



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE SÍFILIS  
CONGÉNITA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.  
REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**  
**LA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**  
PRESENTA  
**NUBIA GISELA SOTO MUÑOZ**

TUTORES  
**Dra. MARIA DEL MAR SÁEZ DE OCARIZ**  
**M.C. IGNACIO MORA MAGAÑA**



MÉXICO

MMIX



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

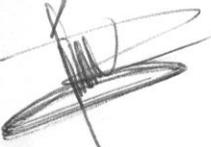
MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.  
REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA



Dr. Guillermo Solomón Santibáñez.  
Profesor titular del curso.



Dr. Jose N. Reynes Manzur.  
Director de enseñanza.



Dra. Mirella Vázquez Rivera  
Jefe del departamento de enseñanza de pre y posgrado.



Dra. Mal del Mar Sáez de Ocariz.  
Adscrita a dermatología pediátrica  
Tutora del trabajo de tesis.



Dr. Ignacio Mora Magaña.  
Jefe del departamento de metodología de la investigación.  
Cotutor del trabajo de tesis.

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios***

Por todas las bendiciones que me ha dado

La oportunidad de tener salud, una linda familia y un esposo adorable.

### ***A mis PADRES Maria Isabel y Luciano***

Por su ejemplo, su fe en mi y su apoyo.

Han sido mi mayor motivación y mi más grande orgullo.

### ***A mi esposo Alan***

Gracias por estar conmigo en los buenos y en los malos momentos, por todo tu apoyo incondicional, por tu amor; no me alcanzan las palabras para expresarte todo mi amor mi agradecimiento y mi lealtad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esto fue posible primero que nadie con la ayuda de **DIOS**, gracias por otorgarme la sabiduría y la salud para lograrlo.

A mis **HERMANOS Lizeth, Mayra y Jesús Antonio** por su gran apoyo.

Al INP por brindarme la posibilidad de formarme como pediatra.

**Dra. Maria del Mar Sáez** por su generosidad, paciencia y valiosos comentarios respecto a este trabajo.

**Dr. Ignacio Mora** por su valiosa cooperación para la realización de este trabajo.

A mis tutores de tesis agradeciendo sinceramente por su confianza y todo su apoyo, consejos y ayuda, así como sus críticas y sugerencias y que han sido todo este tiempo nutriente que me han permitido la realización de este trabajo.

Agradecer es poco por todo lo obtenido y todo lo ganado en estos tres años.

## **INDICE**

Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice	6
Resumen	7
Antecedentes	8
Justificación	13
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Material métodos	15
Tipo y diseño del estudio	15
Material	15
Población	15
Criterios de selección	15
Tamaño de la muestra	15
Método	15
Análisis estadístico	15
Resultados	17
Discusión	19
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Cuadros	25
Gráficas	26
Anexos	27

## RESUMEN

**Antecedentes:** La sífilis congénita se adquiere por vía transplacentaria principalmente; ésta es una infección seria con efectos muchas veces devastadores en el producto. Incluye 3 etapas: sífilis congénita temprana; sífilis congénita tardía y estigmas. Las manifestaciones dermatológicas se observan entre el 45 y 80% de los pacientes que consisten en descamación localizada o generalizada, ragadías o condilomas.

**Objetivos:** Determinar las principales manifestaciones dermatológicas de sífilis congénita en pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo del 01 de Enero de 1998 al 31 de diciembre del 2008.

**Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, en el que se incluirán pacientes con diagnóstico de sífilis congénita demostrado por serología, y se evaluarán las manifestaciones cutáneas de la enfermedad.

**Análisis Estadístico:** En virtud de que se trata de un estudio descriptivo, se realizó únicamente estadística univariada: en el caso de variables cuantitativas: media, mediana, y desviación estándar. Los resultados se ilustraron con gráficas de histograma y barras.

**Resultados:** Se revisaron 29 expedientes, de los cuales solamente 16 expedientes se incluyeron en el estudio, ya que reunieron los criterios de inclusión. La manifestación dermatológica más frecuente fue descamación palmoplantar, seguido por lesiones ampollosas.

**Conclusiones:** La sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país, es importante incrementar esfuerzos para prevenir esta enfermedad, y sus efectos devastadores en los productos afectados. Las manifestaciones dermatológicas se presentan del 50-80% de los pacientes, siendo éstas de gran utilidad para realizar un diagnóstico temprano, las manifestaciones más frecuentes son la descamación palmoplantar y las lesiones ampollosas.

## ANTECEDENTES

### Generalidades y Epidemiología

La sífilis congénita fue descrita en 1497 y es la infección congénita más antiguamente reconocida.<sup>i,ii</sup>

En 1906, se demostró que la vía de transmisión es vertical.<sup>2</sup> La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Treponema pallidum*, que se adquiere habitualmente por contacto sexual.<sup>1,iii</sup>

La sífilis congénita se presenta cuando una mujer embarazada sifilítica infecta al feto por vía transplacentaria principalmente, pero también ocurre durante el parto al estar en contacto con secreciones maternas.<sup>iv</sup> La sífilis congénita no se transmite a través de la leche materna, sólo en caso de existir una lesión a nivel del pezón.<sup>v</sup>

Esta es una infección seria con efectos muchas veces devastadores en diferentes estadios del crecimiento, del desarrollo y de la organogénesis del feto que muchas veces finalizan en la muerte. Fimura<sup>6</sup> notó que de los recién nacidos hijos de madres con sífilis primaria ó secundaria, aproximadamente el 50% habían sido prematuros o murieron en el periodo neonatal, mientras el otro 50% desarrollaron sífilis congénita. La sífilis congénita puede ocasionar retardo del crecimiento intrauterino, prematurez, productos pequeños para la edad gestacional, hidrops fetal y muerte.<sup>vi</sup> Los niños que tienen sífilis marasmáticas particularmente tienen muy mal pronóstico.<sup>vii,viii</sup>

Con la introducción de la penicilina después de la Segunda Guerra Mundial, el número de casos de sífilis primaria y secundaria disminuyó de forma considerable y, por ende, los informes de sífilis congénita. No obstante, el Center

for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia, informa que desde 1985 se registró un incremento significativo de la incidencia de sífilis congénita.<sup>ix,x,xi</sup>

En 1988, se detectaron en Estados Unidos 801 casos de sífilis congénita;<sup>xii</sup> en el año 2000 se publicaron 529;<sup>xiii</sup> en el 2002, el CDC informó 451 casos, de los cuales el 73.8% ocurrió en hijos de madres que no recibieron tratamiento durante el embarazo o éste fue inadecuado; muchos de estos casos son productos de madres que no tuvieron un control prenatal adecuado.<sup>xiv</sup> En México, durante 1998 y 2000 la Secretaría de Salud registró 1732 y 1824 casos anuales de sífilis adquirida; estas cifras parecerían indicar que es un padecimiento poco frecuente, aun cuando hay registros del Instituto Nacional de Salud Pública respecto a CONASIDA que dio a conocer una prevalencia de anticuerpos séricos contra *T. pallidum* de 15.1% en 1372 varones que solicitaron diagnóstico de VIH en 1992.<sup>xv</sup> En el Instituto Nacional de Pediatría de la ciudad de México, González Saldaña, Coria Lorenzo y Chacón Sánchez en una revisión de 20 años encontraron 100 casos.<sup>xvi, xvii</sup>

## **Manifestaciones Clínicas**

La sífilis congénita incluye 3 etapas: sífilis congénita temprana, si se presenta desde el nacimiento hasta los dos años de edad; sífilis congénita tardía, si aparece después de los dos años de edad; y estigmas. Los estigmas incluyen cicatrices y deformidades que son consecuencia de la sífilis congénita temprana o tardía.<sup>8</sup>

Los signos de sífilis congénita pueden iniciar desde el nacimiento hasta el primer mes de edad, en 71 a 85% de los casos; de los 2 a 3 meses de edad, en 28 a 32% de los casos; y de los 4 a los 12 meses de edad en 12.3% de los casos.<sup>1</sup>

## Sífilis Congénita Temprana

La manifestación más temprana de sífilis congénita es la rinorrea hialina o la rinitis persistente, altamente infecciosa y que se presenta en un 4 a 22% de los pacientes;<sup>3</sup> ocurre una o dos semanas previas al inicio del exantema. Si no se hace el diagnóstico y se administra tratamiento, puede convertirse en rinorrea serosanguinolenta de dos a tres semanas después.<sup>2</sup>

Las manifestaciones dermatológicas se observan entre el 45 y 80% de los pacientes. Éstas consisten en descamación localizada o generalizada, ragadías o condilomas.<sup>1, 2</sup>

La típica erupción es maculopapular, oval, y eritematosa, que al desvanecer resuelve con hiperpigmentación residual.<sup>xviii</sup> También puede aparecer una erupción papuloescamosa.<sup>xix</sup> Las lesiones son más comunes en glúteos, muslos, palmas y plantas y también afectan el área perioral. La erupción que ocurre más frecuentemente en el periodo neonatal se caracteriza por una erupción vesiculo-ampollosa diseminada que también afecta palmas y plantas.<sup>3,11</sup> Las lesiones vesiculo-ampollosas miden de 0.5 a 5cm de diámetro, y se asientan sobre una base eritematosa<sup>11</sup>. Las vesículas y/o ampollas contienen abundantes treponemas y son altamente contagiosas. Comúnmente se conoce como péufigo sifilítico a la presencia de vesículas, con signos clínicos de enfermedad severa.<sup>5</sup> La erupción es seguida de descamación, de 1 a 3 semanas después del tratamiento.<sup>3</sup> La descamación palmoplantar puede ser precedida por edema subcutáneo con eritema subyacente.<sup>1, xx</sup> Cuando desaparece puede dejar cicatrices. Las pústulas pueden aparecer en los dedos de pies y manos, así como también en los ángulos de la boca.<sup>3</sup>

Las fisuras o ragadías frecuentemente se presentan alrededor de los labios, nariz y la región perianal. Sangran fácilmente y al sanar dejan cicatriz.<sup>3</sup> Los condilomas planos (condiloma lata) son lesiones mucocutáneas recurrentes

presentes principalmente en la región perianal y áreas intertriginosas, y son marcadores de sífilis congénita no tratada. Se presentan principalmente al final del primer año de vida. El condiloma plano puede ser considerado como una manifestación intermedia de sífilis congénita.<sup>xxi</sup>

El eritema multiforme-like es una manifestación muy rara de sífilis congénita. Es una reacción de hipersensibilidad mucocutánea aguda, autolimitada, caracterizada por lesiones en blanco de tiro (pápulas eritematosas circunscritas o placas con cambios necróticos) y patológicamente se observan queratinocitos necróticos en la epidermis y en la interfase de la dermis. Esto sugiere que una reacción mediada por células o por complejos inmunes puede estar vinculada en la patogenia del eritema multiforme-like.<sup>11</sup>

En casos de anemia severa, los nódulos de “blueberry muffin” (pastelillo de arándano) corresponden a islas de hematopoyesis extramedular. Si hay trombocitopenia severa se pueden presentar púrpura y petequias.<sup>8</sup>

Reddy y cols.<sup>10</sup> describieron un caso de alopecia en un paciente con sífilis congénita. La funisitis necrosante es una infección profunda del cordón umbilical que ocurre en neonatos prematuros y se asocia con alta incidencia de muerte intrauterina o perinatal.<sup>4</sup>

Otras de las manifestaciones son anomalías óseas, caracterizadas por periostitis, osteocondritis y el signo de Wimberger, el cual se caracteriza por pseudoparálisis de las extremidades. Otras manifestaciones incluyen coriorretinitis, lesiones viscerales causando neumonía alba, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia, trombocitopenia y síndrome nefrótico, también se han descrito meningitis y meningoencefalitis.<sup>1,xxii</sup>

## **Sífilis Congénita Tardía**

Las manifestaciones se presentan después de los 2 años de edad, apareciendo con mayor frecuencia entre los 5 y los 16 años de edad.<sup>20</sup>

La queratitis intersticial es la lesión más común y grave de la sífilis congénita tardía. Es rara antes de los 6 años de edad, generalmente se afectan ambos ojos. Puede coexistir con iridociclitis y coriorretinitis. La erupción en piel y membranas mucosas son esencialmente aquellas descritas en sífilis adquirida tardía, por ejemplo, sifilídes nodulares, gomas y periostitis.<sup>1, 20</sup>

Las alteraciones músculo-esqueléticas incluyen las articulaciones de Clutton (sinovitis indolora de las rodillas, que resuelve espontáneamente) y la periostitis de huesos largos, en particular de la tibia.<sup>20</sup>

Otros hallazgos incluyen hidrocefalia, neurosífilis y retraso mental.<sup>1,20</sup>

## **Estigmas**

Los estigmas son lesiones permanentes como consecuencia de sífilis congénita temprana o tardía.<sup>20</sup>

Los dientes de Hutchinson, son uno de los estigmas más comunes y mejor caracterizados de la sífilis. Se caracterizan por la deformidad de los incisivos centrales superiores, con forma cónica o de barril.<sup>8,20</sup>

La triada de Hutchinson, constituida por queratitis intersticial, dientes de Hutchinson y sordera del 8vo par, es otro de los estigmas.<sup>8,20</sup>

Otros estigmas son las ragadías persistentes, la nariz en silla de montar, el fondo de ojo con aspecto en sal y pimienta y la atrofia del nervio óptico.<sup>8, xxiii</sup>

- 
- i K Karthikeyan, Early Congenital syphilis in the New Milenium. *Pediatric Dermatology*. Vol 19 No. 3 May/June 2002: 275-278
- ii Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, *Dermatology*. 2nd. Mosby, 2008:1239-1250
- iii Peihomg J, Zhiyong L, Early Congenital Syphilis. *International Journal of Dermatology*.Vol 40 (3), March 2001: 198-202
- iv Chakraborty R, Luck S, Syphilis is on the increse: the implications for child health. *Arch Dis Child*. Vol 93 No. 2 February 2008: 105-109
- v Wolff k, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick´s *Dermatology in General Medicine*. 7th Ed. Mc Graw Hill, 2008:2551-2580
- vi Chakraborty R, Luck S, Syphilis is on the increse: the implications for child health. *Arch Dis Child*. Vol 93 No. 2 February 2008: 105-109
- vii Schachner H, *Congenital Syphilis*. *Pediatric Dermatology*. 3th Ed. Mosby, 2003:1185-1196
- viii Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005 Oct; 16 (4): 245-57
- ix CDC Current trends in Congenital Syphilis, New York: 1986-1988, *MMWR* December 8, 1989;38(48):825
- x Simas I, Brouted N. Congenital syphilis re-emerging. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Apr; 6 (4): 269-72
- xi Chakraborty R, Luck S. Managing congenital shyphilis again? The more things change. *Curr Opin Infect Dis*. 2007 Jun; 20 (3): 247-52
- xii CDC. Congenital Syphilis, United States, 1998. *MMWR*, September 03, 1999; 48(34)757
- xiii CDC. Congenital Syphilis, United States, 2000. *MMWR*, Juny 13, 2001; 50(27):573-577
- xiv CDC. Congenital Syphilis, United States, 2002. *MMWR*, August 13, 2004; 53(31):716-719
- xv Carrada BT. Sífilis: Actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46(6):236-241
- xvi Chacón SJC, Coria LJJ, Guerrero de la CG, Chacón CE. Sífilis Congénita: 20 años de experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), Resumen del Congreso Conmemorativo del XXV Aniversario de Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Ped Mex* 1995; 16(6):247

---

<sup>xvii</sup> Hernández M, Hernández B. Maternal and congenital syphilis in two Mexican hospitals: evaluation of rapid diagnostic test. *Rev Invest Clin.* 2006 Mar-Apr; 58 (2): 119-25

<sup>xviii</sup> ChaO-Chang W, Early congenital syphilis and erythema multiforme-like bullous targetoid lesions in a 1-day-old newborn: Detection of *Treponema pallidum* genomic DNA from the targetoid plaque using nested polymerase chain reaction. *J Am Acad Dermatol.* Vol 55 No 2 August 2006: S11-S15

<sup>xix</sup> Treadwell P, Sexually Transmitted Diseases in Neonates and Infants, *Seminars in Dermatology*, Vol 13, No. 4 Dec 1994:256-261

<sup>xx</sup> Esterly N, Solomon L, Neonatal Dermatology. II. Blistering and Scaling Dermatoses, *The Journal of Pediatrics.* Vol 77, No. 6 Dec 1970: 1075-1088

<sup>xxi</sup> K Karthikeyan, Early Congenital syphilis in the New Milenium. *Pediatric Dermatology.* Vol 19 No. 3 May/June 2002: 275-278

<sup>xxii</sup> Burns T, Breathnach S, Cox A, Congenital Syphilis. *Rook's Textbook of Dermatology.* Vol 2, 7ma Ed. editorial, Blackwell. Pag 30.15-30.

<sup>xxiii</sup> Parish J, Treponemal Infection in the Pediatric Population, *Clinics in Dermatology*, 2000; 18:687-700

## JUSTIFICACION

La frecuencia de sífilis adquirida se ha incrementado en años recientes. De forma secundaria, lo ha hecho también la sífilis congénita. La sífilis permanece como un problema de salud pública, con más de 12 millones de casos en adultos y más de medio millón de mujeres embarazadas afectadas. El 80% de los pacientes con sífilis congénita no se diagnostican antes de los 2 años de edad, lo que empobrece el pronóstico, reportándose una mortalidad hasta del 50%. Dado que las manifestaciones cutáneas se presentan entre el 50 y el 80% de los pacientes menores de 6 meses de edad, su reconocimiento oportuno puede ser de gran utilidad para la identificación temprana de esta enfermedad, evitándose de forma secundaria su contagiosidad y las posibles secuelas tardías.

Los programas de detección prenatal y tratamiento son limitados en países en vías de desarrollo. Las pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas continúan siendo una herramienta primaria para el diagnóstico y la penicilina permanece como el tratamiento de primera elección en pacientes con sífilis congénita y adquirida; por lo que es potencialmente erradicable, sin embargo esto solo puede ser logrado con la cooperación de programas de salud nacionales para la detección y tratamiento oportuno.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar las principales manifestaciones dermatológicas de sífilis congénita en pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo del 01 de Enero de 1998 al 31 de diciembre del 2008.

### **Objetivos Específicos**

- Conocer las principales características dermatológicas de sífilis congénita
- Determinar la edad del paciente al momento diagnóstico
- Conocer las manifestaciones sistémicas asociadas mas frecuentes.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Clasificación de la investigación**

Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo.

### **Población**

#### **P Objetivo**

Pacientes pediátricos con diagnóstico de sífilis congénita

#### **P Elegible**

Que hayan sido atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido del 01 de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2008.

### **Criterios de Selección**

#### **C. de inclusión**

Niños y Niñas

Con diagnóstico de sífilis congénita

#### **C. de exclusión**

Pacientes cuyo expediente no contenga al menos el 80% de la información solicitada en el formato de recolección de datos de este protocolo (anexo 1).

### **Variables del estudio (ver anexo 2)**

## **ANALISIS ESTADISTICO**

En virtud de que se trata de un estudio descriptivo, se realizó únicamente estadística univariada: en el caso de variables cuantitativas: media, mediana, y desviación estándar. Con las variables cualitativas se utilizaron tasas y proporciones. Los resultados se ilustraron con gráficas de histograma y barras.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Este proyecto solo reviso expedientes, por lo cual los pacientes no estuvieron expuestos a maniobras del investigador, sin embargo los investigadores nos comprometimos a mantener y salvaguardar el anonimato y la confidencialidad de cada uno de los pacientes cuyos expedientes fueron revisados.

## RESULTADOS

Se revisaron 29 expedientes, de los cuales solamente 16 se incluyeron en el estudio, ya que reunieron los criterios de inclusión. Los 10 expedientes fueron excluidos por que no eran pacientes con diagnóstico de sífilis congénita. Tres expedientes eran muy antiguos y ya no se encontraban en el archivo muerto del instituto.

### Datos demográficos

En nuestra serie de casos hubo 10 pacientes del sexo femenino y 6 del sexo masculino, estableciendo una relación mujer: hombre de 1.6 a 1. Ver gráfica 1.

La edad promedio al diagnóstico fue de  $28.1 \pm 31$  días (rango de 1 a 79 días) en las pacientes de sexo femenino y de  $48.3 \pm 46.3$  días (rango 1 a 124 días) en los pacientes de sexo masculino.

El promedio de la edad materna fue de  $22.3 \pm 4.54$  años en las madres de pacientes de sexo femenino, y de  $23.1 \pm 7.78$  en las madres de pacientes de sexo masculino. En cuanto a la edad gestacional, el promedio fue de  $38 \pm 1.4$  SDG (rango 35 a 40 SDG) en las pacientes de sexo femenino, y de  $39.5 \pm 0.9$  SDG (rango 38 a 40 SDG) en los pacientes de sexo masculino.

El peso promedio fue de  $2612 \pm 408$  gr para las pacientes de sexo femenino y  $2768 \pm 320$  gr para los pacientes de sexo masculino. Por su parte la talla promedio fue de  $47 \pm 2.7$  cm para el sexo femenino y  $48.8 \pm 1.7$  cm. para el sexo masculino.

## **Manifestaciones cutáneas**

La manifestación dermatológica más frecuente fue descamación palmoplantar en 7 pacientes (44%), seguido por lesiones ampollosas en 5 (31%). La presencia de máculas eritematosas diseminadas se observó en 2 pacientes (12%). Las lesiones maculopapulares, papuloescamosas, ragadías, alopecia y placas eritematosas se presentaron cada una en un paciente (6%). Ver tabla 1.

## **Manifestaciones extracutáneas**

El 93% de los pacientes con manifestaciones dermatológicas presentaban manifestaciones sistémicas de sífilis congénita.

La manifestación extracutánea más frecuente fue la hepatoesplenomegalia presente en 9 pacientes (56%), seguida de ictericia en 8 pacientes (50%), rinorrea en 7 pacientes (44%), trombocitopenia en 3 pacientes (19%), lesiones óseas en 3 pacientes (19%), coriorretinitis, síndrome colestásico y anemia (6%), en un paciente cada uno, respectivamente. El 25% de los pacientes (4 pacientes) tuvieron neurosífilis.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, el 93.8% de los pacientes tenían VDRL positivo. El 56.3% de los pacientes tuvieron RPR positivo.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de sífilis congénita en el periodo comprendido de 1998 al 2008 fue de 13.4 por cada 1000 ingresos al servicio de infectología neonatal, en tanto que la prevalencia para el instituto fue de 20.4 por cada 100 000 ingresos, para el mismo periodo.

En la literatura no se ha reportado que predomine en algún sexo <sup>26</sup>, sin embargo, en nuestro reporte encontramos una relación de 1.6:1 (mujer:hombre).

Las manifestaciones clínicas de sífilis congénita temprana se presentan durante los tres primeros meses de vida. En general los recién nacidos parecen normales al nacimiento; y el desarrollo de las manifestaciones típicas suelen presentarse a las 2-3 semanas de vida.<sup>i</sup> En el estudio se observa que esto coincide con los pacientes del sexo femenino con edad promedio de diagnóstico de 28.1 días, no así con los del sexo masculino, ya que llama la atención el retardo en el diagnóstico en promedio de 48.3 días, probablemente esta cifra haya sido afectada debido a que tuvimos un caso que se diagnosticó a los 124 días de vida, si excluyéramos este caso el promedio es de 31.2 días al momento de diagnóstico.

La edad materna de las madres de nuestros pacientes coincide con lo reportado en la literatura, donde la sífilis primaria frecuentemente afecta a mujeres en edad reproductiva, entre los 16 y 34 años de edad.<sup>6</sup>

Ewing y cols. realizaron una revisión de 10 años de pacientes con sífilis congénita, reportando 7 casos y las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron hepatoesplenomegalia (85%), exantema maculopapular y exfoliativo (57%), rinorrea (28%), alteraciones óseas (28%), ictericia (14%) y retraso del crecimiento(42%).<sup>ii</sup>

La sífilis congénita puede ocasionar retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, productos pequeños para la edad gestacional, hidrops fetal y muerte.<sup>6</sup> En nuestra serie de casos se reporta 1 de los 16 pacientes (6%) prematuro, el resto son pacientes de término. En cuanto a peso, solo 6 de los 16 (37%) pacientes tuvieron peso menor de 2500gr al momento del nacimiento, el resto de los pacientes tuvo un peso adecuado para su edad gestacional. En cuanto a la talla solo 2 de los 16 (12%) pacientes presentaron talla baja al nacer.

Las manifestaciones dermatológicas se presentaron en el 69% de los pacientes, una frecuencia ligeramente mayor a la reportada por Ewing y cols.<sup>25</sup> Las manifestaciones más frecuentes fueron descamación palmoplantar, lesiones ampollas, y máculas eritematosas diseminadas. Con mucho menor frecuencia se observaron las lesiones maculopapulares, papuloescamosas, ragadías, alopecia y placas eritematosas. No se reportó ningún caso de pacientes con eritema multiforme *like* ni con los nódulos de “blueberry muffin” (pastelillo de arándano), sin embargo éstas son manifestaciones raras de sífilis congénita.

Encontramos que el 93% de los pacientes con manifestaciones dermatológicas de sífilis congénita tuvieron manifestaciones sistémicas.

Las manifestaciones extracutáneas más frecuentes fueron hepatoesplenomegalia e ictericia, coincidiendo con lo reportado por Ewing y cols<sup>25</sup>, y no con lo reportado en la literatura donde se menciona la rinorrea hialina como la manifestación extracutánea más frecuente.<sup>2,26</sup> También se reportó trombocitopenia, lesiones óseas, coriorretinitis, síndrome colestásico, anemia y neurosífilis.

El diagnóstico de sífilis congénita se hizo clínico, epidemiológico (antecedente de madre con sífilis) y con pruebas no treponémicas, solo en un paciente fue necesario realizar pruebas específicas para *Treponema pallidum*.

Como hallazgo encontramos un paciente con diagnóstico de cardiopatía congénita acianógena, tipo PCA y CIV, y otro paciente con crisis convulsivas sin neurosífilis, las cuáles no estan descritas en la literatura como parte del cuadro clínico de sífilis congénita.

---

<sup>i</sup> Martin D, Thomasz F, Mroczkowski M, Dermatologic Manifestations of Sexually Transmitted Disease other than HIV, Infectious Disease Clinics of North America. Vol 8, No.3 Sept 1994: 533-581

<sup>ii</sup> Ewing C, Roberts C, Davidson D, Early Congenital Syphilis Still Occurs. Archives of Disease in Childhood, Vol 60, 1985: 1128-1133

<sup>26</sup> González N, Saltigeral P, Macías M, Sífilis Congénita, Infectología Neonatal, 2da Ed, McGrawHill, 2006:267-276

## CONCLUSIONES

La sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país. Es importante incrementar esfuerzos para prevenir esta enfermedad, y sus efectos devastadores en los productos afectados.

Las manifestaciones dermatológicas se presentan en casi el 70% de los pacientes, siendo estas de gran utilidad para realizar un diagnóstico temprano. Las manifestaciones más frecuentes son la descamación palmoplantar y las lesiones ampollosas.

El 93% de los pacientes que presentan lesiones dermatológicas, también tiene manifestaciones sistémicas como hepatoesplenomegalia, ictericia, rinorrea hialina, trombocitopenia, lesiones óseas, coriorretinitis, síndrome colestásico y anemia.

La edad promedio al diagnóstico fue de  $28.1 \pm 31$  días en las pacientes de sexo femenino y de  $48.3 \pm 46.3$  días en los pacientes de sexo masculino.

El diagnóstico es clínico-epidemiológico, apoyándonos con pruebas treponémicas y no treponémicas.

En nuestros pacientes no se han reportado estigmas ya que se realizó un diagnóstico temprano y se implementó tratamiento adecuado, por lo que la aparición de éstas probablemente fue evitada. Se tendría que dar seguimiento a los pacientes para corroborar esta aseveración.

## BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> K Karthikeyan, Early Congenital syphilis in the New Milenium. *Pediatric Dermatology*. Vol 19 No. 3 May/June 2002: 275-278
- <sup>2</sup> Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, *Dermatology*. 2nd. Mosby, 2008:1239-1250
- <sup>3</sup> Peihomg J, Zhiyong L, Early Congenital Syphilis. *International Journal of Dermatology*. Vol 40 (3), March 2001: 198-202
- <sup>4</sup> Chakraborty R, Luck S, Syphilis is on the increse: the implications for child health. *Arch Dis Child*. Vol 93 No. 2 February 2008: 105-109
- <sup>5</sup> Wolff k, Goldsmith L, Katz S, *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th Ed. Mc Graw Hill, 2008:2551-2580
- <sup>6</sup> Chakraborty R, Luck S, Syphilis is on the increse: the implications for child health. *Arch Dis Child*. Vol 93 No. 2 February 2008: 105-109
- <sup>7</sup> Schachner H, *Congenital Syphilis*. *Pediatric Dermatology*. 3th Ed. Mosby, 2003:1185-1196
- <sup>8</sup> Woods CR. Syphilis in children: congenital and adquired. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005 Oct; 16 (4): 245-57
- <sup>9</sup> CDC Current trends in Congenital Syphilis, New York: 1986-1988, *MMWR* December 8, 1989;38(48):825
- <sup>10</sup> Simas I, Brouted N. Congenital syphilis re-emerging. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Apr; 6 (4): 269-72
- <sup>11</sup> Chakraborty R, Luck S. Managing congenital shyphilis again? The more things change. *Curr Opin Infect Dis*. 2007 Jun; 20 (3): 247-52
- <sup>12</sup> CDC. Congenital Syphilis, United States, 1998. *MMWR*, September 03, 1999; 48(34)757
- <sup>13</sup> CDC. Congenital Syphilis, United States, 2000. *MMWR*, Juny 13, 2001; 50(27):573-577
- <sup>14</sup> CDC. Congenital Syphilis, United States, 2002. *MMWR*, August 13, 2004; 53(31):716-719
- <sup>15</sup> Carrada BT. Sífilis: Actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46(6):236-241
- <sup>16</sup> Chacón SJC, Coria LJJ, Guerrero de la CG, Chacón CE. Sífilis Congénita: 20 años de experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), Resumen del Congreso

---

Conmemorativo del XXV Aniversario de Instituto Nacional de Pediatría. Acta Ped Mex 1995; 16(6):247

<sup>17</sup> Hernández M, Hernández B. Maternal and congenital syphilis in two Mexican hospitals: evaluation of rapid diagnostic test. Rev Invest Clin. 2006 Mar-Apr; 58 (2): 119-25

<sup>18</sup> ChaO-Chang W, Early congenital syphilis and erythema multiforme-like bullous targetoid lesions in a 1-day-old newborn: Detection of *Treponema pallidum* genomic DNA from the targetoid plaque using nested polymerase chain reaction. J Am Acad Dermatol. Vol 55 No 2 August 2006: S11-S15

<sup>19</sup> Treadwell P, Sexually Transmitted Diseases in Neonates and Infants, Seminars in Dermatology, Vol 13, No. 4 Dec 1994:256-261

<sup>20</sup> Esterly N, Solomon L, Neonatal Dermatology. II. Blistering and Scaling Dermatoses, The Journal of Pediatrics. Vol 77, No. 6 Dec 1970: 1075-1088

<sup>21</sup> K Karthikeyan, Early Congenital syphilis in the New Milenium. Pediatric Dermatology. Vol 19 No. 3 May/June 2002: 275-278

<sup>22</sup> Burns T, Breathnach S, Cox A, Congenital Syphilis. Rook's Textbook of Dermatology. Vol 2, 7ma Ed. editorial, Blackwell. Pag 30.15-30.

<sup>23</sup> Parish J, Treponemal Infection in the Pediatric Population, Clinics in Dermatology, 2000; 18:687-700

<sup>24</sup> Martin D, Thomasz F, Mroczkowski M, Dermatologic Manifestations of Sexually Transmitted Disease other than HIV, Infectious Disease Clinics of North America. Vol 8, No.3 Sept 1994: 533-581

<sup>25</sup> Ewing C, Roberts C, Dvidson D, Early Congenital Syphilis Still Occurs. Archives of Disease in Childhood, Vol 60, 1985: 1128-1133

<sup>26</sup> González N, Saltigeral P, Macías M, Sífilis Congénita, Infectología Neonatal, 2da Ed, McGrawHill, 2006:267-276

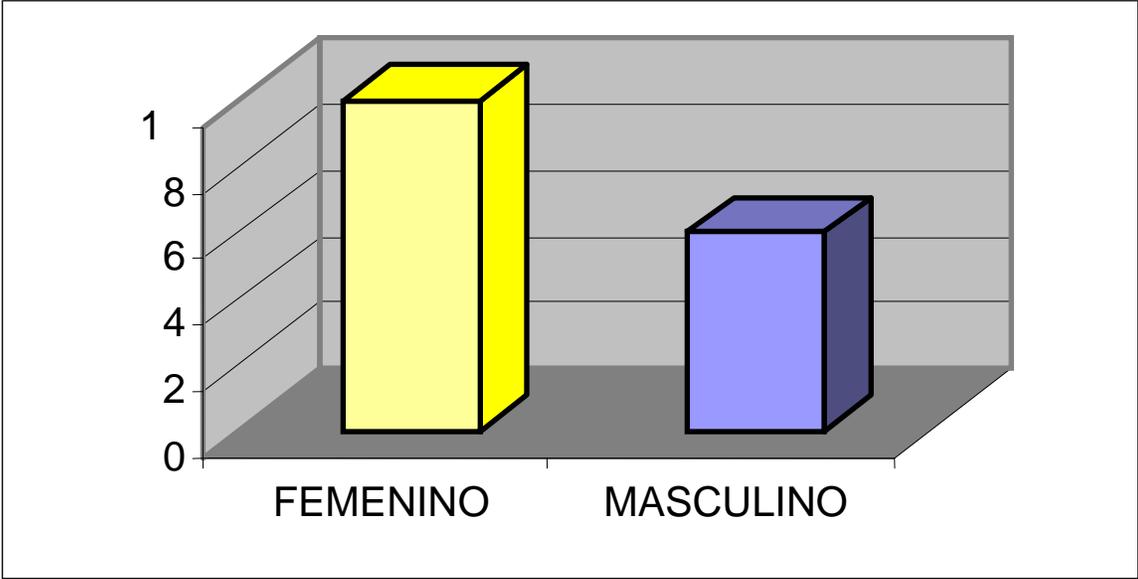
**Cuadro No. 1**  
**Porcentaje de manifestaciones dermatológicas**

<b>Manifestaciones dermatológicas</b>	<b>Porcentaje</b>
Descamación palmoplantar	44%
Lesiones ampollosas	31%
Máculas eritematosas	12%
Lesiones maculopapulares	6%
Lesiones papuloescamosas	6%
Ragadiás	6%
Alopecia	6%
Placas eritematosas	6%

**Cuadro No. 2**  
**Porcentaje de manifestaciones extracutáneas**

Hepatoesplenomegalia	56%
Ictericia	50%
Rinorrea	44%
Trombocitopenia	19%
Lesiones óseas	19%
Coriorretinitis	6%
Síndrome colestásico	6%
Anemia	6%
Neurosífilis	25%

**GRAFICA 1**



**ANEXO 1****HOJA DE CAPTURA DE DATOS**

1.- Expediente: \_\_\_\_\_

2.- NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

3.- Fecha de Nacimiento: |\_\_|\_\_|\_\_\_\_| |dd|mm|aaaa|

3.- Fecha de DX PACIENTE: |\_\_|\_\_|\_\_\_\_| |dd|mm|aaaa|

4.- Fecha de DX MADRE: |\_\_|\_\_|\_\_\_\_| |dd|mm|aaaa|

5.- edad de la madre |\_\_|\_\_| |años|

6.- Edad gestacional |\_\_|\_\_| |sdg|

7.- Peso |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |gr|

8.- Talla |\_\_|\_\_| |cm|

MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS:

<b>LESION CUTANEA</b>	<b>TIEMPO DE APARICION (Días)</b>
Descamación palmoplantar	
Fisuras orales (ragadías)	
Condilomas planos	
Erupción maculo-papular	
Erupción vesiculo-ampollosa	
Eritema multiforme-like	
Alopecia	
Sx Blueberry Muffin	
Funisitis necrosante	
<b>MANIFESTACIONES</b>	
<b>EXTRA-CUTÁNEAS</b>	
Ictericia	
Hepatomegalia	
Esplenomeglia	
Afección ósea	
Meningoencefalitis	
Queratitis intersticial	
Coriorretinitis	
Otras	
<b>ESTIGMAS</b>	
Dientes de Hutchinson	
Triada de Hutchinson	
Ragadías persistentes	
Nariz en silla de montar	
Lesiones oculares	

## ANEXO 2

### VARIABLES

#### Características sociodemográficas

Característica de interés	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable
Sexo	Denominación que se da al sujeto según sus características fenotípicas y genotípicas	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Edad al diagnóstico	Momento en el cual se diagnosticó Sífilis Congénita en el paciente, en meses.	Meses.	Cuantitativa, continua.
Edad de inicio	Momento en que inicio con la primera manifestación de la patología.	Meses.	Cuantitativa, continua.
Edad de la madre al Dx	Momento en el cual se diagnóstico SC a la madre en meses	Meses	Cuantitativa Continua
Edad gestacional	Duración del embarazo del producto en semanas	Semanas	Cuantitativa continua
Amenaza de aborto en la madre	Amenaza de aborto durante el embarazo del paciente.	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica

## 2.- Características clínicas

Característica de interés	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable
Descamación palmoplantar	Desprendimiento de la capa córnea de la epidermis	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Ragadías periorificiales	Fisuras que se localizan alrededor de la boca o el ano.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Condilomas planos	Neoformaciones cutáneas, húmedas, anfractuosas.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Erupción maculopapular	Dermatosis caracterizada maculas que son cambios de coloración de la piel sin relieves y pápulas es levantamiento firme, sólido de unos mm – 1cm, de evolución subaguda, es resolutive.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Erupción vesiculoampollosa	Dematosis caracterizada por colecciones de liquido seroso que producen levantamientos cutáneos, de 1-3mm son las vesículas y las ampollas mayores que éstas.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Eritema multiforme-like	Síndrome parecido al Eritema Multiforme.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Alopecia	Caída del pelo en cualquier zona pilosa del cuerpo.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica

Sx Blueberry Muffin	Dematosis con islas de hematopoyesis extramedular que da un aspecto semejante al panquecillo de arándanos	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Funisitis necrotisante	Infección profunda del cordón umbilical.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Rinorrea	Presencia de descarga hialina a través de nariz.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Manifestaciones extracutáneas	Manifestación clínica fuera de la piel	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Hepatoesplenomegalia	Crecimiento de hígado y bazo	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Ictericia	Coloración amarilla de la piel	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Periostitis	Inflamación de la cortical del hueso	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Osteocondritis	Inflamación a nivel de los cartílagos costales.	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Meningitis	Inflamación de las meninges	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Queratitis Intersticial		1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica

Coriorretinitis	Inflamación de las capas profundas del ojo (retina y coroides)	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Ragadías persistentes	Fisuras periorificiales ya cicatrizadas	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Nariz en silla de montar	Deformidad en el dorso de la nariz caracterizada por destrucción del cartílago	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Dientes de Hutchinson	Se caracterizan por la deformidad de los incisivos centrales superiores, con forma cónica o de barril	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica
Triada de Hutchinson	Constituida por queratitis intersticial, dientes de Hutchinson y sordera del 8vo par, es otro de los estigmas	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal dicotómica