave: sífilis congénita, hidrops fetal, sífilis.

1. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
2. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
3. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
4. Residente de Neonatología, CHPR
5. Asistente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR.
6. Profesora Adjunta Clínica Ginecotocológica A, CHPR
7. Profesor Adjunto Cátedra Neonatología, CHPR
8. Profesora Adjunta Cátedra de Enfermedades Infecciosas
9. Profesor Clínica Ginecotocológica A, CHPR

Cisneros B
<https://orcid.org/0009-0009-2235-3388>
 Lambruschini C
<https://orcid.org/0009-0009-9349-6423>
 Santos D
<https://orcid.org/0009-0007-2261-3827>
 Jeldres C
<https://orcid.org/0009-0005-6067-348X>
 Vila E
<https://orcid.org/0009-0009-3025-0397>
 Bottaro S
<https://orcid.org/0000-0003-2550-9148>
 Gesuele J
<https://orcid.org/0000-0003-2992-0102>
 Guirado M
<https://orcid.org/>
 Briozzo L
<https://orcid.org/0000-0002-6772-3188>

Autor correspondiente: Cecilia Lambruschini, cecilam96@gmail.com

Recibido: 7/7/2023 Aceptado: 11/11/2023

Abstract

A three clinical cases of non-immune fetal hydrops secondary to congenital syphilis attended at the Pereira Rossell Hospital Center in 2022 are present.

We share prenatal diagnosis, follow-up, treatment and postnatal evolution.

Key words: congenital syphilis, fetal hydrops, syphilis.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección sistémica desde el inicio, causada por la bacteria *Treponema pallidum* cuya principal vía de transmisión es la sexual y en menor medida la vertical por pa-

saje transplacentario de bacterias o por contacto directo con lesiones genitales durante el pasaje del feto a través del canal de parto.⁽¹⁾

A pesar de que la sífilis es una infección conocida, prevenible y curable cuyo tratamiento es de bajo costo y accesible, se ha observado un marcado aumento en la incidencia de los casos en nuestro país en los últimos años, impactando directamente en la población femenina, en edad reproductiva y gestantes.

Se ha reportado un incremento de sífilis a nivel mundial, en 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 930.000 casos de sífilis gestacional (SG) en el mundo, que causaron 350.000 resultados adversos del embarazo y 200.000 casos de abortos u óbitos; globalmente en 2016 murieron 38000 neonatos a causa de sífilis congénita.^(1,2)

Más de dos millones de embarazadas tienen sífilis cada año. Se calculan tres millones de casos nuevos en América Latina y Caribe y 140.000 en Europa Occidental.⁽³⁾

En Uruguay, en 2006 el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de sífilis fue de 2,5 %, registrando en 2010 un 4,2 %.⁽⁵⁾

En 2018, según auditoría de sífilis del Ministerio de Salud Pública (MSP) se registró un aumento en la tasa de sífilis congénita, revirtiendo la tendencia descendente observada desde el año 2015.⁽⁵⁾

El aumento de casos de sífilis congénita (SC) es más significativo en el subsector público y en el interior del país, principalmente en departamentos que corresponden a la región norte.⁽⁵⁾

Si se compara el quinquenio 2015 – 2019 la SG era de 1,54 % en el sector público aumentando a 2,7 % en 2020. Con respecto a la SC, a nivel público pasó de 3,46/1000 RNV (recién nacido vivo) a 7,1/1000 RNV.⁽⁵⁾

En 2010 el 14,5 % de las necropsias por óbitos fetales realizadas en el Centro Hospitalario Pereira Rosell corresponden a sífilis congénita.⁽⁵⁾

En los últimos años la incidencia de los casos de sífilis congénita pasó de 1,6 en 2015 a 9,5 por 1000 en 2019.^(6,7)

Este hecho tiene repercusiones a nivel biológico, social, económico de las pacientes y su entorno, pero lo que genera mayor preocupación es la afectación a nivel de la salud fetal y neonatal si el tratamiento no se hace de manera óptima y oportuna.^(1,8,9)

Este comportamiento en ascenso que se mantiene a lo largo de los años en nuestro medio, siendo aún más significativo en los casos de embarazadas, se encuentra en relación temporal con la pandemia por SARS-CoV-2 lo que nos hace pensar que se deba a los efectos negativos de la pandemia a nivel poblacional.

La sífilis en las pacientes embarazadas lleva con frecuencia al desarrollo de eventos adversos. Entre un 50 y 80 % de los embarazos que no reciben tratamiento adecuado pueden culminar en aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer así como infección congénita.⁽⁶⁾

La transmisión durante el primer y segundo trimestre se asocia con mayor riesgo de eventos adversos comparado cuando ocurre en el tercer trimestre.⁽¹⁰⁾ El 60 % a 78 % de los niños con sífilis congénita temprana son asintomáticos al nacer y 2/3 tendrán síntomas luego del nacimiento.

En cuanto a la mortalidad de la sífilis congénita es de un 91,8 % de los casos antes de los 28 días. Por lo que es de suma importancia su diagnóstico de forma precoz.⁽⁶⁾

Una de las complicaciones graves vinculadas a la sífilis congénita es el hidrops fetal. Definimos hidrops como la presencia anor-

mal de líquido seroso en al menos dos compartimientos intravasculares que se manifiesta como edema subcutáneo, derrame pleural, derrame pericárdico y ascitis. Habitualmente se asocia a edema placentario y polihidramnios.^(11,12)

Se clasifica al hidrops fetal según su etiología en inmune y no inmune. La sífilis corresponde a una causa etiológica no inmune junto con otras infecciones congénitas. La sífilis congénita que cursa con hidrops fetal tiene una mortalidad cercana al 30%, aún así, hay una buena respuesta con el tratamiento de primera elección como desarrollaremos.⁽¹³⁾

Los mecanismos fisiopatológicos por los que se produce el hidrops incluyen: hepatitis por destrucción hepática directa siendo el principal órgano hematopoyético fetal, alto gasto cardíaco secundario a la anemia ya sea por este proceso de hemólisis o de aplasia medular, miocarditis, sepsis fetal con lesión endotelial secundaria a la hipoxia, lo que provoca un incremento del líquido intersticial y una pérdida de proteínas llevando al estado hidrópico.^(13,14)

Todos los órganos fetales pueden estar comprometidos dada la inflamación generalizada que causan las espiroquetas.⁽¹⁵⁾

El método más común para evaluar la infección fetal es la ecografía, donde se identifican los estigmas de la transmisión in útero. Pueden visualizarse después de las 20 semanas cuando el feto es inmunocompetente para generar la respuesta inflamatoria necesaria para producir anomalías e incluyen hepato-esplenomegalia, placentomegalia, polihidramnios, ascitis y alteraciones en la velocidad sistólica pico de la arteria cerebral media en el Doppler.⁽¹³⁾

En el último año registramos en un período de tres meses tres casos de hidrops fetal

secundarios a sífilis materna, lo que generó una alerta dado el aumento en la incidencia.

Se realizó tratamiento dirigido con la administración inicial de penicilina intravenosa, si bien no existe clara evidencia en cuanto a cuál es la mejor opción terapéutica en estos casos, dada la gravedad del cuadro fetal se consideró esta opción como la más segura y eficaz en base a la evidencia actual.

El objetivo de este trabajo es comunicar el tratamiento y la evolución en estos 3 casos clínicos que se presentaron en un corto periodo de tiempo en nuestro servicio y revisar la bibliografía existente al momento sobre el tema.

CASOS CLÍNICOS.

Caso clínico 1.

Paciente de 27 años, sana. Grupo sanguíneo ARh+ coombs indirecto negativo.

Cursando 31 semanas de edad gestacional consulta en puerta de emergencia por disminución de movimiento fetales.

Se realiza ecografía obstétrica que informa 31 semanas de edad gestacional, hidrops fetal con un peso fetal en percentil (P) 98, líquido amniótico normal, placenta con múltiples lagos placentarios, moderada ascitis, muy discreto edema subcutáneo a nivel de cráneo y tóraco abdominal.

VDRL al ingreso: 128 unidades.

Se inicia tratamiento con penicilina cristalina 4 millones de unidades internacionales intravenoso cada 4 horas. Se realiza tratamiento de la pareja de forma completa.

La ecografía de control intratratamiento informa P 92, placenta edematosa, sospecha de hepatoesplenomegalia, ascitis leve. A los 10 días de tratamiento la paciente solicita manejo ambulatorio por lo cual se completa tratamiento con penicilina benzatínica

intramuscular (se administran dos dosis de 2.400.000 UI intramusculares al alta hospitalaria y a la semana siguiente).

Se solicita VDRL de control al mes obteniéndose un valor de 32 unidades.

Ecografía de seguimiento a las 38 semanas informó peso fetal estimado 3.908 g percentil 99. Hepato esplenomegalia, intestino hiperecogénico, placenta engrosada y edematosa con lagos venosos.

Dado hallazgos ecográficos se decide interrupción de la gestación, se realiza cesárea por elección materna.

Se obtiene recién nacido (RN) de sexo femenino, término inmaduro, de 38 semanas, peso al nacer 3.400 g, vigoroso, Apgar 8/10.

Se destaca del examen físico al nacimiento: abdomen globuloso, se palpa hígado a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal y polo de bazo. Resto del examen sin alteraciones.

Ingresa a unidad de cuidados intermedios, para valoración y seguimiento evolutivo dado antecedentes perinatales. Presenta buena adaptación a la vida extrauterina.

Se realiza paraclínica de valoración de la que se destaca: VDRL del cordón y VDRL periférico: Reactivo 32 unidades. TPHA reactivo.

Ecografía de abdomen y aparato urinario normales.

A pesar de tratamiento materno realizado correctamente, con descenso de títulos acorde al mismo, dado paciente con elementos clínicos y paraclínicos con leves alteraciones, con VDRL periférico de 32 unidades, e imposibilidad de asegurar que no se trata de infección activa en este momento, se discute en conjunto con familia de paciente los riesgos y beneficios y se realiza tratamiento con penicilina cristalina i.v. por 10 días a RN.

Completado el tratamiento, se otorga alta hospitalaria a los 11 días de vida.

Al mes de vida, se realiza control en policlínica de infectología. VDRL de control: reactivo 8 unidades, con descenso de 2 títulos con respecto al nacimiento. Paciente clínicamente estable. Sin elementos clínicos nuevos a destacar. Con crecimiento y desarrollo acorde a la edad.



Imagen 1.1.

Se observa placenta edematosa, engrosada.

Caso clínico 2

Paciente de 28 años, sana. Grupo sanguíneo ORh+ coombs negativo.

Derivada desde servicio de ecografía por alteración en ecografía de la que se destaca gravidez de 22 semanas, estructuras fetales normales, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, leve lámina de ascitis en hemiabdomen derecho. No se evidencia anemia mediante doppler de la arteria cerebral media.

A destacar, la paciente presentaba diagnóstico de sífilis en primer trimestre por un

RPR 16 unidades para el cual no recibe tratamiento ni seguimiento posterior. Durante la internación se solicita RPR con resultado de 128 unidades. Considerándose la sífilis como causa etiológica del hidrops fetal diagnosticado.

Se inicia tratamiento con penicilina cristalina 4 millones intravenoso cada 4 horas por 10 días y 2 dosis de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica intramuscular. La pareja sexual recibe tratamiento completo.

En la evolución se solicita ecografía intratratamiento a las 27 semanas: crecimiento en percentil 70, con líquido amniótico normal. Delgada lámina de ascitis de 3 mm en hemiabdomen derecho, hepatoesplenomegalia moderada, intestino sin particularidades.

Nuevo VDRL de 32 unidades, descenso adecuado de títulos. Buena respuesta al tratamiento instaurado para la sífilis materna.

En el seguimiento ecográfico posterior continúa la regresión de las alteraciones descritas persistiendo únicamente hepatoesplenomegalia leve en la última ecografía realizada.

La paciente inicia trabajo de parto espontáneo a las 38 semanas de gestación.

Se obtiene RN de término maduro, 40 semanas, peso al nacer 3.430 g vigoroso, Apgar 9/10.

Del examen físico en recepción: leve hepatomegalia, bazo normal. Sin otros elementos clínicos a destacar.

Se destaca de la paraclínica: VDRL de cordón no reactivo, TPHA reactivo. Se solicita VDRL periférico con resultado reactivo 2 unidades.

Paciente con buena adaptación a la vida extrauterina. Con examen físico normal.

Con antecedente prenatal de madre con diagnóstico de sífilis durante el embarazo, con tratamiento realizado de forma comple-

ta, descenso de títulos, sin evidencia de reinfección y RN asintomático, en el que se considera bajo riesgo de infección. No se realiza tratamiento. Se otorga el alta médica a las 72 horas de vida con control posterior en policlínica de pediatría e infectología.



Imagen 1.2.

Hepatomegalia fetal.

Caso clínico 3

Paciente de 22 años, sana. Grupo sanguíneo ORh+ coombs indirecto negativo.

Paciente que presenta a las 30 semanas de edad gestacional hallazgos ecográficos compatibles con hidrops fetal, de la misma se destaca líquido de ascitis y edema escrotal bilateral, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico y líquido amniótico aumentado. Ingresa al servicio de maternidad para estudio de la causa etiológica y tratamiento. De los resultados se destaca VDRL de 64 UI, prueba treponémica positiva, por lo que se considera la infección por sífilis como causa del hidrops fetal.

Se inicia tratamiento con penicilina intravenosa a dosis de 4 millones de UI cada 4 horas. La pareja sexual recibe tratamiento de forma completa.

Ecografía intratratamiento a las 31 semanas con un crecimiento en percentil 92, per-

siste líquido de ascitis y edema escrotal pero de menor entidad que en el estudio anterior, se visualiza hepatoesplenomegalia e intestino hiperecogénico, polihidramnios leve, placenta engrosada. Doppler feto-útero-placentario normal.

Se completan 14 días de tratamiento intravenoso en base a penicilina.

Paciente inicia trabajo de parto espontáneo cursando 40 semanas de edad gestacional.

RN de sexo masculino, 39 semanas, peso al nacer de 3050 g, vigoroso, Apgar 8/9.

Del examen físico en recepción: hepatoesplenomegalia y esplenomegalia. Sin otro elemento clínico a destacar.

Dado madre sin descenso de títulos en VDRL a pesar del tratamiento correctamente instaurado y resolución de hidrops fetal; y visto que recién nacido presenta elemento clínico de hepatoesplenomegalia, sugerente de sífilis congénita sumado a el no descenso significativo de los títulos de VDRL en cordón y en sangre periférica 32 y 64 Unidades respectivamente. Se inicia tratamiento al neonato con penicilina cristalina i.v. 50.000 UI.

Ecografía abdominal hígado aumentado de tamaño, bazo aumentado de tamaño, sin otros elementos a destacar.

Paciente se mantiene clínicamente estable, cumple 10 días de tratamiento con penicilina i.v. Se otorga el alta médica a los 13 días de vida.

Se realiza control al mes de vida, sin elementos clínicos a destacar. Se realiza paraclínica de seguimiento: VDRL periférico de 4 unidades, descenso de 4 títulos con respecto al nacimiento.



Imagen 1.3.
Hepatoesplenomegalia fetal.

En cuanto a los tres casos presentados en esta revisión, dado la gestación mal controlada en cantidad y calidad; se realizó diagnóstico tardío de sífilis gestacional asociando hidrops fetal, al momento del diagnóstico se inicia de forma oportuna manejo antibiótico de elección (tabla 1), evidenciando adecuada respuesta al tratamiento instaurado. En cuanto a los estudios complementarios de control, se realizó seguimiento paraclínico e imagenológico. (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La sífilis congénita sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo, la morbimortalidad perinatal asociada a sífilis gestacional excede el de otras infecciones,⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ donde afrontar el diagnóstico no solo está en la familia, sino también en el sistema de salud por las secuelas a corto y largo plazo vinculadas a la infección, que van a generar costos apreciables en los servicios de salud. A pesar de las medidas de prevención, establecidas por la OMS y pautadas también en nuestro país, no se ha logrado la erradicación de la enfermedad y, por tanto, su transmisión perinatal.^(16,18)

Es multifactorial el motivo por el cual la incidencia de esta enfermedad persiste siendo

Tabla 1.

Casos clínicos

CASO	EG Dx Sifilis EG Dx Hidrops	Seguimiento Serologías	Seguimiento Ecográfico
CASO 1	31 Sem	<p>VDRL Dx 128 unidades</p> <p>Prueba treponémica +</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO DX 31 Sem PFE 1999 gr P98 LAN placenta con múltiples lagos placentarios, moderada ascitis, muy discreto edema subcutáneo a nivel del cráneo y toraco-abdominal / Doppler resistencias maternas aumentadas.</p> <p>ECO- control- intratamiento PFE 2992 gr P92, placenta edematosa, sospecha de hepatoesplenomegalia.</p> <p>ECO- control- postratamiento PFE 3908 gr P 99 impresiona visualizarse calcificaciones intracraneales a nivel de ambos hemisferios cerebrales y a nivel de fosa posterior, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, placenta engrosada y edematosa con lagos venosos</p>
CASO 2	22 Sem	<p>VDRL Dx 128 unidades</p> <p>RPR previo de 1 trim 16 unidades no se realizó diagnóstico ni seguimiento</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO ME Dx 22 Sem, se evidencia hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, leve lámina de ascitis en hemiabdomen derecho / Doppler normal</p> <p>ECO- control- intratamiento 27 Sem PFE 1008 gr P70, liquido amniótico normal, delgada lámina de ascitis de 3 mm en hemiabdomen derecho, hepatoesplenomegalia moderada, intestino sin particularidades</p> <p>ECO- control- postratamiento se evidencia regresión de las alteraciones previamente descritas, persistiendo únicamente hepatoesplenomegalia leve</p>
CASO 3	30 Sem	<p>VDRL Dx 64 unidades</p> <p>Prueba treponémica +</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO Dx 30 Sem, se evidencia líquido de ascitis y edema escrotal bilateral, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, y líquido amniótico aumentado</p> <p>ECO- control- intratamiento 31 Sem crecimiento P92, persiste con líquido de ascitis y edema escrotal, pero de menor entidad que en el estudio anterior, hepatoesplenomegalia e intestino hiperecogénico, polihidramnios leve, placenta engrosada / Doppler normal</p> <p>ECO- control- postratamiento 38 semanas, crecimiento Percentil 73, No se visualiza liquido de ascitis. Leve hidrocele bilateral, hepatomegalia, esplenomegalia</p>

Tabla 2.

Cambios en el seguimiento paraclínico y ecográfico de los casos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad materna	27 años	28 años	22 años
Edad gestacional al diagnóstico	31 semanas	22 semanas	30 semanas
Edad gestacional al diagnóstico de sífilis	31 semanas	22 semanas	30 semanas
Tratamiento instaurado	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 10, más 2 dosis de 2.5 millones UI de penicilina G benzatínica i.m.	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 10, más 3 dosis de 2.5 millones UI de penicilina G benzatínica i.m.	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 14 días + 3 dosis de 2.5 millones UI penicilina G benzatínica i.m.
Edad gestacional al nacer	38 semanas	38 semanas	39 semanas
Peso al nacer	3400 gr, parto vaginal	3430 gr, cesárea	3050 gr cesárea
Resultado perinatal	Sobrevida neonatal	Sobrevida neonatal	Sobrevida neonatal
Seguimiento neonatal	VDRL cordón y periférico reactivo 32 unidades TPHA reactivo Tratamiento con penicilina cristalina i.v. por 10 días a RN alta a los 11 días de vida Control al mes post-tratamiento VDRL reactivo 8 unidades	VDRL cordón no reactivo VDRL periférico reactivo 2 unidades TPHA reactivo Recién nacido asintomático. Se considera escenario 3. No se realiza tratamiento. No se realizan estudios complementarios.	VDRL cordón reactivo 32 unidades VDRL periférico reactivo 64 unidades TPHA reactivo Se consideró escenario 1 de LUES Tratamiento con penicilina cristalina IV por 10 días a RN. alta a los 13 días de vida Control al mes post-tratamiento VDRL periférico reactivo 4 unidades

un problema de salud pública, cobrando amplia relevancia el primer nivel de atención y la prevención primaria y secundaria. Es mandatorio concientizar a la población así como a todos los integrantes de los equipos de salud permitiendo el acceso al tratamiento de forma oportuna así como el seguimiento.

Es relevante el abordaje del equipo multidisciplinario, el cual no solo se encargue del diagnóstico y tratamiento oportuno si no también de desmitificar la enfermedad y empoderar tanto a mujeres como hombres a tratar esta enfermedad sin tabues.

El desconocimiento por parte del paciente sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus posibles repercusiones a nivel fetal constituye otro factor determinante. El profesional de salud, debe realizar promoción y prevención de ITS durante la gestación, además de solicitar paraclínica pertinente para el diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otra parte, es relevante destacar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos respecto al uso correcto de métodos anticonceptivos de barrera.

Destacamos la importancia en el tratamiento y captación de las parejas sexuales de la paciente de forma de evitar la reinfección y la transmisión de la infección a otras personas.

En los casos clínicos antes mencionados destacamos que en dos de ellos las parejas de las pacientes se encontraban privados de libertad, habiéndolo logrado en ambos el tratamiento.

En un informe realizado en cárceles de nuestro país la tasa de incidencia de sífilis activa ascendió al 0,9 %, de los cuales se estima que sólo un tercio está en tratamiento reconociendo aquí otro sitio en el cual podríamos abordar buscando mejorar el acceso a la educación, tamizaje y tratamiento en cárceles.⁽²²⁾

En nuestro país según datos de un trabajo de investigación que valoró obstáculos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis se informa que cada 10 casos de sífilis diagnosticado en mujeres embarazadas sólo en dos de ellos se identifica y trata a la pareja.⁽²¹⁾

Consideramos de gran importancia tener en cuenta estos aspectos con el fin de realizar un abordaje integral de la paciente buscando abordar su patología y el contexto social lo cual consideramos clave en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Tanto la OMS como las pautas de ministerio salud pública recomiendan el siguiente régimen de tratamiento para la sífilis congénita.^(16,18)

- Penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dosis, i.v. cada 12 horas, durante los primeros 7 días vida y cada 8 horas a partir de entonces por un total de 10 días.^(19,20)
- Penicilina procaína, 50.000 UI/kg dosis diaria i.m. por 10 días.

- Penicilina benzatínica 50.000 UI/kg unidad dosis i.m.

En una revisión de Cochrane, Walker GJA, Walker D, mencionan respecto al tratamiento de sífilis congénita diagnosticada en recién nacidos, que comparando el régimen penicilina benzatínica vs penicilina procaínica no se evidencian diferencias en términos de manifestaciones clínicas de sífilis congénita o cura serológica.⁽²⁰⁾

Es poca la información publicada sobre el manejo del feto con sífilis congénita e hidrops fetal, se ha descrito que se requiere tratamiento de la madre con penicilina cristalina.^(18,19,20)

La penicilina cristalina se distribuye en la mayoría de los tejidos y fluidos corporales, incluyendo pulmón, hígado, hueso, riñón, músculo, esputo, bilis, orina y líquido peritoneal, pleural y sinovial. Además, penetra en la cavidad peritoneal y meninges alcanzando niveles terapéuticos en el LCR.⁽²⁰⁾

El uso de penicilina cristalina tiene el beneficio de una mejor concentración en líquido cefalorraquídeo con buenos niveles terapéuticos en comparación con la penicilina benzatínica.⁽¹⁵⁾ Es por esto último que se recomienda si no se puede excluir el diagnóstico de neurosífilis.^(16,18)

Las pacientes embarazadas con diagnóstico de sífilis deben de recibir el régimen de tratamiento con penicilina correspondiente al escenario de infección que estén cursando en ese momento.⁽²³⁾

Destacamos la reversión de los elementos de hidrops fetal en los tres casos clínicos presentados, que consideramos se vincula al tratamiento instaurado precozmente con penicilina intravenosa a altas dosis. Esta opción terapéutica permite una inmediata y adecuada distribución del fármaco (incluyendo a nivel del SNC), con concentraciones

acordes de manera sostenida. Existe algún reporte previo de tratamiento del hidrops fetal con penicilina intravenosa con buena evolución⁽¹³⁾, pero no contamos con evidencia procedente de estudios dirigidos. Creemos importante considerar esta opción terapéutica en casos de afectación fetal grave dadas las implicancias pronósticas de la sepsis en el feto y neonato y la posibilidad de disminuir la morbimortalidad con la terapéutica planteada.

Los neonatos de los casos 1 y 3 recibieron tratamiento con penicilina a pesar de un correcto descenso de títulos de VDRL, ambos presentaban elementos clínicos y paraclínicos (leves alteraciones de la TGO y TGP hepática) asociados a sífilis congénita. Esta situación es frecuente en la práctica clínica ya que el hígado es un órgano frecuentemente afectado en la SC.⁽²³⁾ Estudios post mortem han demostrado la predilección del *Treponema* por el hígado.⁽²⁴⁾

La hepatomegalia ya sea debido a colestasis, hepatitis o por hematopoyesis extramedular es un fenómeno que demora meses en resolverse.⁽²³⁾

Esto puede hacer dudar al clínico si es un elemento de actividad o una lesión residual.

Por otro lado estas alteraciones se puede exacerbar con el inicio del tratamiento con penicilina, se ha especulado que la inflamación debida lisis del *Treponema* sería la causante.⁽²⁵⁾

CONCLUSIÓN

Destacamos el problema a nivel de Salud Mundial que representa la sífilis dado que a pesar de las medidas de prevención, pautadas en nuestro país, no se ha logrado la erradicación de la enfermedad y, por tanto, su transmisión perinatal y sus complicaciones.

Dentro de estas últimas el hidrops fetal, complicación grave, poco frecuente, estadio avanzado de la infección que puede culminar en óbito fetal o muerte del recién nacido.

Hoy en día no debería existir la sífilis congénita dado a que es una infección prevenible. En caso de infección perinatal sea el diagnóstico temprano o tardío se debe instaurar tratamiento de forma inmediata para prevenir la transmisión vertical. La sífilis congénita que cursa con hidrops fetal tiene una mortalidad cercana al 30 %, aun así, hay una buena respuesta con el tratamiento de primera elección que es la penicilina, disminuyendo la morbimortalidad perinatal.

Finalmente, con esta revisión buscamos presentar tres casos con características similares en su presentación clínica, en los que se realizó diagnóstico tardío de sífilis gestacional que al momento del diagnóstico ya se presentaba complicada con hidrops fetal, es importante resaltar el esquema de tratamiento propuesto de forma inmediata observado una adecuada evolución clínica; sin complicaciones perinatales.

El presente reporte nos lleva a considerar el tratamiento intrauterino inmediato con penicilina intravenosa a altas dosis como una opción terapéutica a tener en cuenta ante el diagnóstico de afectación fetal grave vinculado a sífilis durante el embarazo.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés respecto al tema al cual se está refiriendo en este artículo.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud pública. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Montevideo ; 2018.

2. Pillay S, Tooke LJ. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease. *S Afr Med J*. 2019 Aug 28;109(9):652–8.
3. Fich-Schilcrot F, Majluf-Cáceres P, Perales-Cartes J. Sífilis y gestación: actualización y revisión de la literatura Syphilis and gestation: update and review of the literature. Vol. 45, *Med Cutan Iber Lat Am*. 2017. Available from: www.medigraphic.com/medicinacutaneawww.medigraphic.org.mx
4. Moraes M, Estevan M. Actualización en sífilis congénita temprana.
5. Informe auditorías sobre sífilis congénita. 2018 Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Ministerio de Salud Pública.
6. Sequeira A, Canziani C, Amorín B, Venturino S, González E, Pérez C, et al. Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. Segunda mención.
7. Libia Cuevas D, Rosebel de Oliveira D. Sífilis congénita desafío nacional. Uruguay 2003.
8. Ministerio de Salud pública. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Montevideo ; 2018.
9. Leung KKY, Hon KL, Yeung A, Leung AKC, Man E. Congenital infections in Hong Kong: An overview of TORCH. Vol. 26, *Hong Kong Medical Journal*. Hong Kong Academy of Medicine Press; 2020. p. 127–38.
10. Duby J, Bitnun A, Shah V, Shannon P, Shinar S, Whyte H. Non-immune Hydrops Fetalis and Hepatic Dysfunction in a Preterm Infant With Congenital Syphilis. *Front Pediatr*. 2019 Dec 11;7.
11. Medicina Maternofetal P. Protocolo hidrops fetal no inmune. www.medicinafetalbarcelona.org
12. Fuchs F, Michaux K, Rousseau C, Ovetchkine P, Audibert F. Syphilis Infection: An Uncommon Etiology of Infectious Nonimmune Fetal Hydrops with Anemia. *Fetal Diagn Ther*. 2016 Jan 1;39(1):74–7.
13. Camacho-Montaño AM, Niño-Alba R, Páez-Castellanos E. Congenital syphilis with hydrops fetalis: report of four cases in a general referral hospital in Bogota, Colombia between 2016-2020. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(2):365–77.
14. Barron SD, Pass RF. Infectious Causes of Hydrops Fetalis. 1995.
15. Celik M. Congenital syphilis presenting with prenatal bowel hyperechogenicity and necrotizing enterocolitis. *SiSli Etfal Hastanesi Tip Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital*. 2018;
16. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019
17. Jorge Basso Sub Secretario Jorge Quian M, Raquel Rosa D, Ríos G. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. República oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 2018
18. Ministerio de salud pública del Uruguay. Guía para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Montevideo; 2015.
19. Kaplan SL, Weisman LE, Armsby C. Sífilis congénita: características clínicas y diagnóstico. 2022. Available from: <https://www.uptodate-com.ezproxy.udes.edu.co/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/print?search=hidropsfetalporsifilis&sou...1/58>
20. Walker GJA, Walker D, Franco DM, Grillo-Ardila CF. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis. Vol. 2019, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2019.
21. Ministerio de Salud Pública. Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay. 2010.
22. Organización Panamericana de la Salud. Salud y Enfermedad en Privación de Libertad. 2018.
23. Cooper SP. Congenital syphilitic hepatitis. *The pediatric infectious disease journal*. 1989
24. Levine Z, Sherer DM, Jacobs A, Rotenberg O. Non immune hydrops fetalis due to congenital syphilis associated with negative intrapartum maternal serology screening. Vol. 15, *American journal of perinatology*. 1998.
25. Long WA, Ulshen MH, Lawson EE. Clinical manifestations of congenital syphilitic hepatitis: implications for pathogenesis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. (1984)

