analesdepediatría

www.analesdepediatria.org

CARTA CIENTÍFICA

# Sífilis congénita en aumento. Revisión de 5 años en un hospital de referencia en Portugal☆

## Congenital syphilis on the rise. Review of a five-year period in a referral hospital in Portugal

*Sra. Editora,*

Se ha descrito en todo el mundo el resurgimiento de la sífilis, en su día prácticamente erradicada, con el consiguiente riesgo para los recién nacidos. El informe epidemiológico anual europeo de 2022 sobre la sífilis congénita (SC) mostró una tendencia creciente en el número de casos notificados tras el año 2020, identificando a Portugal como uno de los 3 países con la mayor incidencia tanto en 2021 como en 2022[1]. Aunque no están disponibles los datos europeos para el 2023, el Departamento de Salud de Minnesota, Estados Unidos, informó de un aumento del 44% en la incidencia regional de la SC con la notificación de 29 casos, el número más alto de los últimos 40 años[2]. A nivel global, la sífilis perinatal es la segunda causa de nacimiento sin vida y genera una morbimortalidad importante[3]. En el caso de madres con sífilis temprana no tratada, la transmisión vertical ocurre en el 70-100% de los embarazos y causa la muerte fetal en un tercio de los casos[3]. La transmisión madre-hijo se produce al final del embarazo (después de las 28 semanas), por lo que el tratamiento precoz de la sífilis materna con penicilina previene las complicaciones fetales. En Portugal, se realiza el cribado de sífilis de todas las mujeres embarazadas en cada trimestre con la prueba de laboratorio de enfermedades venéreas (VDRL, del inglés *venereal disease research laboratory*). El cribado también puede realizarse en la sala de partos si no se realizó en el tercer trimestre o en caso de alto riesgo o embarazo no controlado.

Con objeto de caracterizar la incidencia de SC en Portugal en un hospital de atención terciaria, se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo a niños con exposición intrauterina a la sífilis y/o infección congénita en 2018-2022 seguidos en nuestro hospital. Se recogieron datos sobre características sociodemográficas, pruebas maternas de VDRL y títulos del recién nacido/niño, coinfecciones, registros de nacimiento, tratamiento materno durante el embarazo, características clínicas, tratamiento del niño y seguimiento.

Presentamos los casos de 9 bebés de madres con infección por *Treponema pallidum*. La incidencia acumulada para este periodo fue del 0,0008% (9/10.731 partos), con una incidencia anual del 0,0009%, 0,0009%, 0,0005%, 0,0005% y 0,001% de 2018 a 2022. Las características de la cohorte se presentan en la tabla 1. Todas las madres tenían títulos positivos en la prueba VDRL. Las características maternas fueron las siguientes: 38% (3) fueron madres jóvenes ($\leq$25 años), 71% (5) tenían un nivel educativo básico, 57% (4) estaban desempleadas, 22% (2) eran de países extranjeros (1 guineana, 1 brasileña), 11% (1) tenían coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana, 22% (2) tenían antecedentes de abuso de sustancias. Tres de las 7 madres con embarazos controlados (43%) recibieron tratamiento adecuado. La sífilis materna se clasificó como temprana en el 56% (5), tardía en el 33% (3) e indeterminada en el 11% (1). Siete recién nacidos tuvieron títulos de VDRL positivos. De estos casos, el 22% (2) se clasificaron como SC altamente probable[4], 67% (6) como SC posible[4] y 11% (1) como SC poco probable[4]. Hubo 2 casos de SC temprana, uno de ellos con afección cerebral (neurosífilis). Todos los pacientes fueron tratados con penicilina G parenteral; el 22% (2) se perdieron en el seguimiento, y los restantes se han mantenido sanos tras el tratamiento.

Aunque la SC es una enfermedad prevenible, sigue siendo un problema importante de salud pública a nivel mundial, y su resurgimiento refleja deficiencias en la atención al embarazo. La SC sigue teniendo un impacto combinado significativo, y la prevención debe centrarse en perfiles de riesgo maternos específicos, como la inseguridad residencial, la violencia doméstica, la institucionalización, el bajo nivel socioeconómico, el comportamiento sexual de alto riesgo, el abuso de sustancias, etc. Los cambios en la demografía y la distribución de la población mundial, incluyendo el aumento de las tasas de natalidad en madres de origen extranjero en Portugal, podrían plantear retos para la vigilancia prenatal, lo que podría afectar a la incidencia de las infecciones congénitas. Como es sabido, cerca del 90% de los casos de sífilis se producen en países de renta baja o media, con la carga más crítica de SC en África, donde se agrupa alrededor del 62% de los casos[5]. Sin embargo, las tasas de sífilis

☆ Presentación previa: Este trabajo se presentó con el número de resumen 999 en la 41 reunión anual de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID).

https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503800
1695-4033/© 2025 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**Tabla 1** Características clínicas de los casos

| | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 | Caso 5 | Caso 6 | Caso 7 | Caso 8 | Caso 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2018 | 2018 | 2019 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022 | 2022 |
| Lugar de nacimiento | Intramuros | Extramuros | Intramuros | Intramuros | Extramuros | Extramuros | Intramuros | Extramuros | Extramuros |
| Edad materna (años) | 40 | 30 | 23 | 34 | 35 | 25 | 21 | 36 | 28 |
| Nivel de estudios | Escuela primaria | 9.º curso (ESO) | 12.º curso (bachillerato) | 9.º curso (ESO) | 9.º curso (ESO) | Desconocido | 12.º curso (bachillerato) | 9.º curso (ESO) | Desconocido |
| Nacionalidad | Portuguesa | Portuguesa | Portuguesa | Portuguesa | Portuguesa | Portuguesa | Brasileña | Guineana | Portuguesa |
| Factores de riesgo | No | No | No | Hermanos institucionalizados | Hermanos institucionalizados, abuso de drogas y alcohol | No | No | Abuso de drogas, inmigrante ilegal | No |
| Embarazo controlado | No | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Coinfección | No | No | No | No | No | No | No | VIH | No |
| Clasificación de la sífilis materna | Sin determinar | Tardía | Temprana | Tardía | Tardía | Temprana | Temprana | Temprana | Temprana |
| Trimestre estimado de infección | Periparto | Tercero | Segundo | Segundo | Periparto | Tercero | Segundo | Tercero | Primero |
| Tratamiento durante el embarazo | No | No | Sí, inadecuado | No | No | Sí, adecuado | Sí, adecuado | Sí, inadecuado | Sí, adecuado |
| Edad gestacional (semanas) | 38 | 40 | 40 | 40 | 37 | 38 | 40 | 36 | 36 |
| Peso al nacer (g) | 3390 | 3690 | 2790 | 3150 | 2780 | 2905 | 3435 | 2510 | 2490 |
| Síntomas | No | No | No | No | No | Fiebre, retraso en la ganancia de peso, erupción cutánea, ictericia, anemia, alteraciones radiológicas óseas | No | Sospecha de crisis epilépticas (sin confirmar) | Hipertensión pulmonar, anemia, trombocitopenia, hepatoesplenomegalia, alteraciones de la función hepática |
| Radiografías de huesos largos | Normal | Normal | Normal | Normal | Desconocido | Anormal | Desconocido | Normal | Normal |
| VDRL materno | 1:1 | 1:64 | 1:16 | 1:1 | 1:1 | 1:512 | 1:64 | 1:32 | 1:128 |
| VDRL del niño | Negativo | 1:2 | 1:2 | Desconocido | Negativo | 1:32 | 1:1 | 1:8 | 1:32 |
| Edad al diagnóstico (años) | Nacimiento | 4 | Nacimiento | Nacimiento | Nacimiento | Nacimiento | Nacimiento | Nacimiento | Nacimiento |
| Tratamiento con penicilina (días) | 10 | 10 | 10 | 10 | Desconocido | 21 | No (seguimiento) | 10 | 20 |
| Desenlace | Desconocido | Sano | Sano | Sano | Desconocido | Sano | Sano | Sano | Sano |

en mujeres en edad fértil han aumentado más de un 200% en países de renta alta, con una incidencia baja de SC[6]. Se necesita investigar más para determinar los motivos por los que la prevención de la SC está fracasando. La aplicación de una definición de caso unificada, el refuerzo de la vigilancia, la integración del cribado de sífilis en las pruebas del VIH y la implantación de registros de sífilis podrían aportar datos cruciales para mejorar el abordaje de la SC y planear futuras intervenciones[6]. El cribado y tratamiento exhaustivos (incluyendo a las parejas sexuales) durante la atención al embarazo/prenatal son coste-efectivos y pueden disminuir la incidencia de la SC, como demostró el plan chino para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis en 2011, que redujo la incidencia de la SC de 91,6 a 11,9 casos por 100.000 nacidos vivos[7]. Además, se necesitan urgentemente antibióticos alternativos que permitan cursos de tratamiento más cortos y con administración oral para reducir la carga asistencial[6]. En general, tanto las intervenciones de salud pública (atrayendo la atención de los medios de comunicación) como la educación de los profesionales sanitarios en el tema, es decir, en la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis, están justificadas con objeto de frenar esta crisis de salud en aumento.

## Bibliografía


1. European Centre for Disease Prevention, Control. Congenital syphilis. En: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024.
2. Minnesota Department of Health STI/HIV/TB Section and Hepatitis Unit. Annual HIV, STI, and Hepatitis 2023 Data Release Live Webinar. Minnesota Department of Health. April 25, 2024 [consultado 23 Sep 2024]. Disponible en: https://www.health.state.mn.us/diseases/stds/stats/2023/index.html
3. European Centre for Disease Prevention and Control. EU case definitions Stockholm: ECDC; 2018. [consultado 12 Sep 2024]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/infectious-diseases-public-health/surveillance-and-disease-data/eu-case-definitions
4. Centers for Disease Control and Prevention. CDC recommended evaluation and treatment for congenital syphilis. [consultado 23 Dic 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/congenital-syphilis.htm
5. Gilmour LS, Walls T. Congenital Syphilis: A Review of Global Epidemiology. Clin Microbiol Rev. 2023;36:e0012622, http://dx.doi.org/10.1128/cmr.00126-22.
6. Moseley P, Bamford A, Eisen S, Lyall H, Kingston M, Thorne C, et al. Resurgence of congenital syphilis: new strategies against an old foe. Lancet Infect Dis. 2024;24:e24–35, http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00314-6. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37604180.
7. Yue X, Gong X, Li J, Zhang J. Epidemiological trends and features of syphilis in China, 2014-2019. Chin J Dermatol. 2021;10:668–72.



Sara Catarino[a,*], Lídia Carvalho[b], Angélica Ramos[b,c], Manuela Rodrigues[d] y Ana Reis-Melo[e,f]

[a] *Servicio de Pediatría, Centro Hospitalar Universitário de São João, Oporto, Portugal*
[b] *Servicio de Patología Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João, Oporto, Portugal*
[c] *Unidad de Investigación en Epidemiología (EPI), Instituto de Salud Pública, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal*
[d] *Servicio de Neonatología, Centro Hospitalar Universitário de São João, Oporto, Portugal*
[e] *Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias Pediátricas, Servicio de Pediatría, Centro Hospitalar Universitário de São João, Oporto, Portugal*
[f] *Departamento de Biomedicina, Facultad de Medicina, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal*

[*] Autor para correspondencia.
*Correo electrónico:* sara.ccat@gmail.com (S. Catarino).