



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Del chancro materno a la terapia intensiva pediátrica

From maternal chancre to pediatric intensive care



José Iván Castillo Bejarano, Michelle Trousselle Peralta, Samantha Pérez Cavazos*
y Abiel Homero Mascareñas de los Santos

Departamento de Pediatría / Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Mitras Centro, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Disponible en Internet el 19 de julio de 2022

Lactante varón de dos meses, nacido en hospital público por parto a las 36 semanas de gestación, hijo de madre que vive con VIH sin tratamiento, toxicómana, sin control prenatal y con antecedente de chancro perineal indoloro durante el segundo trimestre del embarazo sin acudir a revisión médica, el cual desapareció espontáneamente en dos semanas; VDRL materno no reactivo en el momento del parto. Asintomático al nacimiento.

Ingresa por presentar un mes de evolución con rinorrea serosanguinolenta y lesiones dérmicas. Al examen clínico con datos de choque séptico (FC 180 lpm, FR 50 rpm, temperatura 38,8°C), peso 2.68 kg ($p < 3$, z-score -5,5), rinorrea serosanguinolenta, queilitis y exantema generalizado macular con hiperqueratosis y descamación (fig. 1) de predominio en cara, tronco y extremidades con afectación palmo-plantar (fig. 2), crepitantes finos en tórax y abdomen con hepatoesplenomegalia, sin datos clínicos de ascitis.

La analítica mostró: serología anti-*Treponema pallidum* reactiva por inmunoquimioluminiscencia (CMA) (25,8 S/CO), anemia (10 g/dl), leucocitos ($9,4 \times 10^3$ /ml), trombocitopenia (95×10^3 /ml), hipoglucemia (58 mg/dl), transaminasemia (AST 554 U/l, ALT 135 U/l) con hiperbilirrubinemia directa (3,7 mg/dl), hipoalbuminemia (1,3 g/dl), radiografías con periostitis en huesos largos (fig. 3), carga viral de VIH no detectada. La punción lumbar reveló hipo-

glucorraquia (28 mg/dl), hiperproteorraquia (59 mg/dl), sin pleocitosis y VDRL reactivo. Se reporta VDRL materno reactivo (1:64).

Con diagnóstico de neurosífilis y choque séptico, se admitió en terapia intensiva y se inició penicilina G sódica cristalina (200.000 UI/kg/día) durante 14 días, con adecuada evolución, siendo dado de alta por mejoría clínica.

Según el momento de la transmisión, la sífilis puede causar muerte fetal, prematuridad y bajo peso al nacer^{1,2}. Esta infección nos enseña que ninguna lesión genital debe ser omitida durante la gestación, ya que puede llevar a graves consecuencias en los niños.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: samanthaperezc@gmail.com
(S. Pérez Cavazos).



Figura 1 Exantema macular eritematoso generalizado. Se observa abdomen distendido a expensas de hepatoesplenomegalia.



Figura 2 Dermatitis generalizada descamativa con afectación palmo-plantar con áreas de hiperqueratosis en zonas de flexión. Miembros inferiores hipotróficos.

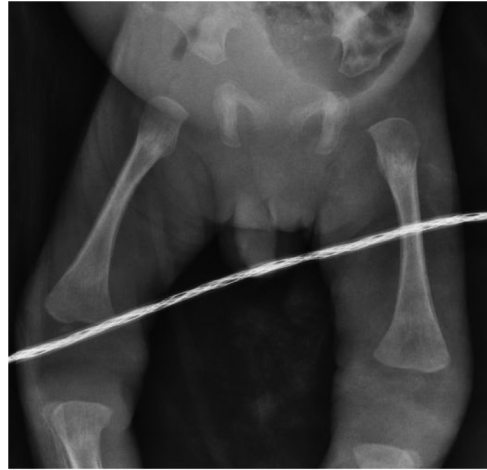


Figura 3 Periostitis en huesos largos.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consentimiento informado

Se obtuvo por escrito por parte de los padres para la publicación de detalles clínicos e imágenes. Una copia está disponible para revisión por parte del editor de la revista.

Bibliografía

1. Keuning MW, Kamp GA, Schonenberg-Meinema D, Dorigo-Zetsma JW, van Zuiden JM, Pajkrt D. Congenital syphilis, the great imitator-case report and review. *Lancet Infect Dis.* 2020;20:e173–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30268-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30268-1). PMID: 32502432.
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;109:652–8, <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i9.13817>. PMID: 31635589.