

Prevalencia de sífilis en niños adoptados de Rusia



Prevalence of Syphilis in Children Adopted From Russia

Sr. Director:

Las bruscas transformaciones sociopolíticas y económicas ocurridas en Rusia tras la ruptura de la Unión Soviética ocasionaron un cambio en el enfoque tradicional de los valores y las costumbres sexuales de la población y un deterioro de los servicios de salud pública, incluidos los dedicados a la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual que provocó un espectacular aumento de la sífilis¹. El incremento de la sífilis fue de tal magnitud que en 1996 la tasa (254,2 casos/100.000 habitantes) era 48 veces mayor que en 1989, afectando principalmente a mujeres jóvenes, y el número de casos notificados de sífilis congénita (SC) se multiplicaron por 26 durante el periodo 1991-1999 (de 8,04/100.000 a 209/100.000)^{2,3}. Desde entonces las tasas se han reducido^{4,5}, aunque la incidencia se ha mantenido alta (año 2005: 56,7/100.000; año 2010: 30,5/100.000; año 2015: 23,6/100.000) (fig. 1).

Rusia es uno de los principales países de procedencia de los niños adoptados internacionalmente en España⁶. El objetivo de esta investigación fue determinar, en una cohorte de niños adoptados de Rusia, la prevalencia de sífilis activa materna durante la gestación, de SC en los niños y los resultados de la serología de sífilis realizada tras su llegada a nuestro país.

Durante el periodo 2000-2017 se ha estudiado a 450 niños adoptados de Rusia, tras su llegada a España, en el Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza. El 62,2% eran varones y la edad media (DE) fue de 31,3 (18,3) meses. Asimismo, se evaluaron los informes médicos preadoptivos elaborados en Rusia. Es preciso indicar que la ausencia de la mención de un antecedente en el informe médico preadoptivo no excluye su existencia⁶. Siguiendo el documento de consenso estatal para la evaluación médica básica de los niños adoptados en el extranjero, se realizó a todos una serología de sífilis (RPR o VDRL). Si las pruebas

reagínicas son positivas, se realiza prueba treponémica específica (FTA-ABS) para su confirmación. Esta prueba se realiza también a todos los niños menores de un año en los que exista confirmación o sospecha clínica elevada de que su madre biológica tuvo sífilis⁷.

La evaluación de los informes médicos preadoptivos determinó que al menos el 16% (n = 72) de las madres biológicas de los niños rusos adoptados tenían sífilis activa durante la gestación y que al menos el 32% (n = 23) de los niños rusos adoptados cuya madre tenía sífilis activa tuvo SC. En la exploración física y neurosensorial realizada a los niños tras su llegada no se detectaron lesiones o estigmas característicos de la enfermedad en ninguno y la serología de sífilis fue negativa en todos. En 5 niños menores de un año cuya madre tuvo sífilis activa confirmada se realizó también prueba treponémica específica, que fue negativa.

Los estudios epidemiológicos y clínicos realizados por el Equipo de Investigación de Sífilis Congénita (EISC) del Ministerio de Salud de Rusia refieren que entre las gestantes rusas con sífilis activa, la frecuencia de tener un recién nacido con SC oscila entre el 25 y el 64%, y que entre las gestantes que no realizaron controles médicos del embarazo o lo iniciaron de forma tardía (por encima de la 28 semana de gestación), y que no recibieron tratamiento o este fue inadecuado o no completado, el riesgo de que el recién nacido tenga SC es de hasta el 86%^{8,9}. En Rusia se define como tratamiento adecuado de los estadios primario, secundario y todas las formas de sífilis latente durante el embarazo la administración de penicilina G benzatina de acción prolongada y también la administración diaria de penicilina G procaína de acción corta. Cualquiera de las 2 pautas terapéuticas debe completarse por lo menos 30 días antes del parto. La normativa estipula que solo los dermatovenerólogos están autorizados para el tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas por sífilis, aunque como resultado de las recomendaciones del EISC se han iniciado reformas de las políticas nacionales⁸. En Rusia, para que un niño sea diagnosticado de SC debe ser clínicamente sintomático o tener anomalías serológicas persistentes. Según el EISC, estos requisitos pueden ser motivo de una subestimación de su frecuencia, ya que no contempla como casos probables a los niños asintomáticos, que son la mayoría, nacidos de madres con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. De cualquier forma, las políti-

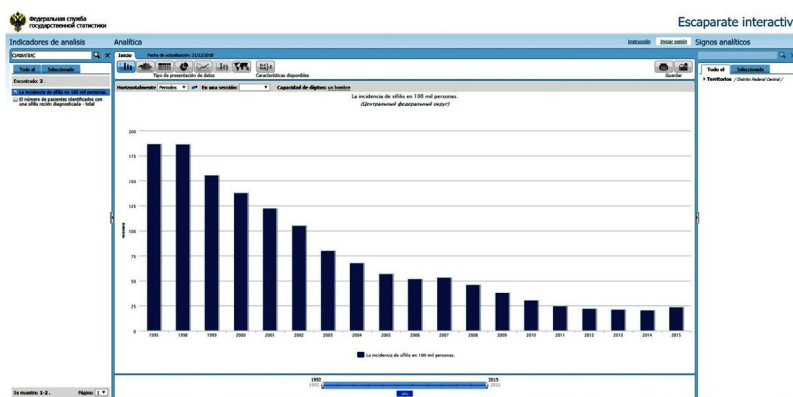


Figura 1 Incidencia de sífilis en Rusia (1995-2015). Fuente: Servicio Federal de Estadísticas del Estado Ruso. Disponible en: <https://www.gks.ru>.

cas sanitarias estipulan que estos niños reciban tratamiento preventivo con penicilina^{8,9}.

Se estima que en los niños adoptados de Rusia la prevalencia de SC temprana y tardía es inferior al 0,05%¹⁰, lo que indica que son bien diagnosticados, tratados y controlados en su país de origen. De cualquier forma, a pesar de esta baja prevalencia, consideramos que es importante continuar realizando un cribado de sífilis tras la llegada al país de adopción.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barr AD, Field MG. The current state of health care in the Former Soviet Union: Implications for health care policy and reform. *Am J Public Health*. 1996;86:307–12.
2. Tikhonova L, Borisenko K, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Renton A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: Trends, origins, and priorities for control. *Lancet*. 1997;350:210–3.
3. Netesov SV, Conrad JL. Emerging infectious diseases in Russia, 1990-1999. *Emerg Infect Dis*. 2001;7:1–5.
4. Riedner G, Dehne KL, Gromyko A. Recent declines in reported syphilis rates in eastern Europe and central Asia: Are the epidemics over? *Sex Transm Infect*. 2000;76:363–5.
5. Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995-2005. *Sex Transm Infect*. 2010;86:6–14.
6. Oliván Gonzalvo G. Adopción en Rusia Ucrania y Kazajstán: informes médicos, problemas de salud y telemedicina. *Pediatr Integral*. 2009;12:90–5.
7. Consenso en adopción internacional. En: Guía breve para pediatras y otros profesionales sanitarios. Valladolid: CORA; 2008.
8. Tikhonova L, Salakhov E, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S, Congenital Syphilis Investigation Team. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences. *Sex Transm Infect*. 2003;79:106–10.
9. Salakhov E, Tikhonova L, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S, Congenital Syphilis Investigation Team. Congenital syphilis in Russia: The value of counting epidemiologic cases and clinical cases. *Sex Transm Dis*. 2004;31:127–32.
10. Miller LC. Syphilis. En: Miller LC, editor. *The handbook of international adoption medicine. A guide for physicians, parents, and providers*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 276–85.

G. Oliván-Gonzalvo

Centro de Pediatría y Adopción Internacional, Zaragoza, España

Correo electrónico: golivang@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.019>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Úlcera de Lipschütz. Una úlcera genital aguda no infecciosa para tener en cuenta en mujeres adultas



Lipschütz ulcer: an acute noninfectious genital ulcer to bear in mind in adult women

Sr. Director:

La úlcera genital es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y pueden generar gran ansiedad en el paciente y su entorno¹. Su etiología es diversa e incluye causas infecciosas, inflamatorias, farmacológicas, traumáticas y tumorales, pudiendo llegar a ser un reto diagnóstico². La úlcera genital aguda no infecciosa (UGANI) o de Lipschütz ha sido descrita clásicamente en niñas que aún no han iniciado su vida sexual³, pero puede ser una causa frecuente de úlceras genitales en mujeres adultas sexualmente activas¹. A continuación se describe el caso de una mujer joven con una UGANI.

Mujer de 21 años sin antecedentes patológicos y vida sexual activa acudió al servicio de Urgencias por unas úlceras genitales muy dolorosas de una semana de evolución. Además, refería odinofagia y fiebre durante los tres días previos. Negaba relaciones sexuales en los dos meses anteriores o la ingesta de fármacos. A la exploración física, la paciente estaba febril (37,5°C axilar), se palpaban adeno-

patías cervicales dolorosas y la faringe estaba eritematosa. Se observaba un marcado edema de los labios mayores y múltiples úlceras redondeadas con una base de fibrina y un halo grisáceo, simétricamente distribuidas a ambos lados de la vulva (fig. 1). Los cultivos faríngeos, de la úlcera genital y las serologías para virus Epstein Bar (VEB), incluyendo la aglutinación de anticuerpos heterófilos y la IgM e IgG fueron negativos. También fueron negativas las serologías para citomegalovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, sífilis y VIH, así como las PCR de frotis de las úlceras para virus herpes tipo 1 y 2, *Treponema pallidum*, linfogranuloma venéreo, *Chlamydia trachomatis* serotipos D-K y *Haemophilus ducreyi*. No se realizaron PCR para virus de la influenza u otros virus respiratorios. La paciente se trató con ibuprofeno 400 mg cada ocho horas vía oral durante cuatro días, fomentos de agua de Goulard y metilprednisolona 1% en crema durante 10 días, con lo que evolucionó favorablemente, sin complicaciones, con una disminución del dolor y la cicatrización de las ulceraciones en las siguientes semanas.

Discusión

La UGANI es una patología de etiología desconocida caracterizada por úlceras dolorosas y necróticas de inicio agudo, clásicamente de distribución simétrica «en beso» o «besadoras» o «*kissing ulcers*». En ocasiones es precedida por síntomas gripales o del tipo mononucleosis. Es más frecuente en mujeres jóvenes y en niñas que no han iniciado la actividad sexual^{3,4}, siendo excepcionales los casos en meno-