

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3997

Sífilis secundaria en gestante con coinfección por VIH en norte de Santander, Colombia: reporte de caso

Liz Ruedas Castro, MD

ruedascastroliz@outlook.com

<https://orcid.org/0000-0002-7495-2165>

Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia,
Sub Especialista en Medicina Materno Fetal
de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS),
Bogotá (Colombia). Miembro sociedad internacional de ultrasonido
en ginecología y obstetricia. Miembro de la sociedad de perinatología de Bogotá.
Médico General, Universidad de Santander
Bucaramanga (Colombia).

MD; Samuel Bautista Vargas

Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia,
Sub Especialista en Medicina Materno Fetal de la Fundación
Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá (Colombia).
Miembro sociedad internacional de ultrasonido
en ginecología y obstetricia. Miembro de la sociedad de perinatología de Bogotá.

Hadit Johanna Melo Gómez

<https://orcid.org/0000-0002-1592-5909>

Correspondencia: ruedascastroliz@outlook.com

Artículo recibido 15 octubre 2022 Aceptado para publicación: 15 noviembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar Ruedas Castro, M. , L., Bautista Vargas, M. S., & Melo Gómez, H. J. (2022). Sífilis secundaria en gestante con coinfección por VIH en norte de Santander, Colombia: reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 8296-8305. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3997

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una gestante, migrante de nacionalidad venezolana, diagnosticada con sífilis secundaria y coinfección por VIH.

Materiales y Métodos: Se realizó revisión de la literatura relacionada, identificando la importancia del caso en la situación de migración actual.

Presentación del caso: Mujer de 22 años con embarazo de 20,6 semanas, sin controles prenatales, consulta por lesiones cutáneas de 3 meses de evolución. Se diagnostica sífilis secundaria, se inicia tratamiento, y se remite a la paciente al servicio de atención en población migrante. Posteriormente, se diagnostica coinfección por VIH. Infectología indica terapia antirretroviral (TAR). Sin embargo, el tratamiento no se inicia debido a su condición de migrante ilegal. Transcurridos 3 meses, la paciente consulta por dolor pélvico. Se decide finalizar embarazo vía cesárea y realizar ligadura tubárica. Se implementó profilaxis preoperatoria. Se obtuvo producto de sexo femenino en el que se descartó sífilis congénita y que se consideró de bajo riesgo para infección por VIH.

Conclusión: La incidencia de sífilis gestacional en pacientes venezolanos que han migrado a Colombia se ha incrementado notablemente. Se deben instaurar políticas en salud pública que faciliten el acceso a los servicios de salud y a programas de prevención de ETS en esta población.

Palabras clave: *sífilis; embarazo; coinfección por VIH; migración humana; reporte de caso.*

Secondary syphilis in a pregnant woman with HIV coinfection in Norte de Santander, Colombia: Case report.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a pregnant, Venezuelan migrant woman, diagnosed with secondary syphilis and HIV coinfection.

Materials and Methods: A review of the related literature was carried out, identifying the importance of the case in the current migration situation.

Case presentation: A 22-year-old woman with a pregnancy of 20.6 weeks, without prenatal check-ups, consulted due to the appearance of skin lesions of 3 months of evolution. Secondary syphilis was diagnosed, antibiotic treatment was started, and the patient was referred to the primary care service for the migrant population. Subsequently, HIV coinfection was diagnosed. The infectious disease service indicated antiretroviral therapy (ART). However, treatment was not started due to her illegal migrant status. After 3 months, the patient consulted for pelvic pain. It was decided to end the pregnancy via cesarean section and to perform tubal ligation. Preoperative prophylaxis was implemented. A female product was obtained in which congenital syphilis was ruled out and which was considered of low risk for HIV infection.

Conclusion: The incidence of gestational syphilis in Venezuelan patients who have migrated to Colombia has increased markedly. Public health policies must be established to facilitate access to health services and STD prevention programs in this population.

Keywords: *syphilis; pregnancy; HIV coinfection; human migration; case report.*

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección bacteriana causada por el *Treponema pallidum*, es endémica en países de ingresos bajos y moderados, y de interés en salud pública (1). En el mundo, cada año se presentan 12 millones de casos nuevos de esta enfermedad, de los cuales 2 millones corresponden a mujeres embarazadas (2). La sífilis temprana tiene un periodo de infección menor a un año. Dentro de este grupo se encuentran la sífilis primaria caracterizada por la aparición de una lesión cutánea (conocida como chancro) aproximadamente 3 semanas luego de la infección; y la sífilis secundaria que se presenta en el 25% de los pacientes no tratados, entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro, y se caracteriza por lesiones mucocutáneas diseminadas e infecciosas, linfadenopatías, y en algunos casos compromisos en cavidad oral y cuero cabelludo (3). Posteriormente, hay una fase de latencia que es asintomática y pueden pasar varios años antes de que se manifieste sífilis terciaria. La sífilis terciaria tiende a aparecer de 10 a 20 años después de la infección, esta incluye manifestaciones clínicas, y de forma más común las complicaciones gomatosas, seguidas de las cardiovasculares y neurológicas (3). La sífilis incrementa el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por tanto, las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la coinfección pueden variar (4). Dentro de los factores de riesgo más frecuentes para sífilis gestacional se encuentran el uso de drogas, presentar otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) durante el embarazo, tener múltiples compañeros sexuales o un nuevo compañero sexual, diagnóstico de ETS en el compañero sexual, e inicio tardío o ausencia de controles prenatales (5). Adicionalmente, hay factores de riesgo sociales, económicos y políticos que pueden estar relacionados con sífilis gestacional (6).

En Colombia, la migración de ciudadanas venezolanas es un fenómeno social que ha incrementado la morbilidad materna extrema, la mortalidad materna y la morbimortalidad infantil (6). Dentro de los factores de riesgo asociados con este fenómeno se encuentran desigualdades sociales, vulnerabilidad en salud, desconocimiento de derechos, desempleo, duelo migratorio y dificultad de acceso a los servicios de salud (6). Actualmente menos del 40% de mujeres en embarazo recibe controles prenatales, no existe tamización correcta, y una vez diagnosticadas no reciben tratamiento adecuado o presentan dificultades de acceso. Estos factores se asocian con peores desenlaces clínicos para el binomio madre-hijo (7,8). Con el fin de aportar

información sobre esta condición y dar visibilidad a factores socioeconómicos asociados, presentamos un caso valorado en un centro hospitalario en Norte de Santander, Colombia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años con embarazo de 20,6 semanas (por fecha de última menstruación confiable), sin controles prenatales, con antecedente de dos embarazos (un parto vaginal y un aborto), natural de Venezuela y perteneciente a la población migrante en Colombia. La paciente consultó por aparición de lesiones de 3 meses de evolución, de la siguiente manera: palmo plantares tipo macula, difusas, pruriginosas, anulares y descamativas (Figura 1); y en región abdominal casi imperceptibles (Figura 2). Adicionalmente, se evidenció chancro y múltiples pápulas en región vulvar (Figura 3). La paciente no manifestó síntomas asociados como fiebre o fatiga muscular. Durante la exploración física no se observaron alteraciones en cavidad oral o en región peribucal, adenopatías, cambios cervicales, sangrado vaginal, ni pérdida de líquido amniótico. La ecografía obstétrica transabdominal mostró feto único vivo sin anomalías de 20,4 semanas (por biometría fetal). Se tomaron pruebas complementarias para *T. pallidum* (Absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes – prueba treponémica [FTA-ABS]) y (Laboratorio de investigación de enfermedades venéreas - prueba no treponémica [VDRL]), los resultados mostraron FTA-ABS reactivo y VDRL reactivo en 128 diluciones (Dils), por lo que se diagnosticó sífilis secundaria. Se inició tratamiento (en la paciente y su pareja actual) con penicilina benzatínica 2.400.000 UI intramuscular cada siete días hasta completar 3 dosis, y se remitió a la paciente a unidad de rescate (donde se brinda atención primaria a población migrante) para controles prenatales.

La paciente consultó nuevamente (49 días después) por dolor pélvico de tipo cólico moderado e irradiado a región lumbar, y flujo vaginal de color verde en cantidad abundante. Los exámenes paraclínicos del control prenatal incluyeron IgM no reactiva para toxoplasma y 2 pruebas rápidas reactivas para VIH. Se inició tratamiento para vaginosis. Se realizó nueva batería de exámenes para perfil infeccioso con hallazgos de VDRL en 8 Dils (se consideró la sífilis como tratada), antígenos de superficie de Hepatitis B (AgsHB) no reactivo, rubéola IgG intermedio e IgM no reactivos, y toxoplasma IgG e IgM no reactivos. Adicionalmente, 2 pruebas rápidas para VIH fueron positivas y se confirmó coinfección por VIH por medio de carga viral de 126.000 copias. El servicio de infectología

indicó tratamiento con terapia antirretroviral (TAR) con lopinavir/ritonavir (tableta de 200/50 mg, 2 tabletas cada 12 horas) y lamivudina/zidovudina (tableta de 600/300 mg, 1 tableta cada 12 horas). Sin embargo, el tratamiento no se inició de forma inmediata debido a la condición de migrante ilegal de la paciente. Se informó a la paciente sobre la organización *Aids Health Care Foundation* para la legalización de documentos como migrante y así obtener acceso a TAR.

Transcurridos 3 meses, la paciente (con embarazo de 38,2 semanas) consultó por dolor pélvico y se encontraron cambios cervicales no significativos para trabajo de parto. La paciente ya se encontraba en tratamiento para infección por VIH. Teniendo en cuenta la patología presente y los hallazgos clínicos, se decidió finalizar el embarazo vía cesárea y realizar ligadura tubárica por paridad satisfecha. Se implementó profilaxis preoperatoria con zidovudina (120 mg endovenosa) en una hora y se continuó con 60 mg/hora hasta pinzamiento de cordón umbilical. El procedimiento finalizó sin complicaciones y se obtuvo producto de sexo femenino en el que se descartó sífilis congénita y que se consideró de bajo riesgo para infección por VIH. La paciente, voluntariamente, decidió abandonar la institución de salud antes de completar el tiempo recomendado de vigilancia por puerperio quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó revisión de la literatura relacionada en bases de datos para revistas indexadas como Pubmed/Medline, OVID, LILACS, Google Scholar, identificando la importancia del caso en la situación de migración actual y sus repercusiones para esta población vulnerable. La revisión final del caso clínico fue realizada por un especialista en el área. Se recibió autorización legal para la toma de fotografías y revisión de historia clínica por parte de la paciente.

RESULTADOS

La migración de ciudadanos venezolanos ha cambiado las características y los perfiles epidemiológicos de las mujeres embarazadas en Colombia, y la morbimortalidad de este grupo poblacional se ha visto afectada por factores sociales, económicos y culturales (6). Los controles prenatales representan una oportunidad para la detección temprana de enfermedades y así evitar eventos adversos obstétricos y perinatales (9). El número reducido de controles prenatales y la dificultad para acceder a servicios de salud pueden asociarse con morbimortalidad del binomio madre-hijo (10). En Colombia, la cobertura

de controles prenatales y tamización de ETS supera el 95% (8); a pesar de esto, el caso clínico reportado muestra la realidad actual de muchas pacientes migrantes venezolanas en estado de embarazo y resalta la importancia de fortalecer las políticas de atención primaria para esta población. La paciente de nuestro caso consultó por primera vez en su semana 20 de gestación sin controles prenatales, lo que pudo incrementar el riesgo de morbimortalidad para ella y para el recién nacido. Esta situación ocurre en otros países como Estados Unidos, que para el año 2015 reportó que el 21,8% de las madres con niños con sífilis congénita no recibió controles prenatales durante su embarazo (2).

En cuanto al diagnóstico clínico, la paciente de nuestro caso presentó chancro blando lo que podría indicar sífilis primaria (3). Sin embargo, se consideró un cuadro de sífilis secundaria por la cronología reportada por la paciente y las lesiones cutáneas evidenciadas al examen físico (1,3). El enfoque de diagnóstico serológico se realizó siguiendo el algoritmo tradicional reportado en la literatura (2), y el tratamiento médico siguió el estándar de cuidado que continúa siendo con penicilina benzatínica (11).

En el mundo, aproximadamente el 43% de las pacientes no reciben tratamiento para sífilis durante su embarazo y otro 30% recibe un esquema de tratamiento inadecuado (2). En nuestro caso el tratamiento se realizó con base en los protocolos de manejo institucionales, y se incluyó a la pareja sexual de la paciente.

La coinfección con VIH incrementa el riesgo de manifestaciones atípicas, complicaciones y progresión a fases más avanzadas de la enfermedad (12). Nuestra paciente tuvo un diagnóstico tardío de la coinfección debido a sus condiciones sociales y económicas, y esto impidió el inicio oportuno de TAR. Por esto resaltamos la importancia del trabajo social y la gestión del riesgo por parte de los diferentes entes gubernamentales, para garantizar el cumplimiento del tratamiento propuesto y la difusión de información oportuna para la atención en salud de las gestantes pertenecientes a estas comunidades. Existieron limitaciones en el seguimiento del caso pues el egreso fue voluntario antes de completar el tiempo establecido para su vigilancia médica en la institución de salud, adicionalmente cambió lugar de residencia registrada en datos suministrados y no contaba con contacto telefónico personal.

CONCLUSIÓN

La incidencia de sífilis gestacional en pacientes con nacionalidad venezolana que han migrado a Colombia se ha incrementado notablemente. Se deben instaurar políticas en

salud pública que faciliten el acceso a los servicios de salud y a programas de prevención de ETS en esta población, y permitan garantizar diagnóstico adecuado, tratamiento oportuno y seguimiento riguroso para disminuir el riesgo de morbilidad del binomio madre-hijo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Samuel Bautista Vargas por su apoyo en la revisión final del caso clínico.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Con previa autorización legal se procede a realizar la toma de fotografías, revisión de historia clínica y redacción en base al análisis mediante literatura relacionada en bases de datos para revistas indexadas, por la Dra. Liz Ruedas y Hadit Melo, descrita identificando la importancia del caso en la situación de migración actual y sus repercusiones para esta población vulnerable. Se contó con el apoyo para la revisión final de un especialista en el área el Dr. Samuel Bautista Vargas.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hook EW. Syphilis. *The Lancet*. 2017;389(10078), 1550–1557.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4)
- Adhikari E H. Syphilis in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(5), 1121–1135.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003788>
- Arando M, Guerra O. Sífilis. 2019;37(6), 398–404
- Lynn W A, Lightman S. Review Syphilis and HIV Syphilis and HIV : a dangerous combination. *Review Literature And Arts Of The Americas*, 4(July). 2004;456–466.
doi:10.1016/S1473-3099(04)01061-8
- Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. *Birth Defects Research*. 2017;109(5), 347–352. <https://doi.org/10.1002/bdra.23562>
- Calle Ramirez A M, Ramirez Gonzalez B, Quiros Gomez OI. Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(1), 21–31.
<https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6973>

- Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, Rodríguez DA. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud.* 2019;51(3), 208–219. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
- Korenromp EL, Ríos C, Apolinar ALS, Caicedo S, Cuellar D, Cárdenas I, Alonso M. Prevalence and incidence estimates for syphilis, chlamydia, gonorrhoea, and congenital syphilis in Colombia, 1995-2016. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.* 2020;42, 1–10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.118>
- Wahab AA, Ali UK, Marlyn M, Monoto EM, Rahman M. Case Report: Syphilis in pregnancy. *Pak J Med Sci.* 2015;31(1), 2014–2016.
- García Sánchez B, Cubillos Romero C. Factores asociados a la sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que reciben atención en la institución de alta complejidad en salud , en el departamento de Norte de Santander. *Revista Cuidado y Ocupación Humana* 2021;10(1), 1–15.
- Suso MT, Martínez-Sanz J, Gi-Redondo R, Rodríguez-Zapata M. Infecciones por treponemas. Sífilis. *Medicine (Spain).* 2018;12(59), 3435–3446. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.06.009>
- Hill A, Balkin A. Permanyer Publications 2010 © Permanyer Publications 2010, (May 2014).

ANEXO

FIGURAS

Línea de tiempo

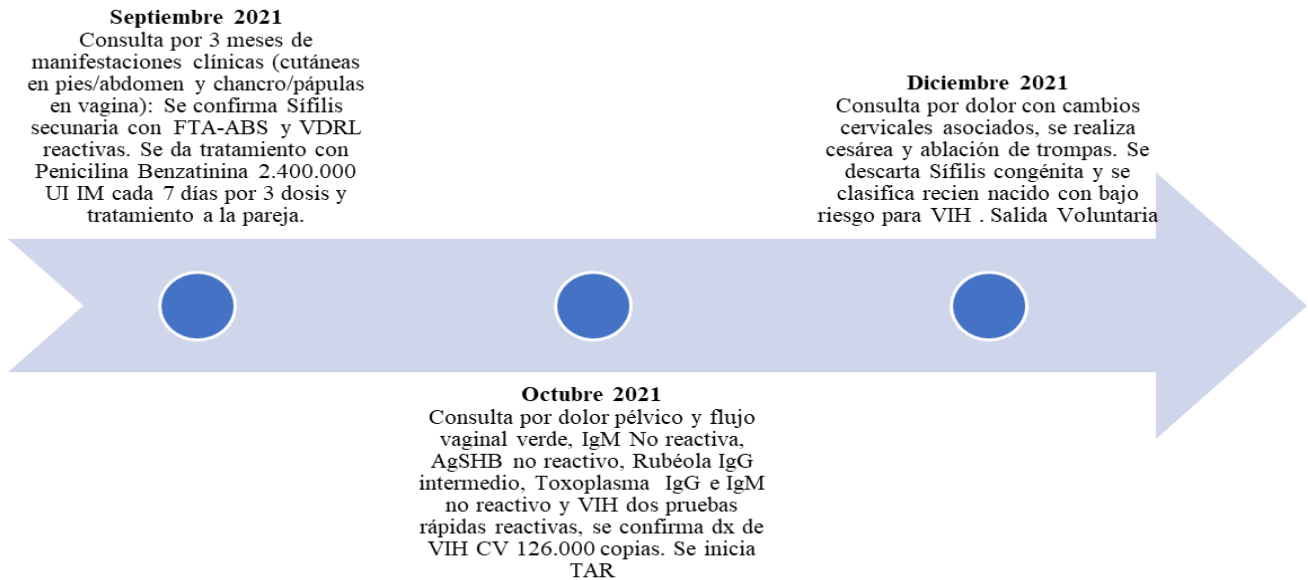


Figura 1.

A. Vista plantar y posterolateral del pie: lesiones plantares maculopapulares, difusas y con descamación.





B. Vista palmar de mano izquierda: lesiones maculares de forma anular, pruriginosas y con presencia de escamas.



Figura 2. Abdomen prominente por útero grávido. Lesiones maculares difusas casi imperceptibles y sin escamas.

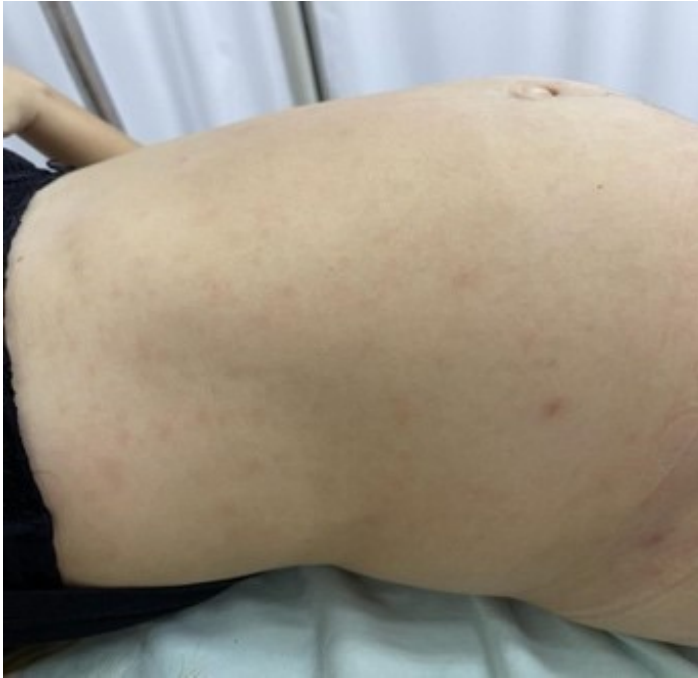


Figura 3. Chancro en cara interna y superior de labio mayor derecho, múltiples pápulas difusas en vagina, y presencia de hemorroide externa.

