



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TÍTULO PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**LESIONES PRURIGINOSAS VIOLÁCEAS EN GESTANTE DE 18
AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 23 SEMANAS DE
GESTACIÓN**

AUTORA:

SHIRLEY AMADA RAMIREZ OLVERA

TUTOR:

DR. HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2018

Contenido

RESUMEN	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCION.....	III
I. Marco Teórico	1
1.10 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. Metodología del diagnostico	12
2.1 Análisis del motivo de la consulta.....	12
Historia clínica de la paciente.....	12
2.2 Historia clínica de la enfermedad actual	12
Anamnesis	12
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.....	12
2.3 Exploración clínica	13
2.4 Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....	13
2.5 Conducta a seguir	14
2.6 Tratamiento.....	14
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud	15
2.8 Seguimiento.....	15
2.9 Observaciones	16
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS.	

RESUMEN

PALABRAS CLAVES.- Lesiones pruriginosas – sífilis – embarazo alto riesgo

Se trata de una embarazada de 18 años de edad con 23 semanas de gestación, sin control prenatal y caracterizado por tres meses de aparición de manchas violáceas en la región perineal y de la vulva (labios mayores y menores), cuyo objetivo fue el “Determinar características de las lesiones pruriginosas violáceas a nivel de la vulva con embarazo de 23 semanas de gestación” y evaluar las situaciones que afectan a la salud de las gestantes que padecen sífilis. Se realizó la anamnesis previa con datos gineco-obstetricos, personales, donde se resalta el ningún control prenatal y una HTA controlada con losartan de 29mg, y la presencia por lesiones pruriginosas la región bulbar en los labios mayores y menores, examen físico sin problemas y con diagnóstico definitivo: Embarazo de 23 semanas de gestación más sífilis secundaria, con presencia de lesiones pruriginosas enlabios mayores y menores bulbares. Embarazo de alto riesgo CIE 10 Z35.- Se administró en emergencia 1 dosis de penicilina benzatinica de 2.4.millones, intramuscular. Se aplicó en las lesiones a nivel de la vulva rosa mosqueta para aliviar la picazón. Se envió al laboratorio la prueba llamada Campo Oscuro.

ABSTRACT

KEY WORDS.- Pruritic lesions - syphilis - high risk pregnancy

This is a pregnant woman of 18 years of age with 23 weeks of gestation, without prenatal control and characterized by three months of appearance of violaceous spots in the perineal region and of the vulva (major and minor lips), whose objective was the "Determine characteristics of violaceous pruritic lesions at the level of the vulva with pregnancy of 23 weeks of gestation "and evaluate the situations that affect the health of pregnant women suffering from syphilis. A previous anamnesis was made with gynecological-obstetric, personal data, highlighting no prenatal control and controlled hypertension with losartan of 29mg, and the presence of pruritic lesions in the bulbar region of the major and minor lips, physical examination without problems and with definitive diagnosis: Pregnancy of 23 weeks of gestation plus secondary syphilis, with the presence of pruritic lesions of the major and minor bulbar arteries. High-risk pregnancy ICD 10 Z35.- One dose of 2.4.million penicillin benzathine, intramuscular, was administered in emergency. It was applied in the lesions at the level of the rose hip vulva to relieve the itching. The test called Campo Oscuro was sent to the laboratory.

INTRODUCCION

Forero et al, la catalogan a la sífilis o Leus como crónica e indolente, contagiosa, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolución crónica y distribución mundial, de transmisión sexual o transplacentario cuya característica es la de afectar múltiples sistemas incluyendo la piel, mucosas y anexos cutáneos. Por lo que muchos la denomina “la gran simuladora” pues es difícil su diagnóstico por su amplio espectro de manifestaciones impidiendo un tratamiento oportuno (Forero, 2011).

En toda la etapa del embarazo, la gestante sufre una serie de modificaciones vasculares, endocrinas, metabólicas e inmunológicas que hacen a la mujer embarazada muy susceptible a un grupo de cambios cutáneos, tanto fisiológicos como patológicos. Las dermatosis del embarazo se presentan como consecuencia de estas alteraciones. Esta afectación cutánea en una mujer embarazada en su mayoría es consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo, de enfermedades exacerbadas durante dicho período, que solamente se presentan durante la gestación y de las que son específicas del embarazo. (Acosta et. al, 2016).

Cuando se habla de dermatosis específicas del embarazo en sentido estricto, nos referimos a aquellas enfermedades dermatológicas con características peculiares y que han sido descritas mayoritariamente durante el embarazo o el postparto inmediato. Las dermatosis específicas del embarazo descritas hasta la actualidad son: herpes gestationis (HG) o penfigoide gestacional (PG), erupción polimorfa del embarazo (EPE), prurigo del embarazo (PE) y la foliculitis del embarazo.

Estas manifestaciones de lesiones cutáneas en su mayoría son dependientes del funcionamiento hormonal, el metabólico y otras de orden patológico, nutricional, étnico, ambiental y hábitos. Se debe señalar que la placenta y el feto producen la

hormona gonadotrofina que es la encargada del color amarillo en el cuerpo, que produce a su vez estrógenos en los primeros tres de meses de gestación.

La etapa de la gestación se ven afectada en el 30 a 50% de las mujeres de repercusiones cutáneas que aparece desde el inicio del embarazo. La placenta juntamente con el binomio madre-feto conforma lo que se conoce como sistema endocrinológico que incide en su repercusión a la piel y el organismo en su totalidad. (N/N., 2010)

Por lo que se afirma que algunas alteraciones fisiológicas y fisiopatológicas a nivel metabólico, inmunológico, endocrino y vascular, ocurren durante el embarazo, lo que hace a la mujer gestante más sensible a cambios en su piel y apéndices cutáneos, también el embarazo es incidente en muchas enfermedades de piel e induce la aparición de otras, como la sífilis que es un problema grave cuando afecta a la mujer en gestación, dado a que genera sífilis gestacional generando complicaciones tales como: aborto espontaneo, hidrops neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte en el recién nacido. (N/N., 2010)

En el presente estudio de caso se hace el reporte de una embarazada de 18 años de edad con 23 semanas de gestación, sin inicio de control prenatal y caracterizado por tres meses de aparición de manchas violáceas en la región perineal y de la vulva (labios mayores y menores).

I. Marco Teórico

La dermatitis, conocida también como acné o las urticarias suelen hacer su aparición o acentuarse durante el embarazo, pues existe la ocurrencia de que en ciertas mujeres que en su infancia han padecido de dermatitis atópica y le desaparecieron, en la gestación vuelven a reaparecer. Estas enfermedades tiene una característica común como es la picazón más o menos intensa en las zonas de flexura, por lo que se requiere un especial cuidado en el embarazo pues se produce un aumento de melanina que provoca las quemaduras de la piel y un aumento de histamina en la sangre, que es el elemento que produce el picor

1.1 La Piel

En este estudio de caso clínico se considera impotente referirnos en primer lugar a La piel pues constituye la parte protectora de nuestro cuerpo con funciones específicas, entre las que se destacan en la regularización de la temperatura, el almacenamiento del agua y grasa, evitando además la entrada de gérmenes patógenos a nuestro organismo (Valdes R, 2012).

Posee además la capacidad de producir hormonas como también sustancias por lo cual se lo puede considerar como un órgano endocrino, que está formado por 3 capas: epidermis, dermis y tejido subcutáneo (obstetricia, 2017)

1.2Epidermis

Llamada así a la primera capa de la piel la cual es fina y se compone de 3 capas:

Es la primera capa, es fina y se compone de 3 capas:

Capa Córnea o llamada también estrato córneo es la capa más superficial de todas, la misma que experimenta una renovación constante contiene queratinocitos maduros.

Capa Escamosa: Es la segunda capa posee queratinocitos activos que posterior evolucionan a células escamosas.

1.3 Lesiones pruriginosas

En este tema debemos referirnos a dermatosis específicas del embarazo en un sentido estricto, pues según Acosta Alvares Iliana. Et, al, Estas son enfermedades dermatológicas con características peculiares y que en su mayoría han sido advertidas y descritas durante el embarazo como también en el postparto inmediato. Según este autor cita a Holmes y Black en 1983 como los pioneros en la clasificación de la dermatosis en el embarazo (Acosta et. al, 2016).

Las dermatosis específicas del embarazo son:

- Herpes gestacional (HG) O Penfigoide gestacional (PG)
- Erupción polimorfa del embarazo (EPE)
- Prurigo del embarazo (PE) y
- Foliculitis del embarazo (FE).

1.4 Tratamiento

Según (Machiete, 2017) al no existir un tratamiento efectivo para eliminar la lesión cutánea pruriginosa en las embarazadas se plantea la prevención, considerándose la recuperación en la piel de su capacidad elástica con la aplicación de estimulantes celulares de los fibroblastos como son: centalla asiática y el aceite de rosa mosqueta y de sustancias que generen aminoácidos entre los cuales están la hidroxiprolina y el ácido aspártico, en la generación de fibras de colágeno y elastina como el hidroxiprolisilano.

1.5 Sífilis

Todas estas manifestaciones de lesiones dermatológicas tienen relación en la mayoría de los casos con la enfermedad de la sífilis por lo que importante en este estudio de caso el concepto que emiten Nancy Forero y María Peña. Quienes señalan que la sífilis como otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es hoy de gran preocupación de la salud pública, por el aumento de la misma en las diferentes edad, siendo los más afectados en 15 y 24 años de edad. Esta patología es fácil su diagnóstico en hombres, lo contrario sucede en las mujeres y hombres homosexuales, pues las lesiones suelen localizarse en la vagina y cérvix o en el canal anal respectivamente, por lo cual se genera progresión si no se recibe el debido tratamiento (Forero, 2011).

1.6 Etiología

Las bacterias del orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae, se han agrupado por sus propiedades morfológicas comunes. El orden Spirochaetales se subdivide en tres familias y en 13 géneros, de los cuales, tres originan enfermedad en el ser humano (Treponema, Borrelia y Leptospira).

Las dos especies de Treponema que producen enfermedad en el ser humano son: Treponema pallidum (con tres subespecies) y Treponema carateum. Todas provocan la misma respuesta serológica en el ser humano y son sensibles a la penicilina. Estos microorganismos se distinguen por sus características epidemiológicas y por su presentación clínica. (El bejel, la frambesia y la pinta no son enfermedades venéreas).

- Treponema pallidum subespecie pallidum es el agente etiológico de la sífilis venérea
- Treponema pallidum subespecie endemicum produce la sífilis endémica (bejel)
- Treponema pallidum subespecie pertenue causa la frambesia
- Treponema carateum rigina la pinta. (María del Valle Odero, 2017).

1.7 Epidemiología

La sífilis es una enfermedad exclusiva de los seres humanos, por lo que no existen otros organismos anfitriones naturales.

El, *Treponema pallidum*.- Es un microorganismo que por ser muy lábil e incapaz de sobrevivir a la desecación o a la acción de los desinfectantes, no se puede propagar por el contacto con objetos inanimados.

La sífilis puede ser adquirida por contacto sexual, vía intrauterina a través de la placenta o cuando el recién nacido atraviesa el canal del parto, por contacto íntimo con una lesión activa, por transfusión de sangre humana contaminada con el microorganismo o por inoculación directa accidental por un pinchazo con una aguja o durante la manipulación de material clínico infectado. (María del Valle Odero, 2017).

1.8 Definición de sífilis materna

La OPS define a la sífilis materna como:

Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación (OPS O. P., 2016 (Actualizado) primera edición 2005).

1.9 Etapas de la sífilis

Dra. Macarena Vidal en su cátedra de enfermedades infecciosas y el caso clínico de Sífilis Secundaria, clasifica la sífilis de la siguiente manera:

1.9.1 Sífilis Precoz.- De mayor riesgo de transmisión la misma que comprende:

Sífilis primaria

Sífilis secundaria

Sífilis latente temprana

1.9.1.1. Sífilis primaria

En la mayoría de los casos esta se manifiesta como una úlcera indolora conocida como chancro sifilico dicha lesión puede encontrarse oculta en el recto, en el canal vaginal, en el cérvix o en la orofaringe; por lo que la persona será asintomática.

1.9.1..2 Sífilis secundaria

Aparece de 3 a 12 semanas de pues del chancro con la presencia de lesiones cutáneas durante este periodo que se conocen como: la roséola sifilica y lesiones papulosas, no son pruriginosas.

1.9.1.3. Sífilis latente temprana

Durante esta fase el diagnóstico de sífilis puede realizarse únicamente a través de pruebas serológicas. Este período se divide en base a su tiempo de duración, así: Sífilis latente temprana (menos de año de duración).

1.9.2. Sífilis Tardía.-

Sífilis latente tardía

Sífilis terciaria (Vidal, 2013)

1.9.2.1. Sífilis latente tardía

Esta fase tiene una duración mayor de un año o; de tiempo indeterminado. En este periodo el 25 al 30% de las personas infestadas presentan manifestaciones de sífilis terciaria y debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas

1.9.2.2 Sífilis terciaria

Se presenta hasta en el 40% de las personas infectadas que no recibieron el tratamiento específico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de este estadio son las complicaciones cardiovasculares, las lesiones neurológicas y los gomas sifilíticos.

1.9.3 Causas

Como se indicó anteriormente la sífilis es una enfermedad causada por una bacteria denominada *Treponema pallidum* y su infección más frecuente es por cualquier tipo de contacto sexual como:

Penetración vaginal o anal

Sexo oral o,

Cualquier otro tipo de contacto íntimo con lesión sifilítica activa (Arponen Sari. Dra, 2017 (actualizado)).

Además debemos indicar también como otra causa, la falta o insuficiente búsqueda y tratamiento de las parejas sexuales, así como también a no haber brindado información apropiada y suficiente sobre las formas de prevención de esta ITS de parte de los organismos competentes. La infección sexual se produce por la inoculación de microorganismos en abrasiones causadas por microtraumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales y evoluciona a erosiones y posteriormente en úlceras y si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones potencialmente graves. (OPS O., 2010).

1.9.4. Tratamiento

El tratamiento debe ser integral y precoz tanto para el paciente como para su pareja; se debe indagar comportamientos sexuales que puedan incurrir a otras ITS. La penicilina es el antibiótico de elección, con eficacia probada para cualquiera de los estadios de la enfermedad, ya que cura a la madre, previene la transmisión materno-infantil y, trata al recién nacido. Se ha comprobado que la Penicilina es el único antibiótico efectivo para evitar la sífilis congénita, en ciertos casos es necesario desensibilizar a las gestantes alérgicas a la penicilina, pues tanto tetraciclinas como cloranfenicol están contraindicadas explícitamente durante el embarazo. Si no fuese posible la desensibilización, como última alternativa podría utilizarse ceftriaxona 2g/día por vía intravenosa durante 14 días o emplear doxiciclina durante dos semanas en sífilis temprana y durante cuatro semanas en sífilis latente tardía.

En las embarazadas en bebe debe ser examinado mensualmente además de sede dar tratamiento si el caso de que la madre no se ha tratado adecuadamente mínimo un mes antes del parto. (Arponen Sari. Dra, 2017 (actualizado)).

(Katherine M Holman, 2013) Opinan que el tratamiento y el diagnostico de sífilis en mujeres embarazadas debe realizarse durante el primer o segundo trimestre pues se han obtenido peores resultados asociados al tratamiento en el tercer trimestre. La terapia durante o después del segundo trimestre se aconseja ir acompañada de la evaluación fetal por ultrasonido (si fuese posible) con posteriores exámenes serológicos en los niños de madres infectadas.

1.10 JUSTIFICACIÓN

El profesional de obstetricia debe conocer los síntomas de la sífilis una enfermedad que es un problema grave cuando se presenta a la mujer en estado de gestación.

Además las funciones de la obstetricia no solo están encaminada a la administración de medicamentos sino también al cuidado directo, vigilancia, promoción prevención control del proceso salud-enfermedad, promoviendo entornos y estilos de vida saludables.

En el presente estudio de caso se tuvo como finalidad el evaluar las diferentes situaciones que afectan a la salud de las gestantes que padecen sífilis y ponderar la importancia de las características de las lesiones cutáneas en la embarazada que permita el goce de un buen estado de salud de las gestantes.

Las lesiones pruriginosas producto de la sífilis son parte de las enfermedades dermatológicas que frecuentan en 30 al 50% durante el periodo de la gestación, advirtiéndose cambios de orden fisiológicos y fisiopatológicos. Es importante señalar que hasta la actualidad no se ha podido establecer las causas que se estiman podrían aparecer en la etapa gestacional con relación a la producción hormonal que existe en cada etapa (Forero et al, 2011)

El o la profesional obstetra a través de un minucioso análisis del cuadro clínico y la exploración clínica de la patología en referencia, pondrá en ejecución los conocimientos adquiridos, con la facultad de poder elaborar un Plan de acción

Obstetra para minimizar o eliminar los efectos de las lesiones pruriginosas en las embarazadas.

En este estudio de caso de una paciente de 18 años de edad con 23 semanas de gestación se procuró el mejoramiento de la salud de la misma, y además se le da importancia de que los resultados permitirán a los profesionales de salud la identificación y manejo de esta patología, lo que habla de aporte científico, pues no existe información suficiente de esta temática, justificando la necesidad de conocer la prevalencia permitiéndose la entrega de un servicio de salud con calidad y calidez. En razón de esto el objeto de este estudio de caso es adquirir herramientas para el diagnóstico temprano y tratamiento de trastornos sifilicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar características de las lesiones pruriginosas violáceas a nivel de la vulva en paciente de 18 años de edad con embarazo de 23 semanas de gestación.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales lesiones pruriginosas violáceas cutáneas durante la gestación y su etapa gestacional.

- Analizar el cuadro clínico de la paciente.

1.3 DATOS GENERALES

— **Nombre de la paciente**

Se obvia

— **Edad.**

18 años

— **Procedencia**

Área urbana

— **Estado civil**

Unión Libre

— **Etnia**

Mestiza

— **Fecha de nacimiento**

5/febrero/1999

— **Educación**

Ninguna

— **Antecedentes Gineco-Obstétrico (AGO)**

Primigesta.

Menarquia: 11 años

Ciclo menstrual: 4 cada 28 días

Inicio de vida sexual activa: 14 años

Número de parejas sexuales: 3

Niega uso de anticonceptivo

Fecha de última menstruación: 25 de julio del 2016

Fecha probable del parto: 2 de abril del 2017

Control prenatal: ninguno.

— **Antecedentes personales (AP)**

Niega el alcoholismo y el tabaquismo

Niega el uso de drogas

Niega sufrir alguna enfermedad y alergia

— **Antecedentes familiares**

Sin antecedentes hereditarios.

II. Metodología del diagnóstico

2.1 Análisis del motivo de la consulta

En este estudio de caso se admitió el ingreso de una embarazada de 18 años de edad con 23 semanas de gestación, sin inicio de control prenatal y caracterizado por tres meses de aparición de manchas violáceas en la región de la vulva (labios mayores y menores), con picazón, que producto de la magnitud, tamaño, extensión y aspecto de las lesiones se decide admitir en la sala Gineco obstetricia para su seguimiento estricto de la gestante.

Historia clínica de la paciente

No refiere.

2.2 Historia clínica de la enfermedad actual

Anamnesis

APP.- La Hipertensión arterial HTA controlada con losartan de 29 mg. Esta paciente manifiesta no ingerir alcohol y tabaquismo.

APF.- Padre cirrótico

AQP.- Prurito a nivel de labios mayores aplicando aceite de rosa mosqueta para su alivio inmediato.

Score mama: 0

Presión arterial: 100/80

Frecuencia cardiaca: 80

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36°C

Estado de conciencia: Alerta.

Proteinuria: negativa

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.

Como resultado de un conversatorio colectivo e interdisciplinario con profesionales de Medicina Interna, Dermatología, Medicina intensiva, Obstetricia-ginecología, imagenología, se concluye como una principal hipótesis diagnóstica en lesiones pruriginosas violáceas con picazón, requiriéndose otras opciones diagnósticas como toma de muestra de la piel (biopsia) para relacionarlas con sífilis, herpes gestacional o penfigoide gestacional.

2.3 Exploración clínica

Paciente sin control prenatal y con tres meses de evolución, por lesiones pruriginosas localizadas en la región bulbar en los labios mayores y labios menores.

2.3.1 Examen Físico.

General: alerta, consiente, orientada, buen estado general.

Cabeza: normocefalo, sin deformaciones.

Cuello: simétrico, no se palpa ganglios, ni tumoraciones.

Tórax: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni galopeo.

Abdomen: útero grávido, altura uterina 22 centímetros, dorso derecho, cefálico, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto, sin dinámica uterina.

Pelvis: se observa úlceras con bordes definidos a nivel de vaginal, labios mayores y menores.

Especuloscopia: leucorrea escasa, no fétida, sin pérdida transvaginal.

Tacto: cérvix posterior, cerrado, sin pérdida transvaginal, ni modificación cervical, membranas íntegras.

Extremidades inferiores: simétricas, sin edema

Resto del examen físico sin alteraciones a destacar.

2.4 Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos

2.4.1 Diagnóstico presuntivo:

Embarazo normal cie 10 Z34

2.4.2 Diagnóstico diferencial:

Herpes genital

Sífilis que complica el embarazo, el parto y puerperio Cie 10 0981.

Es imprescindible la historia clínica bien detallada, con exploración clínica, uso de medicamentos y exposición a agentes ambientales y diagnóstico clínico. Pruebas de laboratorio en caso de colestasis y psoriasis u biopsia de piel para confirmación de preeclampsia gestacional y psoriasis pustulosa

2.4.3 Diagnóstico definitivo:

Embarazo de 23 semanas de gestación más sífilis secundaria, con presencia de lesiones pruriginosas en labios mayores y menores bulbares.

Embarazo de alto riesgo CIE 10 Z35

2.5 Conducta a seguir

Se recomienda consejería y el uso de métodos de barrera en relaciones sexuales, para evitar el progreso de la infección, cumplir el tratamiento, disminuir las complicaciones y asegurar el tratamiento de su(s) pareja(s)

Debe realizarse un seguimiento mensual mediante la realización de las pruebas serológica (VDRL o RPR) para evitar riesgos de reinfección (José Félix Oletta L., 2010).

2.6 Tratamiento

Se administró en emergencia 1 dosis de penicilina benzatinica de 2.4.millones, intramuscular.

Se aplicó en las lesiones a nivel de la vulva rosa mosqueta para aliviar la picazón.

Se indicó la necesidad de uso de barrera en relaciones sexuales hasta que se realice el tratamiento a la pareja y la conformación de los resultados.

Es importante aconsejar cuidados de hidratación adecuada de la piel. Los emolientes como urea al 3-10% se consideran seguros. Para control del prurito los antihistamínicos, son dexclorfenhidramina 2mg cada 6-8 horas en el primer trimestre y los antihistamínicos de segunda generación en segundo y tercer trimestre como cetirizina 10mg cada 24 horas o loratadina 10 mg cada 24 horas

Las lesiones dérmicas se pueden tratar con corticoides tópicos de intermedia-baja potencia como por ejemplo hidrocortisona 2-3 aplicaciones al día, o de potencia alta como clobetasol o betametasona de 1 a 3 aplicaciones al día. (Uceda, 2014).

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud

La gestante de 18 años de edad, presentaba lesiones ulceradas en la región de la vagina con inicio de picazón, con característica de presumir sífilis materna.

Se envió al laboratorio la prueba llamada Campo Oscuro, la misma que nos permite la identificación del *Treponema pallidum* mediante el examen directo del exudado de la lesión, es una prueba definitiva. Es una prueba útil para asegurar el diagnóstico de sífilis en sus estadios primario, secundario y, para el diagnóstico de sífilis congénita. La sensibilidad de esta prueba es del 75-80%.

Estas pruebas requieren de 14 a 20 días para hacerse reactivas. Las pruebas serológicas usadas para el diagnóstico de sífilis se dividen en treponémicas y no-treponémicas. Todas estas pruebas serológicas tienen una alta sensibilidad (OPS O., 2010).

2.8 Seguimiento

No se realizó el seguimiento a la paciente.

2.9 Observaciones

Debemos indicar que la sífilis es una enfermedad prevenible y su presencia en ciertos sectores nos refleja un fracaso en los sistemas de atención prenatal como de los programas de la sífilis, pues sus estrategias de prevención congénita mediante el tamizaje prenatal y el tratamiento están bien establecidos.

Pero la sífilis en mujeres embarazadas no tratada oportunamente puede afectar al producto con graves consecuencias, aun cuando no es una nueva enfermedad ni muchos menos re-emergentes, pues se la considera una enfermedad antigua y descuidada en la que los seres humanos es el único huésped natural (José Félix Oletta L., 2010).

En el embarazo El tratamiento debe considerar los riesgos y beneficios para la unidad materno-fetal. No debe ser iniciado hasta que la severidad de los síntomas sobrepase los riesgos potenciales para el feto. El objetivo del tratamiento es disminuir los síntomas: prurito intenso y lesiones (De la Cruz, 2012).

CONCLUSIONES

La infección por sífilis durante el embarazo representa un problema de salud pública a nivel mundial.

En este estudio de caso y una vez concluido el mismo, vemos la transmisión materno -infantil de la sífilis, y siendo esta una enfermedad totalmente prevenible y que podemos evitar como en este caso evitando la ausencia del control materno por lo cual es de suma importancia la inscripción precoz al control prenatal en el primer mes del embarazo.

El médico debe solicitar los laboratorios indicados de acuerdo a la edad gestacional y número de consulta, como es el caso de nuestra paciente, de esta forma se evitará el subregistro que enmascara la realidad en la cual se encuentra la paciente; y así se podrá ofrecer la oportunidad de un tratamiento eficaz que evite la infección congénita y el avance de esta enfermedad que además presente lesiones firmes y elevada en los labio mayores y menores.

Repetir la prueba serológica en el tercer trimestre para verificar la existencia de una reinfección, además se estable que la embarazada debe ser tamizada para sífilis con pruebas serológicas en la primera visita prenatal y a las 32 o 36 semanas si la paciente presenta factores de riesgo, como al momento del parto si paciente presentara alto riesgo de infección.

Con este estudio de caso se espera a través los hallazgos dermatológicos y manifestaciones sistemáticas y en cuanto sospechemos de la sífilis los profesionales de obstetricia puedan ofrecer un tratamiento adecuado en cada estadio de la misma evitando complicación y progresión de esta patología en las embarazadas, mejorando su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

- Acosta et. al, .. A. (2016). Penfigoide gestacional una dermatosis específica del embarazo . *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. Vol.15, 30-36.
- Arponen Sari. Dra. (2017 (actualizado)). Causas de la Sifilis. *Revista de Salud y Bienestar*, s/p.
- Corrales,silvia catalina . (2015). importancia epidemiologica del diagnostico temprano en el manejo de sifilis gestacional y congenita fall terapeutica del tratamiento secundaria a demora en el diagnostico. *revista salud bosque*, 1-2.
- De la Cruz, C. (2012). Penfigoide gestacional "Herpes gestations" revision a partir de un caso clinico. *Rev, Chil OBSTET GINECOL*, 64-71.
- Forero et al, L. -p. (2011). Manifestacions dermatologicas de la sifilis. *Mdicas UIS, DERMATOLOGIA*, 59.
- Forero, L. N. (2011). Manifestaciones dermatologicas de la sifilis. *médicas uis*, 217-29.
- José Félix Oletta L., A. C. (2010). Sífilis Congénita: Un problema de salud continuo, pero descuidado. *ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA*, 236-251.
- Katherine M Holman, E. W. (2013). Manejo clinico de la sifiles temprana. *Rev. experto Anti Infectar otras.*, 839-843.
- Machiete, L. y. (2017). Piel y Embarazo. *Science*.
- María del Valle Odero, B. (2017). ETIOLOGIA. En *ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-MICROBIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS EN EL HUVV (MÁLAGA)* (pág. 22). MALAGA: Universidad de Malaga.
- N/N. (2010). CAPITULO 25: Manifestaciones dermatológicas del embarazo y la lactancia. En N/N, *Piel latinoamericana*.

- obstetricia, S. a. (2017). *Trastornos dermicos*. Granada - España: HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES.
- OPS, O. (2010). "Guía Clínica para la Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y la Sífilis congénita en América Latina y El Caribe. *“Guía Clínica para la Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y la Sífilis congénita en América Latina y El Caribe*.
- OPS, O. P. (2016 (Actualizado) primera edición 2005). "Sífilis Materna y Sífilis Congénita:.
- Schilcrot et,al, Felix Firch Paula Majluf-Caceres, Jjuan Parrales,-Cartes. (2017). Sífilis gestacional. *Medigraphi*, 2-3.
- Uceda, M. &. (2014). Dermatitis del embarazo a propósito de un caso. *Semergen*, 8-13.
- Valdes R, T. B. (2012). La Piel y el Sistema Endocrinológico. *G,Med.*, 162-168.
- Vidal, M. (s/d de Abril de 2013). Cso clínico de Sífilis secundaria. (Estudiantes, Entrevistador)

ANEXOS.



Figura 1 Examen de cuarta generación de sífilis



Figura 2 Examen de sífilis



Figura 3 Exploración ginecológica de la paciente sobre las lesiones en región vulva



Figura 4.- Exploración ginecológica de la paciente sobre las lesiones en región vulva