

Serología reactiva en la embarazada. A propósito de tres casos

Reactive serology in pregnant women. Apropos of three cases

MSc. Meilyn Fernández Martori,^I Dra. Yoandra Seara Govea,^{II} Dra. Yisel Piña Rodríguez,^{III} Dra. Marlen Cabrera Corrales,^{IV} Lic. Idania Pérez Peñalver^I

^I Policlínico Comunitario Colón Este Carlos J. Finlay. Matanzas, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Tamara Bunke. Matanzas, Cuba.

^{III} Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López Tabrane. Matanzas, Cuba.

^{IV} Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La sífilis gestacional se transmite de madre a hijo, por vía placentaria y por canal del parto. Es diagnosticada en el niño en el momento del nacimiento, esta transmisión hematogena del *treponema pallidum* de la gestante no tratada o tratada inadecuadamente a su recién nacido, se denomina sífilis congénita. Entre las estrategias del Ministerio de Salud Pública está prevenir la transmisión materna de la sífilis al feto, o al menos, tratarla en útero. Para lograr este propósito debe garantizarse la realización de serologías a la gestante y al esposo. Múltiples pueden ser las causas de una serología reactiva pero siempre se debe pensar en la sífilis. Se presentan tres casos de sífilis en gestantes y su seguimiento en área de salud.

Palabras clave: sífilis materna, sífilis congénita, serología reactiva, gestante.

ABSTRACT

Gestational syphilis is transmitted from mother to child via the placenta and the birth canal. It is diagnosed in the child at the moment of birth. This hematogenous transmission of the *treponema pallidum* from the non-treated or inadequately treated pregnant woman to her new born child is called congenital syphilis.

Preventing the maternal transmission of the syphilis to the fetus, or at least treating it in the uterus, is among the strategies of the Ministry of Public Health. To achieve this purpose serology should be carried out to the pregnant woman and her husband. The causes of a reactive serology might be different, but it is always necessary to think of syphilis. Three cases of syphilis in pregnant women are presented and also their follow-up in a health area.

Key words: maternal syphilis, congenital syphilis, reactive serology, pregnant woman.

INTRODUCCIÓN

Se estima que doce millones de personas se infectan en el mundo cada año por sífilis, entre ellas dos millones corresponden a embarazadas. La sífilis en la mujer en edad reproductiva o en estado de gestación puede ocasionar severas complicaciones. El embarazo genera una diseminación hematógena hacia el feto produciendo una reacción inflamatoria, cuando esto transcurre sin tratamiento el 25 % de las gestantes presentan abortos u óbitos fetales durante el segundo trimestre, un 11 % terminan en muerte fetal intrauterina hacia el final de la gestación, el 13 % en parto pretérmino o bajo peso al nacer, y, por último, hasta un 20 % de los recién nacidos tendrán manifestaciones clínicas de sífilis congénita.⁽¹⁻⁴⁾

La sífilis congénita es una enfermedad prevenible y su incidencia refleja la prevalencia de sífilis en la población general y la calidad de los programas de control prenatal.⁽¹⁾

Las estadísticas dadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que en el 2007 más de 164 000 niños nacieron con sífilis congénita en América Latina y el Caribe, resulta una cifra considerable al ser una patología prevenible y tratarse con un bajo costo. Ante esta situación se propuso impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la región. Cuba es el primer país en lograr su eliminación en el pasado año 2015.^(5,6)

Los primeros esfuerzos nacionales para el control de la sífilis materna y congénita datan de la década de los 70, con la implementación del primer Programa de Control de Sífilis y el sub-programa para el control de la sífilis congénita. La prevención de la sífilis congénita y el control de la sífilis materna se insertan en la Atención Primaria de Salud con controles prenatales a la gestante y serologías en todos los trimestres, en su ingreso para el parto, así como el estudio de sus parejas sexuales. La serología VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) es la prueba de laboratorio más usada en el país y a escala mundial. En la actualidad en Cuba la sífilis congénita se mantiene eliminada como problema de salud, con tasas de incidencia por debajo de las cifras establecidas por la estrategia regional de la OPS.⁽⁷⁻⁹⁾

En el municipio de Colón las estadísticas muestran tasas similares a la nacional. En el 2015 en el "Policlínico Carlos J. Finlay" se atendieron en inter-consulta seis

embarazadas con serología reactiva, de las cuales en tres se confirmó la sífilis materna. Con el objetivo de compartir las experiencias del seguimiento serológico de las gestantes con sífilis en el área se presentan tres casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Durante el 2015 hubo seis embarazadas con serología reactiva en el municipio de Colón. La tabla presenta el comportamiento serológico de las gestantes y de su producto.

Tabla . Estado serológico de las gestantes con serología reactiva y de sus bebés. Municipio Colón. 2015

No. casos	Edad	Dilución (dil) VDRL	TPHA madre	Conclusión	VDRL bebe	TPHA bebé
1	23	1:32	Reactivo	STAS	Reactivo	Negativo
2	17	1:16	Reactivo	STAL	Reactivo	Negativo
3	19	1:32	Reactivo	STAS	Reactivo	Reactivo
4	29	Débil	Negativo	FRSS	Reactivo	Negativo
5	42	1:8	Negativo	FRSS	Reactivo	Negativo
6	38	1:2	Negativo	FRSS	Reactivo	Negativo

STAS: Sífilis Temprana Adquirida Sintomática. STAL: Sífilis Temprana Adquirida Latente.

FRSS: Falsa Reacción Serológica Sífilis.

Caso No. 1

Se presenta el caso clínico de una gestante 12 sem de embarazo, 23 años de edad, ama de casa de procedencia rural, con antecedentes de trastornos de tiroides. Fue enviada del Consultorio Médico de Familia (CMF) a la consulta de ITS por presentar en los complementarios de la captación una serología VDRL (dil1/32). Al interrogatorio refiere que su esposo, 6 meses atrás, tuvo una lesión en el pene durante dos meses y que ahora tiene lesiones en los pies. Ella niega lesión genital.

Examen físico

Se observan máculas eritematosas de 0.5 a 0.8 cm, lenticulares, rodeadas de una escama alrededor como un collar fino, en número de 4, localizadas en palmas y plantas. Además, presenta máculas hipocrómicas aproximadamente de 1cm, bordes mal definidos de superficie lisa, localizadas en ambos brazos. TPHA Reactivo

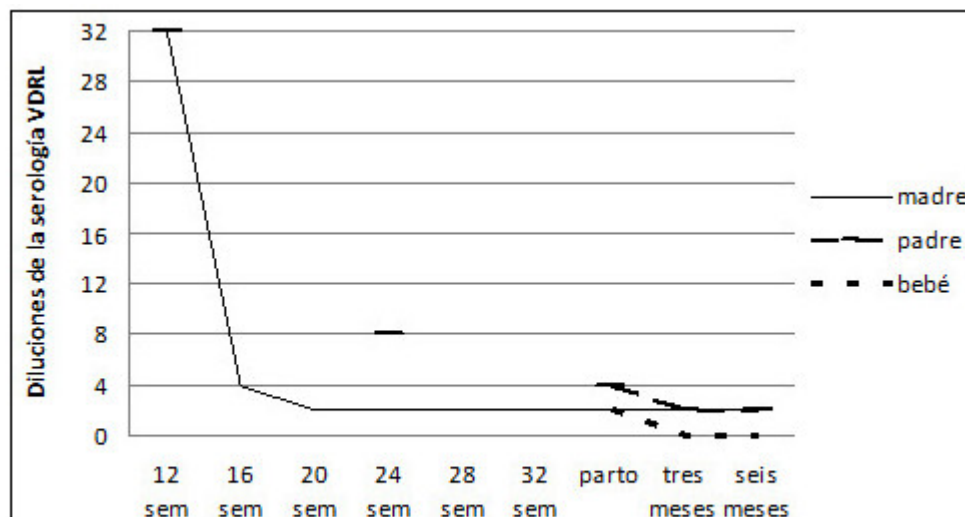
Control de foco

Esposo: VDRL dil1:32

Diagnóstico: sífilis temprana adquirida sintomática (STASsc).

Tratamiento

Penicilina benzatínica bb 1.2 millones. Dosis total: 4.8 millones U/I (2 400 000 U/I y dosis de refuerzo a los 7 días)
 El esposo se trata como nuevo caso al mismo tiempo que la gestante.
 Tetraciclina tab 250 mg 2 tab c/6h por 15 días por alergia a penicilina. En la gráfico 1 se muestra el seguimiento serológico.



Gráf. 1. Curva serológica de la gestante 1, el esposo y del bebé.

Conclusión del bebé: transferencia pasiva.

Caso No. 2

Se trata de una gestante de 16 años de edad, ama de casa, de procedencia rural con antecedentes de salud, tiempo gestacional de 12 sem. Es traída por la enfermera encuestadora por serología reactiva a la captación (dil1:16). Al interrogatorio niega síntomas y signos relacionados con la sífilis.

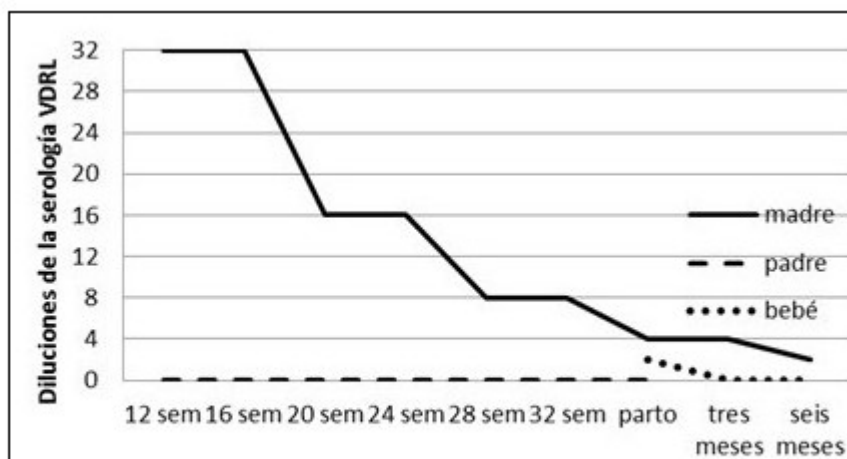
Examen físico
 Negativo

Control de foco
 Antiguo esposo: VDRL dil 1/8
 Esposo actual: VDRL no reactiva
 Diagnóstico: sífilis temprana adquirida latente (STAL).

Tratamiento

Penicilina benzatínica: Dosis igual al caso No.1. Tratamiento a los contactos: 2.4 millones U/I esposo, antiguo esposo se le da seguimiento como caso según protocolo.

En el gráfico 2 se muestra como se manifestó la curva serológica de los pacientes presentes en este caso (gestante, esposo y bebé).



Gráf. 2. Curva serológica de la gestante 2, el padre y el bebé.

Conclusión del bebé: transferencia pasiva.

Caso No. 3

Se presenta el caso clínico de una gestante de 31 sem de embarazo, 19 años de edad, estudiante, procedencia rural y soltera. Con antecedentes de salud, pero ingresada por placenta previa. Es presentada por la enfermera encuestadora por la serología reactiva en el 3er trimestre (dil1:32). Niega síntomas y signos relacionados con la sífilis.

Examen físico

Se observan 2-3 máculas eritematosas en área hipotenar de ambas manos.

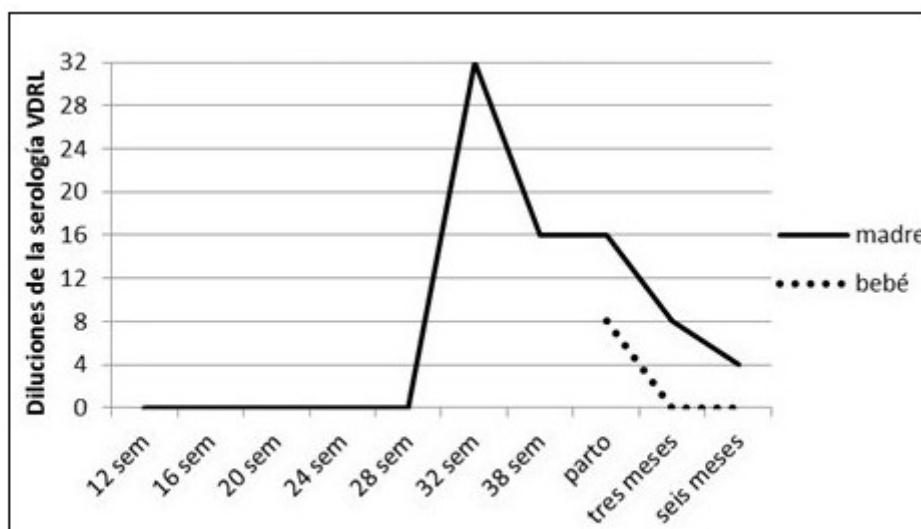
Control de foco: asociado (contacto del padre del bebé) dil1:16 (Protocolo) padre del bebé se traslada del área. Serología no reactiva.

Diagnóstico: sífilis temprana adquirida sintomática (STASsc)

Tratamiento

Penicilina benzatínica con dosis similares a los casos anteriores.

En el gráfico 3 se muestra como se manifestó la curva serológica de la gestante y su bebé



Gráf. 3. Curva serológica de la gestante 3, su bebé.

TPHA madre y el bebé reactivo

Conclusión del bebé: ¿transferencia pasiva o sífilis intrauterina tratada?

DISCUSIÓN

La sífilis congénita es la transmisión de la sífilis de la madre al feto, por medio de dos vías, la transmisión vertical hematogéno-transplacentaria o por la contaminación del feto en el momento del parto al pasar por el canal vaginal. Las afecciones fetales dependen de la etapa en la que se encuentre la sífilis y de la edad gestacional en que la madre adquiera la infección. La enfermedad se transmite en la fase primaria hasta en un 70 % de los casos, en la secundaria del 90 al 100 %; en la latente temprana un 30 % y en la latente tardía alrededor del 20 %.^(2,5)

Ante la sintomatología en el primer y tercer caso, y la serología reactiva en las tres gestantes con diluciones de 16 y 32, así como la presencia de la epidemiología en todas, no hubo duda del diagnóstico de sífilis gestacional en las tres embarazadas y de no ser tratadas el riesgo de una sífilis congénita era real. Si se cumple con los programas de control para la sífilis en las gestantes, no debe ocurrir este fenómeno, pero se pueden presentar situaciones difíciles que todo galeno debe saber enfrentar.

La gestantes uno y tres se notificaron como sífilis temprana adquirida sintomática en etapa de secundarismo (STAS sc) y la dos como sífilis temprana adquirida atente. (STAL), la mayor posibilidad de infestarse el bebé está en las notificadas como sintomáticas en el secundarismo, ya que entre un 90-100 % puede ocurrir. Sin embargo entre la gestante uno y la tres, esta última tenía mayor peligro pues la infección sucedió en el tercer trimestre.

Muchos factores determinan la probabilidad de transmisión fetal, principalmente el estadio de la sífilis materna y la duración de exposición intrauterino a la infección. En el pasado se asumió que el treponema no cruzaba la barrera placentaria hasta después de las 20 sem de gestación. Algunas investigaciones muestran que la capa de las células de Langhans en el citotrofoblasto forma una efectiva barrera

placentaria, evitando el paso de la infección al feto en estados tempranos de gestación. Esta teoría ha tenido que reevaluarse una vez que se descubrió pues la citada capa persiste a través de todo el embarazo y se han encontrado hallazgos de espiroquetas en tejidos de embriones producto de abortos espontáneos de 9 a 10 semanas de gestación. Esta evidencia demuestra la habilidad de la espiroqueta para atravesar la placenta en el embarazo temprano.⁽²⁾

Berrón RA y cols, en una publicación expone que el tratamiento en la mujer embarazada antes de las 20 semanas de gestación, previene esta enfermedad en el feto, no así cuando es tratada después de este período.⁽¹⁰⁾

En los casos presentados, los dos primeros fueron tratados ante de las 20 semanas, el primero en etapa de Secundarismo donde la probabilidad de pasar el treponema es mayor que en el segundo que se notificó en etapa de latencia, aunque en ambos la posibilidad de una Sífilis congénita era más remota. Sin embargo el tercer caso, que se presentó en el tercer trimestre y en la etapa de mayor espiroquetemia, el secundarismo, la emergencia de una sífilis neonatal fue más real, de hecho el TPHA del bebe resultó ser reactivo, lo que hizo suponer que el treponema se puso en contacto con el bebé, lo que se pudo pensar en una sífilis intraútero que fue tratada y de no haber sido asistida se estuviera en presencia de una Sífilis congénita.

La penicilina benzatínica es el fármaco más efectivo en todos los estadios de la sífilis. Las tres gestantes fueron tratadas con éste fármaco, aunque en el control de foco del primer caso un contacto que a la vez se convirtió en paciente refirió ser alérgico a la penicilina, y fue tratado con Tetraciclina lo constituyó un punto álgido durante el seguimiento de la gestante por ser un tratamiento alternativo y no de elección. En caso que las embarazadas refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el Dermatólogo y el Obstetra para definir la conducta a seguir. En Cuba se utiliza Ceftriaxone dosis total 10 gramos. Dosis diaria 1 gramo IM diario durante 10 días o Eritromicina dosis total 30 gramos. Dosis diaria 2 gramos repartidos en dosis de 500 mg oral cada 6 horas durante 15 días.⁽⁷⁾ Sin embargo en otros países están contraindicados los macrólidos y recomiendan el uso de la penicilina benzatínica, previa desensibilización con penicilina V potásica vía oral.⁽⁵⁾

Tras finalizar el tratamiento, la mujer embarazada debe ser controlada con VDRL todos los meses durante el resto del embarazo. Al producirse el parto se controlará a ambos y cuando estas resulten dudosas se debe proceder a las pruebas treponémicas específicas.⁽⁷⁾ Este seguimiento garantiza evaluar la efectividad de tratamiento a partir de la disminución de dos diluciones con respecto a la serología inicial.

En las dos primeras gestantes se evidenciaron excelentes respuestas al tratamiento y sus diluciones descendieron en más de dos, desde su serología inicial hasta el momento del parto, aunque hubo un tiempo mayor con respecto al tercer caso en el que la serología del diagnóstico bajo sólo a una dilución menor; lo que puede ser favorecido en la positividad del TPHA en el bebé al nacer, o sea indicios de sífilis intraútero.

El diagnóstico de la sífilis congénita es difícil de confirmar y aún no hay disponible un método rápido, sensible y específico, que permita confirmar el diagnóstico en los niños que nacen asintomáticos.⁽¹⁰⁾

Entre las pruebas serológicas empleadas en el diagnóstico de sífilis están las pruebas no treponémicas como VDRL y RPR y las pruebas que afirman la presencia de la treponema: como FTA-ABS y TPHA las que detectan las inmunoglobulinas IgG e IgM.

En la actualidad se desarrollan otras técnicas de avanzada como son los sistemas ELISA IgM, las PCR y la prueba de aglutinación con partículas de látex.⁽¹¹⁾

Durante el embarazo, en especial en el último trimestre, se da el paso de la IgG por la placenta, por lo que la serología positiva en un recién nacido(RN) no permite diferenciar el traspaso pasivo de los anticuerpos maternos y la infección del RN por sífilis.⁽¹⁰⁾ Aunque cuando la serología es igual o duplica la dilución de la madre, es sugestiva de una sífilis congénita diagnosticada por una prueba no treponémicas, cuando esto no sucede así y la serología del bebe es menor se deben utilizar otras pruebas confirmatorias.⁽²⁾

Ninguna prueba por sí sola es suficiente para establecer un diagnóstico. Actualmente se realizan tres o más ensayos simultáneos para el diagnóstico serológico de la sífilis. Una prueba de VDRL-plus de recién uso logra reducir el tiempo de ejecución y ahorro de recurso.⁽⁸⁾ De las pruebas confirmatorias aunque muy costosas se cuenta con el TPHA y Elisa IgM para definir una sífilis congénita. La TPHA se positiviza a las tres o cuatro semanas de la infección, es altamente específico y muy reproducible; su principio es la detección de anticuerpos específicos frente al treponema en el suero o en líquido cefalorraquídeo. Tiene la ventaja que puede ser utilizado para el diagnóstico de infecciones sifilíticas en todos los estadios posibles.^(9,11)

En el bebé nacido de la gestante del tercer caso fue tratado al nacer según el protocolo, pero queda la duda de estar frente a una transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al bebé o de una sífilis intraútero tratada, pues la presencia del TPHA reactivo en el bebé, tiende a confundir. Se está claro que no se trató de una sífilis congénita pues los valores de VDRL fueron siempre diluciones inferiores al de la madre. Es importante que el equipo de ITS valore cada gestante en todo su seguimiento hasta el parto, utilizando las pruebas que necesite para ello; luego al parto reevaluar el caso y debe seguir al RN al mes, a los tres meses, y concluir el caso a los seis meses a través de serologías VDRL.

En las consultas de ITS el embarazo constituye una causa frecuente de falsa reacción serológica para la sífilis, sin embargo la incidencia de esta enfermedad durante la gestación o en la mujer en edad fértil, muestra un crecimiento lineal en los últimos años. La sífilis materna sin un tratamiento apropiado es el factor de riesgo más importante para la sífilis congénita.

El seguimiento serológico después del tratamiento y hasta el final de la gestación permite al galeno evaluar la efectividad del mismo y la posible reinfección. Cuando se compara con la serología del feto al nacer, brinda posibilidades diagnósticas que en ocasiones son difíciles de precisar por su comportamiento tan ambiguo.

En este artículo se presentaron tres gestantes en situaciones diferentes, pero con el factor común de una serología reactiva dada por sífilis y todas evolucionaron con una transferencia pasiva. La experiencia del dermatólogo del área de salud ante esta situación y su divulgación, se debe tener en cuenta para mantener el logro de la sífilis congénita eliminada en el país como problema de salud, alcanzado en el 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gallego LI. Reconociendo el problema de la Sífilis en las Gestantes. Colombia [Internet]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2010 [citado 15 May 2016]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio.../sifilis-gestacional.pdf>
- 2- Forero N, Peña MJ. Enfoque global de la sífilis congénita. Ver Médicas UIS [Internet]. 2011 [citado 15 May 2016]; 24(2):189-202. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3968726.pdf>
- 3- Cifuentes MY, Ojeda CV. Sífilis Congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. Rev salud pública (Bogotá). 2013;15(3):434-45. Citado en PubMed; PMID: 25124001.
- 4- Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 15 May 2016]; 31(2). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 5- Equipo de Infecciones de Transmisión sexual. Grupo Trasmisible. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Gestacional y Sífilis congénita [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2015 [citado 15 May 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de.../PRO%20Sifilis%20Gestacional%20y%20Congenita.pdf>
- 6- How Cuba eliminated mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Maternal and Child Health. BMJ. 2016; 352. Citado en PubMed; PMID: 27000051.
- 7- MINSAP. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA 2014-2018. La Habana: MINSAP; 2013.
- 8- Rodríguez I, Torres C, Echevarría E, et al. Nueva propuesta metodológica para la pesquisa serológica de sífilis con VDRL-Plus. Rev Cub Med Tropical [Internet]. 2014 [citado 15 May 2016]; 66(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 9- Rodríguez González I, Torres Rodríguez C, Echevarría Pérez E, et al. Hemaglutinación de *Treponema pallidum* para la confirmación de sífilis en Cuba. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2013 [citado 15 May 2016]; 65(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602013000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 10- Berrón Ruíz A, Galicia Flores L, Monzoy Ventre MA. Un caso de sífilis congénita. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2009 [citado 15 May 2016]; 76(6):261-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp096e.pdf>
- 11-Castro Isaac M, Cruz Arencibia J, Pérez Llerena C. Evaluación de las características funcionales del juego de reactivos VDRL Plus. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2013 [citado 15 May 2016]; 65(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602013000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 30 de agosto de 2016.
Aceptado: 1 de noviembre de 2016.

Meilyn Fernández Martori. Policlínico Comunitario Colón Este "Carlos J. Finlay".
Maceo No. 195 e/ M. Abreu y C. García. Colón Matanzas, Cuba. Correo electrónico:
fmeilyn.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Martori M, Seara Govea Y, Piña Rodríguez Y, Cabrera Corrales M, Pérez Peñalver I. Serología reactiva en la embarazada. A propósito de tres casos. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2017 May-Jun [citado: fecha de acceso]; 39(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2020/3463>