



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 2022¹. 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 años². A nivel global, la sífilis perinatal es la segunda causa de nacimiento sin vida y genera una morbilidad importante³. 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 casos³. 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 (≤ 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 probable⁴, 67% (6) como SC posible⁴ y 11% (1) como SC poco probable⁴. 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 casos⁵. 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 SC⁶. 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 intervenciones⁶. 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 vivos⁷. Además, se necesitan urgentemente antibióticos alternativos que permitan cursos de tratamiento más cortos y con administración oral para reducir la carga asistencial⁶. 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](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,*}, Lúcia 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).