

Diagnóstico y tratamiento de la sífilis

Diagnosis and treatment of syphilis

Félix Fich¹

Palabras clave: sífilis, VDRL

Key words: syphilis, VDRL

Dermatol Argent 2008;14(3):182-190

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antes denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS), constituyen un grupo de patologías infectocontagiosas que tienen la particularidad de transmitirse fundamentalmente mediante relaciones sexuales. Esta situación determina que deban controlarse a través de programas especiales que las separan del resto de las enfermedades infecciosas.

No es la única vía de transmisión, pues también se transmiten por inyecciones con jeringas contaminadas o transfusiones (SIDA, hepatitis B y C), o bien por transmisión vertical ya sea durante la gestación (sífilis), por infección en el canal del parto (gonorrea, HPV) o a través de la leche materna (SIDA).

Clásicamente, el manejo de estas enfermedades se resume en la ecuación de May y Anderson,^{1,2} que dice:

$$R_0 = C \times B \times D$$

en la que R_0 es la tasa reproductiva de la infección, C es la tasa efectiva media de cambio de pareja sexual, B es la eficiencia media de transmisión por cada exposición sexual y D es la duración media del período de contagiosidad después de adquirida una nueva infección.

Para el control de la ITS existen tres sistemas básicos:

1. Puede hacerse tratamiento masivo, por ejemplo en una población dada con alta tasa de infección por treponemas se puede indicar una dosis de penicilina benzatina

a toda la población. Esta medida realmente no se aplica en la actualidad.

2. El sistema que podemos considerar como *gold standard* es el manejo etiológico que, obviamente, consiste en identificar el microorganismo causante e indicar el tratamiento adecuado.
3. El tercer sistema es el más usado en los países en vías de desarrollo y se denomina manejo sintomático.³ Consiste en agrupar los síntomas de las enfermedades y luego dar un tratamiento común a todos ellos; por ejemplo, ante una uretritis se puede indicar el tratamiento para la gonorrea y las uretritis no gonocócicas simultáneamente. El manejo sintomático en general se recomienda indicarlo en una sola dosis y frente al personal de salud. Otros síndromes que se encararan de este modo son los flujos vaginales, las úlceras genitales y las lesiones papulosas genitales. Realmente son muchos más y dependen de la realidad epidemiológica del lugar donde se aplica.

Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, microorganismo largo, delgado y enrollado en forma helicoidal, espiral o en sacacorchos. La infección natural es exclusiva del ser humano.⁴⁻⁶

La enfermedad ha sido dividida en las etapas evolutivas precoz y tardía, y el límite entre ellas se sitúa convencionalmente en un año. Esta división tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Las lesiones cutáneo-mucosas de las formas precoces son contagiosas y las manifestaciones de las formas tardías no lo son. Siempre deben realizarse esfuerzos en precisar la etapa evolutiva para determinar el tratamiento correcto, el pronóstico y el seguimiento correspondiente.

La evolución natural de la enfermedad tiene curso variable en diferentes pacientes; un tercio de los infectados evoluciona

1. Departamento de Dermatología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Correspondencia

Dr. Félix Fich. E-mail: felixfich@gmail.com

espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento, un tercio permanece en etapas latentes de la enfermedad, que se evidencian solamente con pruebas serológicas reactivas, y en el tercio restante, la enfermedad evoluciona hacia la etapa destructiva (sífilis terciaria).

Clasificación general de los estados de la sífilis.		
Sífilis precoz	Sífilis tardía	Sífilis congénita
Sífilis primaria	Sífilis latente tardía	Sífilis congénita precoz
Sífilis secundaria	Sífilis terciaria	Sífilis congénita latente
Sífilis latente precoz		Sífilis congénita tardía

Diagnóstico de sífilis

El diagnóstico de sífilis es el resultado de la correlación entre las manifestaciones clínicas, los exámenes de laboratorio y los antecedentes epidemiológicos.

Exámenes de apoyo diagnóstico⁶

• Serología de la sífilis (Cuadros 1A y 1B)

Pruebas no treponémicas

Corresponden a exámenes realizados con antígenos no derivados de *T. pallidum*. Se utilizan como técnicas de tamizaje diagnóstico y en el seguimiento: RPR Y VDRL. Estas técnicas deben cuantificarse para hacer el diagnóstico y seguimiento. Los resultados obtenidos con ambas no son comparables entre sí, por lo que el seguimiento debe realizarse sólo con una de ellas. En muchos lugares se utiliza el RPR sólo como tamizaje y el VDRL cuantitativo se aplica para el diagnóstico y seguimiento. Originalmente la técnica de RPR era sólo cualitativa y el VDRL cuantitativo; en la actualidad ambas pueden titularse (cuantificarse).

La variación del resultado en una dilución equivale a dos títulos. Por ejemplo, 1:4 a 1:8.

Estas técnicas pueden dar resultados falsamente reactivos (especialmente titulaciones inferiores a 1:8), asociados a diversas patologías como mesenquimopatías, enfermedades tiroideas, hepáticas, renales, drogadicción y otras, además de algunas condiciones fisiológicas como el embarazo y la edad avanzada.

Los exámenes no treponémicos se hacen reactivos semanas después de la infección, y pueden ser no reactivos en la sífilis primaria y dar lugar a falsos negativos.

Pruebas treponémicas

Corresponden a exámenes realizados con antígenos derivados de *T. pallidum*: FTA-ABS (prueba de absorción con anticuerpo treponémico fluorescente) y MHA-TP (microhemaglutinación de *T. pallidum*). Ambas son sólo pruebas de confirmación y no se deben utilizar para el seguimiento, debido a que permanecen reactivas por muchos años después del tratamiento. Tampoco deben ser utilizadas para tamizajes.

Cuadro 1A. Sensibilidad en porcentajes, según la etapa clínica, de los exámenes serológicos para el diagnóstico de sífilis.⁷

Examen	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía
VDRL	80 (70-87)	100	80 (71-100)	71 (37-94)
RPR	86 (81-100)	100	80 (53-100)	73 (36-96)
FTA-ABS	98 (93-100)	100	100	96
MHA-TP	82 (69-90)	100	100	94

Entre paréntesis se muestran resultados variables comunicados.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE.UU.

Cuadro 1B. Especificidad de los exámenes serológicos para el diagnóstico de sífilis

Examen	Especificidad (%)
VDRL	98
RPR	98
FTA-ABS	99
MHA-TP	99

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE.UU.

• Microscopia directa

Consiste en la observación, con microscopio de campo oscuro, de exudado de las lesiones, en búsqueda de espiroquetas móviles características. El examen tiene baja sensibilidad (20%) y depende en gran medida de la destreza del examinador. Es un método que ofrece un diagnóstico instantáneo de la sífilis en las etapas primaria y secundaria. Sin embargo, para obtener resultados confiables, se requieren condiciones técnicas apropiadas y personal entrenado. En algunos casos, cuando la muestra es extraída de una lesión en la mucosa bucal o balano-prepucial, pueden presentarse falsos reactivos por la presencia de espiroquetas saprófitas, situación que no ocurre en recién nacidos (RN).

• Inmunofluorescencia directa

La muestra clínica se colorea con suero antitreponema marcado con fluoresceína y se examina en microscopio de inmunofluorescencia. La inmunofluorescencia directa (IFD) elimina los falsos reactivos ocasionados por la presencia de espiroquetas saprófitas. Existen otras técnicas de laboratorio, altamente sensibles y específicas, como la RPC, ELISA e inmunocromatografía, empleadas en laboratorios de referencia.

Tratamiento de la sífilis^{8,9}

Se esquematiza en los Cuadros 2 a 7. El tratamiento recomendado para la sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente precoz se muestra en el Cuadro 2; para la sífilis latente tardía, en el Cuadro 3; y para la neurosífilis, en el Cuadro 4.

Tratamiento de la sífilis durante el embarazo⁸⁻¹²

Toda mujer embarazada, con serología reactiva a cualquier tí-

Cuadro 2. Tratamiento recomendado para la sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente precoz. Las pautas de tratamiento en la Argentina difieren en el total de dosis.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	1 semana
Pacientes alérgicos a penicilina (excepto mujeres embarazadas)				
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg cada 12 horas	15 días
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	15 días
Ceftriaxona *	1 g	intramuscular	cada 24 horas	10 días

* Puede haber reacción cruzada en pacientes alérgicos a penicilina.

Cuadro 3. Tratamiento recomendado para la sífilis latente tardía.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas
Pacientes alérgicos a penicilina (excepto mujeres embarazadas)				
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	30 días ininterrumpidos
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg cada 12 horas	30 días ininterrumpidos

Cuadro 4. Tratamiento recomendado para la neurosífilis

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina sódica	18.000.000 a 24.000.000 UI	endovenosa	cada 4 horas	14 días ininterrumpidos
Pacientes alérgicos a penicilina (excepto mujeres embarazadas)				
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	30 días ininterrumpidos
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg cada 12 horas	30 días ininterrumpidos
Ceftriaxona	2 g	intramuscular o endovenoso	cada 24 horas	14 días consecutivos

Cuadro 5A. Tratamiento recomendado para mujeres embarazadas con sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente precoz.

Fármaco	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	1 semana

Cuadro 5B. Tratamiento recomendado para mujeres embarazadas con sífilis latente tardía.

Fármaco	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas

Cuadro 5C. Tratamiento recomendado para mujeres embarazadas con sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente precoz.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Eritromicina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	15 días ininterrumpidos

Cuadro 5D. Tratamiento recomendado para mujeres embarazadas con sífilis latente tardía.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Eritromicina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	30 días ininterrumpidos

tulo, debe recibir un tratamiento inicial en el lugar donde se realiza el control de su embarazo. Se utiliza penicilina benzatina en dosis de 2.400.000 UI por vía intramuscular, en dosis única. Luego, debe ser derivada para estudio de confirmación, definir etapa evolutiva de su enfermedad, completar tratamiento, en caso necesario, y efectuar su seguimiento hasta el parto. Los contactos sexuales de la mujer embarazada deben ser

estudiados y tratados siempre, independientemente de su estado serológico, debido a la existencia del período de ventana para VDRL/RPR. De no tratarse a la pareja, se considera el tratamiento inadecuado, y al RN, en riesgo potencial de adquirir una sífilis congénita.

En los **Cuadros 5A, 5B, 5C y 5D** se muestran los tratamientos recomendados para mujeres embarazadas, no alérgicas a la

penicilina, de acuerdo con la etapa clínica de la enfermedad. En mujeres gestantes alérgicas a penicilina, el tratamiento es eritromicina, de acuerdo con la etapa de la enfermedad en que sean diagnosticadas. El CDC recomienda la desensibilización, con la paciente hospitalizada.

La eritromicina no es efectiva para prevenir la sífilis en el feto por tener un paso transplacentario pobre e irregular. Todo tratamiento de sífilis en una mujer embarazada realizado con un medicamento diferente de la penicilina se considera, a efectos de la prevención de la sífilis congénita, como “tratamiento inadecuado” y al recién nacido, como potencialmente infectado.

Sífilis congénita⁷⁻¹⁰

Se denomina así a toda infección por *T. pallidum* adquirida por el feto por vía transplacentaria, durante el período de gestación, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. Es una enfermedad multisistémica y, muchas veces, el diagnóstico preciso es difícil por el paso de anticuerpos IgG maternos (treponémicos y no treponémicos) al feto, lo que dificulta la interpretación de los resultados serológicos en el RN.

Laboratorio de apoyo en sífilis congénita

• Pruebas serológicas

El hallazgo de pruebas serológicas reactivas al nacimiento puede deberse al traspaso pasivo de anticuerpos maternos y no debe ser considerado diagnóstico.

El VDRL tiene valor diagnóstico sólo con títulos 4 veces mayores que los maternos (Por ejemplo: madre VDRL 1:2 y RN VDRL 1:8). Se debe realizar seguimiento serológico mensual al niño por un período de 6 meses o hasta evidenciar disminución o negativización de los títulos. Un alza en los títulos establece el diagnóstico de sífilis congénita.

Los exámenes treponémicos (FTA-ABS/MHA-TP) no son útiles para el diagnóstico precoz de sífilis congénita. Sin embargo, en niños las pruebas treponémicas reactivas después de los 12 meses confirman el diagnóstico, en forma retrospectiva. En la misma situación, una prueba treponémica negativa no descarta este diagnóstico.

• Microscopia directa de campo oscuro

Visualiza la presencia de espiroquetas en lesiones cutáneas y mucosas. En la mucosa oral, la presencia de espiroquetas es diagnóstica sólo en la primeras 6 semanas de vida; posteriormente, la cavidad oral es colonizada por espiroquetas saprófitas.

• Radiografía de huesos largos: al nacer y controlar al mes.

• Examen de líquido cefalorraquídeo

Manejo clínico de la sífilis congénita

Debe realizarse estudio completo a todos los RN cuyas madres seropositivas se encuentren en las siguientes condiciones:

- Sífilis no tratada: por ejemplo, madre en quien se pesquisa VDRL reactiva al momento del parto, obligando a efectuar VDRL al RN.
- Tratamiento de sífilis en un período inferior a 4 semanas antes del parto.
- Tratamientos efectuados con un antimicrobiano distinto de penicilina.
- Tratamientos incompletos antes del parto.
- Falta de descenso esperado en los títulos de anticuerpos después de haberse efectuado el tratamiento (se esperan 4 títulos al mes, o dicho de otro modo, 2 diluciones después de haber terminado el tratamiento).
- Insuficiente seguimiento serológico postratamiento durante el embarazo.
- Falta de control de embarazo en mujeres con serología reactiva.

Ningún RN debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico de la madre.

Decisiones terapéuticas. Debe tratarse a los RN que presenten:

- Evidencia de enfermedad activa (examen físico, radiografías, laboratorio).
- VDRL reactivo en LCR.
- Hallazgos anormales en el LCR (recuento de leucocitos mayor de 5 cél/mm³ o más de 40 mg/dl de proteínas, independiente del resultado de la serología del LCR). La interpretación de estos parámetros en el RN es difícil por su amplia variabilidad.
- Títulos de anticuerpos (VDRL) en sangre mayor 4 veces o más a los títulos maternos.

Además de tratarse la sífilis congénita, se recomienda mantener en control con un equipo multidisciplinario (otorrinolaringólogo, oftalmólogo, neurólogo) durante un mínimo de un año, a fin de pesquisar precozmente posibles secuelas.

Aunque la evaluación sea normal, debe ser tratado todo RN cuya madre:

- Tiene sífilis que no fue tratada durante el embarazo.
- Tiene evidencia de recaída o reinfección.
- Tiene sífilis que fue tratada con eritromicina u otro antimicrobiano distinto de penicilina
- Ha sido tratada por sífilis menos de un mes antes del parto.
- No tiene historia bien documentada de tratamiento.
- Fue tratada por sífilis durante el embarazo, pero los títulos de anticuerpos no han bajado lo esperado.

Cuadro 6. Tratamiento de la sífilis congénita

Edad	Fármaco	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración (días)
0 – 7 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 12 horas	10-14 ininterrumpidos
8 - 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 8 horas	10-14 ininterrumpidos
Más de 28 días	Penicilina sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 4 o 6 horas	10-14 ininterrumpidos

Sífilis en pacientes con infección por VIH/SIDA^{13,14,15}

Cuadro 7A. Tratamiento de sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente precoz y sífilis latente tardía en pacientes con infección por VIH/SIDA.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	1 vez por semana	4 semanas
Pacientes alérgicos a penicilina				
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg cada 12 horas	30 días

Cuadro 7B. Tratamiento de la neurosífilis en pacientes con infección por VIH/SIDA.

Fármaco	Dosis diaria total	Vía de administración	Frecuencia	Duración (días)
Penicilina sódica	18.000.0000 a 24.000.000 UI	endovenoso	La dosis total se divide y se indica cada 4 horas	14 ininterrumpidos
Pacientes alérgicos a penicilina (excepto mujeres embarazadas)				
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg cada 6 horas	30 ininterrumpidos
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg cada 12 horas	30 ininterrumpidos
Ceftriaxona	2 gr.	intramuscular o endovenoso	cada 24 horas	14

- Fue tratada apropiadamente durante el embarazo, pero el seguimiento serológico fue insuficiente para asegurar adecuada respuesta.

Tratamiento de la sífilis congénita

Penicilina sódica es el tratamiento de elección para esta condición; la penicilina benzatina no alcanza niveles detectables en el LCR por lo que no es una indicación adecuada en sífilis congénita. El tratamiento de elección es penicilina sódica: 50.000 UI por kilo de peso por dosis (**Cuadro 6**).

Sífilis en pacientes con infección por VIH/SIDA¹³⁻¹⁵

Debido al estado inmunitario deficiente en los pacientes con infección por VIH, puede ocurrir que los exámenes de laboratorio, tanto treponémicos como no treponémicos, no reflejen exactamente la evolución de la sífilis. Se han descrito casos con títulos mayores a lo esperado, y otros, con respuestas falsamente negativas. En estos casos, puede ser necesario recurrir a la microscopía de campo oscuro, biopsias y otras técnicas, para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, la experiencia internacional concluye que en la mayoría de los casos los pacientes infectados por VIH, con sífilis,

sus exámenes treponémicos y no treponémicos se comportan igual que en los pacientes seronegativos para VIH. En todo paciente con infección por VIH con manifestaciones neurológicas debe descartarse el diagnóstico de neurosífilis con estudio de LCR.

Existe evidencia clínica que en pacientes seropositivos para VIH, con VDRL igual o mayor a 1:32 y recuento CD4 inferior a 350 por mm³, el riesgo de neurosífilis aumenta en 18 veces.

El tratamiento recomendado de la sífilis en pacientes con infección por VIH/SIDA se muestra en los **Cuadros 7A y 7B**.

Seguimiento

Se recomienda efectuar seguimiento clínico a todos los pacientes portadores de VIH, con sífilis, a través de pruebas serológicas cuantitativas (VDRL) al mes, tres, seis, nueve y 24 meses postratamiento, para evaluar la respuesta terapéutica.

Se debe insistir en la prevención de la ITS a través del uso correcto del preservativo. Si bien el condón no previene todas las ITS, su uso correcto disminuye en forma importante la transmisión durante las relaciones sexuales.¹⁴



Foto 1. Chancro sífilítico.



Foto 2. Condilomas planos.



Foto 3. Lues secundaria condilomas planos.



Foto 4. Lesiones papuloerosivas.

Referencias

1. Anderson RM, May RM. Epidemiologic parameters of HIV transmission. *Nature* 1988;333:514-519.
2. Anderson RM, Medley GF, May RM, Jonson AM. A preliminary study of the transmission dynamics of the human immunodeficiency virus (HIV, the causative agent of AIDS). *IMA J Math Appl Med Biol* 1986;3:229-263.
3. Vuylsteke B, Meheus A. Manejo sindrómico de las ETS. En: Dallabetta G, Laga M, Lamptey P (eds.). *Control of Sexually Transmitted Diseases*. AIDSCAP/Family Health Internacional. Arlington, VA 1997.
4. Peeling RW, Hook EW 3rd. The pathogenesis of syphilis: the Great Mitter, revisited. *J Pathol* 2006;208:224-232.
5. Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect* 2005;81:448-452.
6. Lafond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 2006;19:29-49.
7. Van Dyck E, Meheus AZ, Piot P (eds.). *Diagnóstico de laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. OMS, Ginebra, 2000, p. 43.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep* 2006;55:1-94.
9. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. World Health Organization, Ginebra 2000.
10. Fich F. Enfermedades de transmisión sexual en la infancia. *Rev Chil Dermatol* 2000;16:70-74.
11. Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud, CONASIDA, Santiago, Chile 2007.
12. Donders GG. Management of genital infections in pregnant women. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19:55-61.
13. Zellan J, Augenbraun M. Syphilis in the HIV infected patient: an update on epidemiology, diagnosis and management. *Curr HIV/AIDS Rep* 2004;1:142-147.
14. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004; 82:454-461.
15. Long CM, Klausner JD, Leon S, Jones FR, Giron M, Cuadros J, Pajuelo J, Caceres C, Coates TJ. Syphilis treatment and HIV infection in a population-based study of persons at high risk for sexually transmitted disease/HIV infection in Lima, Peru. NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. *Sex Transm Dis* 2006;33:151-155.

Pautas de tratamiento para sífilis - 2008

Sector ITS - Hospital F. J. Muñiz

Sífilis temprana

- Primaria
- Secundaria
- Serológica precoz

Tratamiento

PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. **Total 3 dosis.**

Se recomienda no utilizar solvente indoloro.

Sífilis tardía

- Serológica o latente
- Terciaria (sin compromiso neurológico)

Tratamiento

PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. **Total 6 dosis.**

Se recomienda no usar solvente indoloro.

Tratamiento de los contactos directos

Deben recibir el mismo tratamiento, independientemente de la clínica y la serología.

Se aconseja aplicar PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI, intramuscular a todos los contactos sexuales dentro de los 90 días del diagnóstico de sífilis.

Neurosífilis

PENICILINA G SÓDICA vía intravenosa, 12-24 millones UI diarios (2 a 4 millones cada 4 horas) durante 10 días.

Cuando exista alergia feaciente a la penicilina, se puede optar por:

Tratamientos alternativos

- TETRACICLINA 500 mg por vía oral, cada 6 horas.
 - durante 15 días en sífilis temprana.
 - durante 30 días en sífilis tardía.
- Evitar lácteos y derivados. No es útil en neurosífilis.

o bien

- DOXICICLINA o MINOCICLINA 100 mg por vía oral, cada 12 horas
- durante 15 días en sífilis temprana.

- durante 30 días en sífilis tardía.

No es útil en neurosífilis.

- AZITROMICINA; **sólo en casos de sífilis temprana** en que no exista otra alternativa disponible y con controles posteriores muy precisos, ya que existen casos de resistencia a la droga. No en embarazadas. No en pacientes VIH (+).

- Se indica una dosis única de 2 gramos de azitromicina

o bien

CEFTRIAXONE vía intramuscular 1 g por día, durante 10 días. Sería útil en neurosífilis.

Consideraciones especiales

Embarazo

- Durante el embarazo, la sífilis será tratada de acuerdo con la etapa de la enfermedad en que se realice el diagnóstico (sífilis primaria, secundaria, serológica tardía) con las mismas dosis de PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI enunciadas previamente.
- Algunos autores continúan prescribiendo durante el último mes de embarazo o ante amenaza de parto prematuro PENICILINA G SÓDICA por vía intravenosa 1,5 a 2 millones UI cada 4 horas durante 14 días.
- Embarazadas con antecedentes de alergia a la penicilina: deben ser internadas y someterse a un tratamiento de desensibilización con dosis crecientes de la droga.

En presencia de VIH

- Los pacientes VIH (+), con sífilis temprana (primaria o secundaria) que no tengan compromiso neurológico (sífilis meningovascular, meningitis, compromiso oftálmico o auditivo), responden correctamente a la terapéutica clásica con PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. **Total 3 dosis** (sin solvente indoloro).
- Las mismas consideraciones caben a la sífilis serológica: PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 UI, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. **Total 6 dosis** (sin solvente indoloro).
- En todos los casos, los controles de laboratorio posteriores al tratamiento se harán a partir de las 30 días de finalizado el tratamiento solo con VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) cuantitativa, que es la reacción de seguimiento, y se repetirán a los 3, 6, 9 meses, luego en forma periódica si persistiera aún serología reactiva.
- No se deben utilizar pruebas treponémicas (FTA (Abs), TPHA) para control de tratamiento.

Recomendaciones actuales para la realización de punción lumbar

- Signos o síntomas neurológicos, oftálmicos u otológicos.
- Evidencia de sífilis terciaria.
- Tratamiento fallido previo (clínico o serológico) con las dosis adecuadas de penicilina.

El tratamiento en estos casos será: PENICILINA G SÓDICA 12-24 millones UI (2-4 millones c/4 horas) por vía endovenosa.

Los controles posteriores se realizarán a los 3 y 6 meses, y la serología de seguimiento es la VDRL cuantitativa; los títulos bajarán lentamente, caso contrario evaluar la posibilidad de nuevo tratamiento.

Sífilis congénita

Se considera todo aquel recién nacido de madre sífilítica, con o sin sintomatología compatible, padece sífilis congénita cuando la madre: no ha sido tratada durante su embarazo; ha sido tratada con antibióticos no penicilínicos, por ejemplo eritromicina; o ha sido insuficientemente tratada.

En cualquiera de estos casos se deberá notificar a las autoridades de salud pública como caso de sífilis congénita.

El recién nacido vivo será evaluado con serología VDRL cuantitativa, con sangre no de cordón umbilical, cuyos títulos son 2 diluciones más altos que la madre, títulos menores podrían deberse al pasaje pasivo de anticuerpos maternos.

La observación del treponema por campo o fondo oscuro, tomado las muestras en las lesiones en piel o mucosa genitoanal y oral.

Otros estudios complementarios son: examen del líquido cefalorraquídeo con estudio de VDRL cuantitativa, albuminorraquia, recuento celular.

Radiografía de huesos largos, tórax, función hepática, oftalmológica y auditiva

Tratamiento

Penicilina cristalina 100.000-150.000 UI kg por día (50.000 endovenosa c/ 8-12 horas), durante 7-10 días.

Todos serán evaluados para descartar la infección por el VIH.

Los controles posteriores se realizarán a los 3 y 6 meses, y la serología de seguimiento es la VDRL cuantitativa; los títulos bajarán lentamente, caso contrario evaluar la posibilidad de nuevo tratamiento.

No hay comunicaciones de fracasos con el uso de la penicilina, en las formas y dosis adecuadas según clínica y período.



Cómo es mejor suspender y/o revertir el envejecimiento de la piel inducida por los UV: estrategias, realidades y ficción

La investigación del fotoenvejecimiento se ha trasladado al frente de la Dermatología investigativa. Además de las obvias presiones del mercado, el aumento de la comprensión de la superposición mecánica entre cáncer de piel inducido por UV y envejecimiento cutáneo por UV contribuyó al desarrollo. También como estrategias para trabajar para la senescencia-envejecimiento de la piel intrínseca, puede ser explotada contra el fotoenvejecimiento y viceversa. Ello ha llegado a ser un desafío investigativo importante en la piel para disecar tanto las diferencias como los mecanismos de superposición. Finalmente, el surgimiento actual de productos "anti-envejecimiento," dispositivos y estrategias putativas—demasiadas de ellas prometen crudamente combatir y/o reparar los peligros que vienen junto con una exposición de toda la vida en el sol— hace particularmente pertinente revisar críticamente la evidencia actual para apoyar los alegatos anti-envejecimiento que se hacen a menudo.

Lübeck RP, et al.
Exp Dermatol 2007;17:228-229

LJ

Mecanismos de la formación de mutación con luz ultravioleta de onda larga (UVA)

El mecanismo exacto de la formación de mutaciones inducidas por UVA permanece como motivo de debate. En tanto que los dímeros de pirimidina están bien establecidos como mediadores de formación de mutación con los UVB de onda corta, existe la sospecha desde hace tiempo de que otros tipos de daño del ADN, tales como el daño oxidativo de la base, constituyen las lesiones premutagénicas debidas a UVA. Sin embargo, los dímeros de pirimidina pueden también ser generados por los UVA, y existen varias líneas de evidencia de que éstas son las más importantes lesiones premutagénicas, no solamente para UVB, sino también para la mutación inducida por UVA. Los autores dan la hipótesis de que una respuesta celular más débil antimutagénica, pero no un tipo diferente del daño del ADN, puede ser responsable de un índice de mutación más alto para la producción de fotoproductos ADN con UVA como comparado con los UVB.

Rünger TM, et al.
Photodermatol Photoimmunol Photomed 2008; 24: 2-10.

LJ

Diagnóstico y tratamiento de la sífilis

Diagnosis and treatment of syphilis

Félix Fich

Cuestionario de autoevaluación

Apellido y nombre:

Matrícula profesional:..... N° de inscripción al PRONADERM:

Horas crédito: 3..... Categoría: *

Requisito: 70% de respuestas correctas

Remitir a: Av. Callao 852 2° piso (1023) - Buenos Aires

*Categoría libre: los créditos pueden ser asignados a la categoría que el inscripto determine según su conveniencia (de I a III, según el Reglamento PRONADERM). Marcar claramente la categoría elegida.

(Señale las opciones correctas)

1. Para el control de las ITS existen tres sistemas básicos:
 - a. El sistema de tratamiento masivo.
 - b. El sistema de tratamiento etiológico.
 - c. El sistema de tratamiento sindrómico.
 - d. Todas son correctas.
2. El límite entre la etapa precoz y tardía se sitúa convencionalmente:
 - a. En un año.
 - b. En 2 años.
 - c. En 3 años.
 - d. Ninguna es correcta.
3. Las pruebas no treponémicas:
 - a. Corresponden a exámenes realizados con antígenos no derivados de *T. pallidum*.
 - b. Se utilizan como técnicas de tamizaje diagnóstico y en el seguimiento.
 - c. Deben cuantificarse para hacer el diagnóstico y seguimiento.
 - d. Todas son correctas.
4. La VDRL puede dar resultados falsamente positivos en:
 - a. Mesenquimopatías.
 - b. Enfermedades tiroideas.
 - c. Embarazo y edad avanzada.
 - d. Todas son correctas.
5. Las pruebas treponémicas
 - a. Corresponden a exámenes realizados con antígenos derivados de *T. pallidum*.
 - b. FTA-ABS y MHA-TP se deben utilizar para el seguimiento.
 - c. Deben ser utilizadas para tamizajes.
 - d. Corresponden a exámenes realizados con antígenos no derivados de *T. pallidum*.
6. El campo oscuro:
 - a. Consiste en la búsqueda de espiroquetas inmóviles características.
 - b. Consiste en la búsqueda de espiroquetas móviles características.
 - c. Tiene una baja sensibilidad.
 - d. b y c son correctas.
7. El tratamiento de la sífilis temprana en Argentina:
 - a. Penicilina G benzatínica 2.400.000, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. Total 3 dosis.
 - b. Se recomienda no utilizar solvente indoloro.
 - c. Penicilina G benzatínica 2.400.000, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular. Total 1 dosis.
 - d. a y b son correctas.
8. Cuando exista alergia feaciente a la penicilina se puede optar:
 - a. Tetraciclina 500 mg por vía oral, cada 6 horas durante 15 días en sífilis temprana y durante 30 días en sífilis tardía.
 - b. Doxiciclina o minociclina por vía oral 100 mg cada 12 horas durante 15 días en sífilis temprana y 30 días en sífilis tardía.
 - c. Ceftriaxone vía intramuscular 1 g/día durante 10 días.
 - d. Todas son correctas.
9. Recomendaciones actuales para la realización de punción lumbar:
 - a. Signos o síntomas neurológicos, oftálmicos u otológicos.
 - b. Evidencia de sífilis terciaria.
 - c. Tratamiento fallido previo (clínico o serológico) con las dosis adecuadas de penicilina.
 - d. Todas son correctas.
10. La azitromicina:
 - a. Se utiliza sólo en casos de sífilis temprana en que no exista otra alternativa disponible.
 - b. No existen casos de resistencia a la droga.
 - c. Se utiliza en embarazadas.
 - d. Se indica una dosis única de 1 gramo.