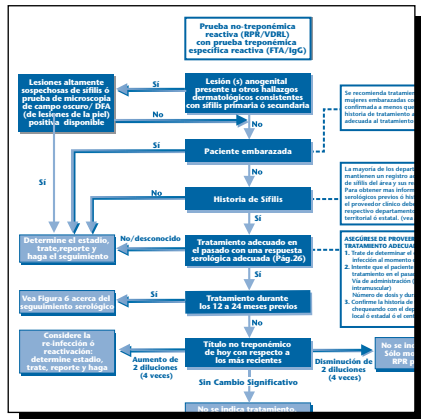
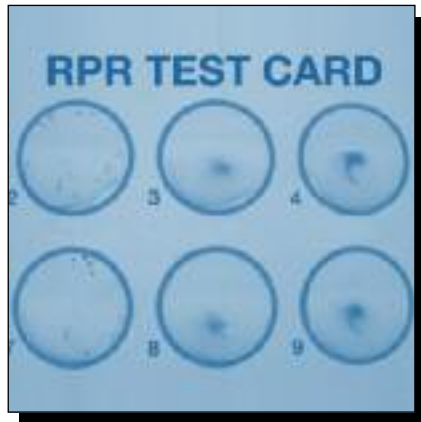


Revisión y Actualización del Diagnóstico y Manejo de la Infección por Sífilis



Una Producción de



REGION II
STD PREVENTION
HIV TRAINING CENTER

NYC
Health



LESIONES PRIMARIAS POR SÍFILIS

1. Chancro sifilítico en el glande, 2. Lesiones sifilíticas múltiples en la parte distal del cuerpo del pene, 3. Chancro sifilítico en la parte distal del cuerpo del pene, 4. Chancro sifilítico en el ano, 5. Lesión sifilítica en el labio superior.

LESIONES SECUNDARIAS POR SÍFILIS

6. Lesiones pápulo escamosas del tronco y el brazo, 7. Erupción de pápulas escamosas de apariencia similar a la pitiriásis en la espalda, 8. Lesiones generalizadas de urticaria en la espalda y el cuello, 9. Erupción papular del tronco y los brazos.

AUTORES Y AGRADECIMIENTOS:

Autor Principal:

Thomas Cherneskie, MD, MPH

Médico–encargado de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual de Chelsea. Directorio de Control de ETS del Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City. Miembro de la Facultad del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Colaboradores y Editores:

Michael Augenbraun, MD

Profesor Asociado de Medicina y Medicina Preventiva/ Salud Comunitaria del Centro de Ciencias de la Salud en SUNY (Brooklyn). Director Médico de la Clínica de ETS del Hospital del Condado de Kings. Miembro de la Facultad del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Susan Blank, MD, MPH

Comisionada Asistente del Directorio de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual del Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City. Miembro de la Facultad del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Alan Dunn, MD

Médico Encargado de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual de Riverside - Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City. Instructor del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Eric Friedenbergl, MD

Médico de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual de Riverside. Directorio de Control de ETS del Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City.

Armando Hermoso, MD

Ex Médico Encargado de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual de Chelsea del Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City.

Linda Kupferman, MD

Médico Encargada de la Clínica de Transmisión Sexual de Ft. Greene del Departamento de Salud e Higiene Mental de New York City. Instructora del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Robin Recant, MD, MPH

Director Médico del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Miguel Sanchez, MD

Profesor Asociado de Dermatología de la Escuela de Medicina de NYU. Director del Departamento de Dermatología del Centro Hospitalario Bellevue. Miembro de la Facultad del Centro de Entrenamiento y Prevención de ETS/VIH, Región II.

Gowri Nagendra, MPH

Director Programa del Centro de Entrenamiento y prevención de ETS/VIH, Región.

TRADUCIDO al Español por:

Amneris Luque, MD

Profesora Asociada de Medicina

División de Infectología

Directora Médica Centro de SIDA

University of Rochester Medical Center.

Una gran parte del contenido presentado en este módulo de revisión está basada en las recomendaciones hechas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades en el artículo: Guía para el Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. 2002, editado por el **Dr. David Fleming** y publicado en MMWR, 10 de Mayo del 2002, volumen 51 (RR06).

El Apéndice C – Sífilis en personas infectadas con VIH Fue tomado del artículo: Prevención y Manejo de Enfermedades de Transmisión Sexual en Personas que viven con VIH/SIDA, bajo la autoría de:

Gaby Brzankalski, MD; Thomas Cherneskie, MD, MPH; Pat Coury-Doniger, NP; Terry Hogan, MPH; Peter McGrath; Sue Ann Payette; Sylvie Ratelle, MD; Rosalind Thomas; MPH; Anne Rompalo, MD, MSc.

Revise el Apéndice C para una lista detallada de los autores y colaboradores del artículo.

Citación Bibliográfica Sugerida:

Cherneskie, T. An Update and Review of the Diagnosis and Management of Syphilis. Region II STD/VIH Prevention Training Center; New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York, NY: 2006.

Si desea ordenar copias adicionales de esta publicación, por favor envíe su solicitud a la siguiente dirección:

NYCPTC@health.nyc.gov

CONTENTS

I. Introducción	7
II. Historia Natural de la Sífilis.....	8
III. Pasos Claves en el Diagnóstico y Manejo de la Sífilis.....	10
1. Mejore la detección de casos medio del tamizado para sífilis cuando esté indicado	10
2. Mantenga un alto índice de sospecha de infección por sífilis cuando evalúe cualquier lesión anogenital ó cualquier erupción generalizada de la piel inexplicable en personas sexualmente activas	12
3. Interprete los resultados serológicos disponibles cuidadosamente	14
4. Determine exactamente el estadio de la enfermedad en pacientes con serología reactiva confirmada	17
5. Provea la farmacoterapia adecuada	20
6. Descarte la coexistencia de cualquier otro infección sexual	24
7. Asegúrese el referido y tratamiento de la pareja de todos los casos infecciosos de sífilis	25
8. Notifique prontamente al Departamento de Salud Local ó Estatal acerca de cada nuevo caso de sífilis diagnosticado	27
9. Monitoree los pacientes tratados serológicamente para asegurarse de que estén respondiendo adecuadamente a la terapia prescrita	28
10. Promueva comportamientos para prevenir la re-infección	29
 IV. Apéndices	
Apéndice A Comparación de las Pruebas de Tamizaje y Diagnóstico para Sífilis	30
Apéndice B Interpretación y Manejo de los Resultados de la IgG para el <i>Treponema Pallidum</i> ..	31
Apéndice C Sífilis en Personas Infectadas con VIH	35
Apéndice D Diagnóstico y Manejo de Neurosífilis	44
Apéndice E Sífilis en el Embarazo	46
Apéndice F Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Sífilis Congénita	47
Apéndice G Evaluación y Manejo de la Sífilis en Niños	51
Apéndice H Recursos Adicionales y Contactos en la Ciudad de Nueva York	52
Apéndice I Ejemplo de Panfleto de Educación para Pacientes	57
 V. Referencias	60

APÉNDICE

ESTA ACTIVIDAD ES VÁLIDA PARA CRÉDITOS EDUCATIVOS HASTA MARZO DEL 2008

En Agosto del 2006, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, siglas en Inglés) publicó una versión actualizada de las Guías para el tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. La publicación de esta guía ocurrió después de la impresión del módulo educativo anexo. Aunque no hubo cambios significativos en relación a las recomendaciones para el tratamiento de la sífilis, es importante destacar que, los siguientes puntos clave en el manejo de la sífilis fueron enfatizados en la última versión de las guías de la CDC.

Use la presentación correcta de penicilina para el tratamiento de la sífilis

Es muy importante que los proveedores de salud se aseguren de que la presentación correcta de penicilina inyectable sea usada. En el tratamiento de pacientes con sífilis primaria, secundaria, latente ó sífilis terciaria siempre deberá usarse la penicilina benzatina de larga duración ó Penicilina G benzatina, Bicillin L-A®, en lugar de combinaciones de penicilina benzatina y procaína, Bicillin C-R®.

Tratamiento en pacientes alérgicos a la penicilina

Las personas con alergia a la penicilina que son tratados para la sífilis usando otras opciones (Ej. doxiciclina, tetraciclina ó ceftriaxona) deberán ser monitoreados clínica y serológicamente para verificar el apego al esquema de tratamiento oral de dosis múltiple, así como la respuesta al tratamiento. Para los pacientes infectados con VIH alérgicos a la penicilina en quienes no es seguro el apego al tratamiento ó cuyo seguimiento pareciera incierto deberá recomendarse la desensibilización y tratamiento con penicilina. El Tratamiento de la sífilis, en cualquier de sus etapas, en personas infectadas con VIH utilizando esquemas alternos a la penicilina debe hacerse con mucha cautela ya que la eficacia de estos tratamientos en pacientes infectados con VIH no ha sido estudiada.

Manejo de la Sífilis primaria y secundaria en pacientes infectados con VIH.

Aunque la mayoría de las personas infectadas con VIH responden de manera adecuada al tratamiento estándar para la sífilis con penicilina benzatina, algunos especialistas recomiendan intensificar el tratamiento cuando existe sospecha de neurosífilis en dichos pacientes. Por lo tanto, algunos especialistas recomiendan realizar una punción lumbar y examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) antes de iniciar el tratamiento en personas infectadas con VIH que presentan sífilis temprana (Ej. sífilis primaria, secundaria ó latente temprana), y repetir el estudio del LCR después del tratamiento en pacientes con anormalidades iniciales en el LCR. Si el estudio del LCR muestra anormalidades en una persona infectada con VIH, estas anormalidades podrían ser secundarias al VIH y no ser debidas a la sífilis por lo que indicar un tratamiento en base a estos cambios seria de dudoso beneficio.

Pasos para descartar la Neurosífilis

Las indicaciones para el estudio del líquido cefalorraquídeo en pacientes en tratamiento para la sífilis están descritos en la página 42 del módulo. Aunque no hay recomendaciones formales, las guías del 2006 señalan que algunos especialistas sugieren examinar el LCR en pacientes con sífilis latente si el título de la prueba no-treponémica es de $\geq 1:32$ ó en pacientes infectados con VIH con células CD4 ≤ 350 y sífilis en cualquiera de sus etapas. Aunque su beneficio no se ha comprobado, algunos especialistas recomiendan el estudio del LCR 6 meses después del tratamiento de la neurosífilis en pacientes con VIH.

Tratamiento de la Neurosífilis en pacientes alérgicos a la penicilina.

La ceftriaxona es una alternativa para el tratamiento de la neurosífilis en pacientes alérgicos a la penicilina, aunque existe la posibilidad de reacción cruzada entre este agente y la penicilina. Si hay dudas con respecto a la seguridad de ceftriaxona en un paciente con alergia a la penicilina con neurosífilis, el paciente deberá someterse a una prueba cutánea para confirmar la alergia a la penicilina y, de ser necesario, deberá ser desensibilizado y tratado en conjunto con un especialista.

Seguimiento en pacientes infectados con VIH tratados para neurosífilis

Información reciente en pacientes infectados con VIH y neurosífilis sugiere que las anomalías del LCR pueden persistir por largo tiempo y el seguimiento clínico estricto está indicado.

Tamizado para Sífilis usando la prueba treponémica para IgG (EIA).

Las personas con pruebas treponémicas de tamizado positivas deberán someterse a pruebas estándares no treponémicas con títulos para que estos títulos sirvan de guía en el manejo del paciente y la toma de decisiones. Si la prueba no-treponémica es negativa, una prueba treponémica diferente a la inicial deberá ser realizada a fin de confirmar los resultados de la prueba inicial. Aunque el diagrama en la página 31 sugiere primero repetir la IgG treponémica en este caso las guías de tratamiento de la CDC del 2006 no sugiere repetir la IgG sino ir directamente a otra prueba treponémica como la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos (FTA, siglas en Inglés) ó la prueba de aglutinación de partículas del *Treponema pallidum* (TPPA, siglas en Inglés). Ver las páginas 29-30 del módulo para los casos clínicos que señalan esta situación específica en la cual hay una prueba de EIA positiva y RPR no reactivo.

Para facilitar el uso de esta guía de Educación Médica Continua como fuente de referencia rápida en la práctica clínica, se listan a continuación, algunos escenarios típicos con sus correspondientes referencias:

¿Qué paciente debería pasar por **pruebas de tamizado rutinario** para la sífilis?

- Pág. 10, Maximice la detección de casos usando pruebas de tamizado para Sífilis cuando esté indicado
- Pág. 11, Recomendaciones de la Unidad de Servicios Preventivos de USA

Estoy evaluando un paciente con una **úlceras genital**. ¿Qué características sugerirían la posibilidad de una infección primaria por Sífilis?

- Pág. 12, Figura 1: Detalles Clínicos de Úlceras Genitales

Si sospecho que un paciente puede estar infectado con sífilis y los resultados de laboratorio indican **un RPR no reactivo**. ¿Existe la posibilidad de que aún así el paciente esté infectado con sífilis?

- Pág. 15, Figura 3: Fila superior de la Tabla. Prueba no treponémica no reactiva
- Pág. 16, Consideraciones Diagnósticas en Pacientes con Sífilis Primaria Temprana

Estoy evaluando un paciente que presenta un RPR reactivo y FTA-ABS no reactivo (Ej: Prueba Treponémica-específico confirmatoria). ¿Qué podría causar el resultado **biológico falsamente positivo del RPR?**

- Pág. 14, Figura 2: Causas de Reacciones Biológicas Falso Positivas

¿Cómo debería interpretar un resultado reactivo de RPR ó VDRL en un paciente con historia de tratamiento por sífilis?

- Pág. 16, Consideraciones Diagnósticas en Pacientes con Historia de Tratamiento para la Sífilis
- Pág. 21, Revisión del Manejo de Serología de Sífilis Reactiva

¿Cómo **determino el estadio de la infección por sífilis** en un paciente a quien no se le conoce historia previa de tratamiento por sífilis que presenta RPR reactivo y resultados de exámenes confirmatorios reactivos (Ej. FTA-ABS)?

- Pág. 17, Determinar el estadio de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con Sífilis
- Pág. 19, Figura 4B: Algoritmo de los Estadios de la Sífilis

¿Cuál es el **régimen de tratamiento ideal** para cada estadio de la infección por Sífilis?

- Pág. 22, Figura 5B: Tabla de Tratamiento de la Infección por Sífilis en adultos

Si un paciente reporta que una pareja sexual reciente ha sido tratada por sífilis. ¿Cómo debe ser tratado este paciente que ha estado en **contacto con un caso de sífilis?**

- Pág. 25-26, Referido para Parejas y Tratamiento de Cualquier Contacto de una Infección por Sífilis

Si estoy tratando un paciente con sífilis. ¿Debo **reportar el caso al Departamento de Salud local?** De ser así, ¿Cómo lo reporto?

- Pág. 27, Notifique cualquier caso de sífilis que diagnostique al Departamento de Salud local ó estatal prontamente

Si he tratado a un paciente por sífilis. ¿Cómo se que el paciente está curado de la infección y que no necesita más tratamiento?

- Pág. 28, Monitoreo serológico de Pacientes Tratados para Asegurarse de que están Respondiendo Adecuadamente a la Terapia

¿Cuándo está indicado el examen del **Líquido Cefaloraquídeo (LCR)** para descartar la Neurosífilis?

- Pág. 44, Indicaciones para el Examen del LCR

I. INTRODUCCIÓN

La prevención y el control de la sífilis requieren consideraciones clínicas y de salud pública. El pronto reconocimiento de los síntomas de la infección por sífilis primaria, secundaria ó terciaria, las estrategias de tamizado efectivas para la detección de casos asintomáticos, la exactitud en la determinación del estadio de la enfermedad, el tratamiento y el seguimiento adecuado y la reducción de conductas de riesgo por medio de la concientización y consejería de pacientes son pasos claves en la prevención y manejo de la sífilis. Así mismo, las actividades y planes de salud pública juegan un papel importante en el enfrentamiento de enfermedades transmisibles como la sífilis. En materia de salud pública las posibles estrategias a emplear incluyen, la identificación y tratamiento de parejas sexuales de una persona infectada; los esfuerzos de tamizado basado en índices poblacionales; la mejora de los sistemas de vigilancia, incluyendo el pronto reporte de todos los nuevos casos a fin de seguir de cerca las tendencias y distribución de la enfermedad; la entrevista de todas las personas diagnosticadas con sífilis temprana a objeto de identificar todos los factores de riesgos emergentes que puedan estar asociados con la transmisión continua de la sífilis.

El siguiente material se provee como una fuente de guía clínica en el diagnóstico y manejo de la sífilis. Esta guía no está compuesta de reglas inflexibles ó estándares; en cambio, la misma está basada en la Guía de Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual publicada por el Centro de Control de Enfermedades en el 2002. Para una discusión exhaustiva de la evaluación y manejo de la sífilis, incluyendo la neurosífilis y la sífilis congénita, así como otras enfermedades de transmisión sexual por favor diríjase a la Guía actuales del CDC (Centro de Control de Enfermedades).

Copias completas de esta guía pueden ser encontradas en la página web de el Centro de Prevención y Entrenamiento de ETS/VIH de la Región II, en la siguiente dirección:

www.nyc.gov/health/std.

La optimización del diagnóstico, el manejo y la prevención de la sífilis se puede dividir en 10 pasos claves

PASOS CLAVES EN LA DETECCIÓN Y CUIDADO DE PACIENTES INFECTADOS CON SÍFILIS

- 1. Haga el tamizado de pacientes a riesgo para identificar los casos asintomáticos**
- 2. Mantenga un alto índice de sospecha clínica de sífilis en pacientes con cualquier tipo de lesiones anogenitales ó con erupciones inexplicables de la piel**
- 3. Interprete cuidadosamente los resultados serológicos disponibles**
- 4. Determine con exactitud el estadio de la enfermedad una vez que la infección por sífilis ha sido diagnosticada**
- 5. Provea el tratamiento farmacológico apropiado**
- 6. Descarte la coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual**
- 7. Asegúrese de referir y proveer tratamiento a cualquier pareja sexual a riesgo**
- 8. Notifique al departamento de salud local o estatal acerca de cada nuevo caso diagnosticado**
- 9. Monitoree serológicamente los pacientes que están siendo tratados a fin de asegurarse que estos están respondiendo adecuadamente a la terapia**
- 10. Motive conductas y comportamientos para reducir el riesgo de re-infección por sífilis**

II. HISTORIA NATURAL DE LA SÍFILIS

La sífilis es el resultado de la infección por una bacteria en forma de sacacorchos llamada, *Treponema pallidum*. La inoculación inicial ocurre a través de abrasiones visibles o microscópicas de la piel y las membranas mucosas lo cual puede ocurrir como resultado del contacto sexual. El período de incubación promedio de la sífilis, (es decir, el tiempo desde la exposición a la bacteria hasta el desarrollo de sífilis primaria,) es de 3 semanas, pero puede llegar a ser de 3 meses en algunos casos ó de 9 a 10 días en casos con períodos de incubación más cortos.

Algunos organismos que han sido inoculados permanecen alojados en el lugar de entrada, donde proliferan y sensibilizan a los linfocitos y macrófagos lo que resulta en el desarrollo de una lesión de **sífilis primaria** también conocida como “chancro” que no es más que una lesión dermatológica que progresa de mácula a pápula a úlcera, típicamente indolora, endurecida y de base no purulenta. El 40% de los casos de sífilis primaria presentan chancros múltiples [Chapel, 1978]. El chancro generalmente se cura espontáneamente sin dejar cicatriz en un período entre 1 y 6 semanas indicando así el fin de la primera etapa de la infección.

Después de la diseminación hematógena, pueden presentarse erupciones generalizadas ó localizadas en la piel ó las mucosas, muchas veces acompañadas por adenopatías y síntomas constitucionales que indican el inicio de la **sífilis secundaria**. Las lesiones secundarias de sífilis generalmente ocurren entre 3 a 6 semanas después de la aparición de la úlcera primaria, aunque aproximadamente un tercio de los pacientes con signos de sífilis secundaria aún presentan la lesión primaria al momento del diagnóstico [Chapel, 1980; Mindel, 1989]. La erupción de la sífilis secundaria no es específica en términos de apariencia (Ej. macular, papular, ó en combinación) presentando usualmente lesiones no pruriginosas esparcidas en el tronco y las extremidades incluyendo las palmas de las manos y las plantas de los pies (lesiones ovales discretas con peladuras) en más de la mitad de los casos.

Algunos otros hallazgos típicos de la sífilis secundaria incluyen parches mucosos definidos como erupciones grisáceas planas en áreas de la boca, faringe, laringe, genitales y ano; condiloma lata considerados como verrugas gris blancuzcas que aparecen en los genitales, el área perianal, el perineo, los pliegues de los glúteos, pliegues nasolabiales, axilas, entre los dedos de los pies, y bajo las mamas; y parches alopecicos. La sífilis secundaria (Ej: condiloma lata) debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión con apariencia de condiloma acuminado (Ej. Virus de Papiloma Humano) por lo que debe realizarse una serología para sífilis cuando se trate de cualquier verruga anogenital. Muchos casos de sífilis secundaria presentan pruebas serológicas no treponémicas con título de 1:128 ó más, aunque en general los títulos no deben usarse para determinar el estadio de la enfermedad. Los síntomas de la sífilis secundaria pueden persistir por semanas ó meses antes de que remitan espontáneamente incluso sin tratamiento. Sin embargo, puede que los signos de la sífilis secundaria aparezcan de nuevo durante el primer año de la infección.

La respuesta inmunológica del infectado controla la infección lo suficiente como para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad, pero no erradica la infección completamente, lo que resulta en un estadio de infección latente. Durante este estadio de infección latente, ya sea **latente temprana** (duración de la infección < 1 año) ó **latente tardía** (> 1 año) no existen manifestaciones clínicas evidentes por lo que la infección sólo puede ser detectada a través de pruebas serológicas.

La historia natural de la sífilis latente tardía en pacientes inmunocompetentes sigue la regla de los tercios: un tercio de los pacientes se sero-revertirán presentando serología no treponémica no reactiva sin recurrencias de la enfermedad; otro tercio, por su parte, permanecerá con serología no treponémica reactiva sin presentar síntomas ni signos de la enfermedad, mientras el tercio de pacientes restante desarrollarán **sífilis terciaria**, la cual ocurre a veces después de décadas de una infección crónica, persistente y asintomática. Los pacientes con sífilis terciaria pueden desarrollar lesiones granulomatosas (gomas) en la piel ó vísceras, enfermedad cardiovascular (incluyendo aneurisma de la aorta, insuficiencia de la válvula aórtica, estenosis coronaria y miocarditis), ó enfermedades neurológicas (meningitis aguda, enfermedad meningovascular, paresia general, tabes dorsal, y enfermedad gomata del cerebro ó espina dorsal).

Por esta razón, la sífilis no tratada puede conducir a secuelas devastadoras e irreversibles en la salud del paciente, las cuales incluyen complicaciones derivadas de la neurosífilis y sífilis terciaria. Además, la sífilis no tratada en una mujer embarazada puede acarrear graves consecuencias para el feto en formación cuando hay transmisión intrauterina (Ej: enfermedad congénita) [Ver Apéndice F- Sífilis Congénita]. También se ha encontrado que las enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, interactúa sinérgicamente con la infección por VIH. De este modo, las probabilidades de adquisición del VIH en un paciente VIH negativo aumentan considerablemente en presencia de la sífilis ó cualquier otra enfermedad de transmisión sexual. [Quinn, 1990]. De igual forma, en presencia de una úlcera genital, las personas infectadas por VIH pueden transmitir el VIH de manera más efectiva a sus parejas no infectadas [Hutchinson 1991].

Aunque la susceptibilidad a la re-infección por sífilis disminuye inmediatamente después de un episodio de esta infección que ha sido tratado adecuadamente, cualquier inmunidad adquirida es de corto plazo, y después del cual es posible que una exposición a la enfermedad resulte en re-infección. Por tanto, una persona puede re-infectarse en múltiples ocasiones durante su vida sexual activa y cada una de los episodios infecciosos puede tener una historia natural similar, pasando de estadio primario, a secundario, y latentes según como se explicó anteriormente.

III. PASOS CLAVES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SÍFILIS

1. MEJORE LA DETECCIÓN DE CASOS POR MEDIO DEL TAMIZADO PARA SÍFILIS CUANDO ESTÉ INDICADO

Porque la mayoría de los pacientes diagnosticados con sífilis niegan la existencia de cualquier lesión consistente con sífilis primaria ó secundaria, el tamizado resulta una fuente vital para la detección de casos [Singh, 1999]. Los marcadores de riesgos para la infección históricamente han incluido, el uso de crack y cocaína, el intercambio de sexo por dinero ó drogas, la pobreza, la falta de cuidado de salud, y el tener múltiples parejas sexuales. Sin embargo, aún no se han determinado los factores de riesgo específicos asociados con el reciente incremento de la sífilis en NYC y otras áreas de los Estados Unidos, aunque los hombres que tienen sexo con otros hombres y personas infectadas con VIH parecen estar particularmente propensos a la infección. Además, la evaluación de riesgos y la historia de síntomas recientes, así como un examen exhaustivo de la orofaringe, la piel y la región anogenital son estrategias importantes para la detección de hallazgos físicos asociados con la infección por sífilis, ya sea primaria ó secundaria.

Las pruebas serológicas de tamizado (usando pruebas no treponémicas con muestras reactivas confirmadas con una prueba serológica treponémica específica) deben ser ordenadas para los siguientes grupos:

- Cualquier persona diagnosticada con una enfermedad de transmisión sexual ó cualquier paciente a evaluar por ETS ó que desee hacerse la prueba del VIH
- Cualquier paciente con una posible exposición sexual con un caso conocido de sífilis infecciosa (Primaria, Secundaria ó Latente Temprana)
- Cualquier paciente VIH-positivo (al momento del diagnóstico, una vez al año y más frecuentemente cada 3 ó 6 meses dependiendo de la historia de riesgo)
- Cualquier persona miembro de uno de los siguientes grupos de alto riesgo:
 - » Personas con múltiples parejas sexuales especialmente en áreas geográficas de alta morbilidad por Sífilis
 - » Hombres activos sexualmente que tienen sexo con otros hombres
 - » Usuarios de Cocaína/Crack
 - » Personas que intercambian sexo por dinero ó drogas
- Todas las mujeres durante su primera visita de control prenatal
- Todas las mujeres pertenecientes a comunidades ó poblaciones con una alta prevalencia de sífilis ó con alto riesgo de infección, durante el inicio del primer trimestre de embarazo, a las 28 semanas de gestación y al momento del parto*
- Todas las mujeres que paren un mortinato después de la semana 20 de gestación**

Pruebas periódicas deben ser consideradas, dependiendo de la frecuencia de exposición y otros factores sexuales de riesgo.

*Las leSi acerca del descarte de sífilis pueden variar de estado a estado. Por favor, chequee la pag. Web de su Departamento de Salud local y estatal

**El suero neonatal es preferible dado que la sangre del cordón tiene mayor probabilidad de un resultado falso-positivo [Chhabra, 1993]. Actualmente el CDC recomienda exámenes rutinarios de descarte en todas las madres en el momento del parto, ya que las pruebas serológicas realizadas con el suero del bebé pueden ser no-reactivas si el título de la madre es bajo ó ella fue infectada durante los últimos meses del embarazo.

Recomendaciones del Servicio de Tareas Preventivas de los EEUU

“Se recomiendan pruebas serológicas de rutina para la Sífilis en todas las mujeres embarazadas así como en pacientes de alto riesgo, incluyendo, trabajadores del sexo, personas que intercambian sexo por dinero ó drogas, personas con otras ETS (incluyendo VIH), y aquellas que hayan tenido contacto sexual con personas con sífilis activa. La incidencia local de Sífilis en la comunidad y el número de parejas sexuales reportadas por el paciente también deben ser tomados en consideración al momento de identificar a las personas en alto riesgo de infección. Aún no se ha determinado cual es la frecuencia óptima para dichas pruebas, por lo que lo mismo queda a discreción clínica.”

2. MANTENGA UN ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SÍFILIS CUANDO EVALÚE CUALQUIER LESIÓN ANOGENITAL Ó CUALQUIER ERUPCIÓN GENERALIZADA DE LA PIEL INEXPLICABLE EN PERSONAS SEXUALMENTE ACTIVAS

Lesiones Anogenitales

Uno de las presentaciones más comunes de enfermedad genital son las úlceras genitales en las que deben considerarse infecciones de transmisión sexual. Las etiologías incluye: Virus del herpes simple; *Treponema pallidum* (sífilis primaria); *Haemophilus ducreyi* (chancroide); *Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3 serovars (lymphogranuloma venereum); and *Calymmatobacterium granulomatis* (Donovanosis, ej. Granuloma inguinale). Aunque muchas pruebas son útiles para la exclusión y descarte de muchas de estas etiologías, el proveedor clínico debe intentar hacer un diagnóstico presuntivo y considerar ofrecer tratamiento basado en las características de la (s) lesión (es) observadas durante el examen. La siguiente tabla revisa las características clásicas de cada una de estas causas de ulceraciones genitales.

FIGURA 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ÚLCERAS GENITALES

	Sífilis	Herpes	Chancroide	LGV	Donovanosis
Período de Incubación	9- 90 días	2-7 días	1-14 días	3 días-6 semanas	1-4 semanas (hasta 6 meses)
Lesión (es) Primarias	Pápula	Vesículas (erosión)	Pápula/Pústula	Pápula, pústula o vesícula	Pápula
Número de Lesiones	Usualmente una	Múltiples, pueden unirse	Múltiple, pueden unificarse	Usualmente Una	Varía
Bordes	Afilados, bien definidos, redondas u ovaladas	Eritematosos, como cráteres	Irregulares, rasgados,	Elevados, Redondos u ovalados	Elevados, irregular
Profundidad	Profunda ó Superficial	Superficial	Cóncava	Profunda ó Superficial	Profunda ó Superficial
Base	Lisa, no-purulenta, relativamente no-vascular	Serosa, Eritematosa, no-vascular	Purulenta, vascular, friable	Variable, nonvascular	Roja, aterciopelada, sangra fácilmente
Induración	Endurecida	Ninguna	Suave	Occasionally firm	Firme
Dolor	Raramente	A menudo Sensible	Muy sensible	Variable	Poco común
LINFODENOPATÍA					
Fluctuación	Firme	Ninguna	Puede supurar	Puede supurar	Ninguna, Pseudobubones
Sensibilidad	Ninguna	Sensible	Sensible	Sensible	
Distribucion	Bilateral	Bilateral con la infección primaria	Usualmente unilateral	Usualmente unilateral	

(Tomado con autorización del libro "Genital Ulcer Adenopathy Syndrome" escrito por Ronald C. Ballar, Pag. 888, en Sexually Transmitted Diseases, 3era. Ed., 1998. Editores: K. Holmes, PF Sparling, P. Mardh, S. Lemon, W.Stamm, P. Piot, and J. Wasserheit. Editorial McGraw-Hill.)

El chancro clásico de la sífilis es una ulceración única, endurecida, indolora, de base limpia. Una de las características más específicas al examen físico, de la lesión de la sífilis primaria, parece ser el endurecimiento [DiCarlo, 1997].

Incluso en los casos de ulceraciones genitales ó anales no atribuidos al diagnóstico de sífilis (como por ejemplo, un herpes anogenital recurrente) siempre debe hacerse tamizado con la prueba de RPR si el paciente reporta haber mantenido contacto sexual durante los últimos 3 meses. La presencia de una ETS en el lugar de la lesión genital no excluye la posibilidad de la coexistencia de otra infección en la misma lesión. En algunos casos, se han detectados dos ó más patógenos en hasta un 20% de úlceras genitales. Los dos más comunes en los Estados Unidos son el virus del herpes simple y el *Treponema pallidum* [Dillon, 1997].

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis deben ser administradas a cualquier paciente que presente un condiloma anogenital ó lesiones maculopapulares para descartar la posibilidad de sífilis secundaria.

Erupciones Dermatológicas Inexplicables

La sífilis secundaria se puede presentar como una erupción macular, papular y rara vez pustular y puede por ello ser difícil de diferenciar de otras condiciones dermatológicas comunes como la pitiriasis rosa, erupción por medicamentos, exantema viral y, en el caso de una lesión sifilítica anular en pacientes de piel oscura, eritema anular centrífugo, granuloma anular, ó sarcoidosis. La sífilis debe descartarse en cualquier paciente sexualmente activo que presente una erupción (generalizada ó local) de origen desconocido así como caída inexplicable de cabello, especialmente cuando está asociado con problemas sistémicos. Las pruebas de RPR ó VDRL son un método relativamente económico, fácil de hacer y accesible para el descarte de sífilis secundaria en pacientes a riesgo con excepción del fenómeno prozona. Ver pág. 15.

Fotos clínicas de las manifestaciones dermatológicas de sífilis son exhibidas en la portada y contraportada de este manual.

3. INTERPRETE LOS RESULTADOS SEROLÓGICOS DISPONIBLES CUIDADOSAMENTE

Las pruebas serológicas para la sífilis puede ser clasificadas en dos categorías: Notreponémica y Treponema-específica.

Pruebas No-treponémicas:

Las pruebas no-treponémicas, como el RPR y el VDRL son útiles para detectar la infección por sífilis (pasada o presente), evaluar la efectividad del tratamiento, y, en pacientes con historia de tratamiento previo para la sífilis, sirve para determinar la posibilidad de re-infección. El resultado cuantitativo de las pruebas no-treponémicas (Ej. Título) usualmente aumentará en la infección temprana, llegará a su pico en la etapa secundaria y disminuye poco a poco con el tiempo, incluso en la ausencia de tratamiento.

El RPR y VDRL son pruebas clínicamente equivalentes; sin embargo, el título de un paciente se debe evaluar en el tiempo utilizando siempre el mismo tipo de prueba, si es posible analizada por el mismo laboratorio a fin de evitar variaciones cuantitativas entre las pruebas; por ejemplo, en algunos casos los títulos del RPR pueden resultar un poco más elevados que los VRDL para una misma muestra.

Pruebas Treponémico-específicas:

Las pruebas treponémico-específicas son las más utilizadas para confirmar el diagnóstico de sífilis en pacientes con un RPR ó VDRL reactivo, para así descartar cualquier resultado biológico falso-positivo arrojado por pruebas no-treponémicas, (Ver Figura 2). Las pruebas treponémico- específicas sólo deben usarse como pruebas cualitativas (Ej: Reactiva vs. No-reactiva). Aunque los resultados cuantitativos de este tipo de pruebas son usualmente reportados por el laboratorio, estos resultados no se correlacionan bien con la actividad de la enfermedad, por lo que no deben ser utilizados como guía clínica para el manejo de la infección. Las pruebas treponémico-específicas incluyen: FTA-ABS; TP-PA (la cual ha reemplazado la MHA-TP); y la IgG EIA. La mayoría de las veces, las pruebas treponémico-específicas permanecen reactivas de por vida en pacientes infectados con sífilis aún después del tratamiento adecuado.

Cualquier resultado no-treponémico reactivo (RPR/VDRL) debe ser confirmado con una prueba treponémico-específico [FTA, TP-PA (MHA-TP), IgG EIA] para así descartar un resultado biológico falsamente positivo. Las causas de los resultados biológicos falsamente positivos en pruebas para detectar la sífilis se especifican en la Figura 2. Los pacientes con resultados biológicos falso-positivos deben repetirse el RPR/VDRL a los 6 meses, si el resultado reactivo persiste, debe considerarse la posibilidad de una infección crónica de base ó un desorden autoinmune, especialmente si dicho paciente presenta otros signos ó síntomas inexplicables.

**FIGURA 2: CAUSAS DE LAS REACCIONES BIOLÓGICAS FALSAMENTE-POSITIVAS
(PRUEBA NO-TREPONÉMICA REACTIVA CON UN EXAMEN TREPONÉMICO-ESPECÍFICO NO REACTIVO)**

[Adaptado de Nandwani, 1995; Hook, 1992; Larsen, 1995]

ÁGUDA (Duración < 6 meses)		CRÓNICA (Duración > 6 meses)	
Fisiológica	Embarazo	Fisiológica	Edad Avanzada
Infecciones Espiroquetales	Enfermedad de Lyme Leptospirosis Fiebre recurrente Fiebre por mordedura de Rata	Infecciones Crónicas	VIH/SIDA Tuberculosis Linfogranuloma venéreo Lepra lepromatosa Malaria Leishmaniasis visceral (Kala-azar) Tripanosomiasis Paraparesia espástica tropical (HTLV-1)
Infecciones Agudas	Herpes Simple Hepatitis Viral Enfermedad de seroconversión al VIH Varicela y Herpes zoster Mononucleosis Infecciosa Endocarditis bacteriana Chancroide Rickettsiosis Toxoplasmosis Citomegalovirus Sarampión Parotiditis Neumonía viral y por neumococo Neumonía por micoplasma Malaria Otras enfermedades virales agudas ó bacterianas	Desórdenes Autoinmunes	Lupus eritematoso sistémico Poliarteritis nodosa Artritis reumatoide Síndrome de Sjögren Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo Tiroiditis Autoinmune (Hashimoto) Anemia hemolítica Autoinmune Cirrosis biliar primaria Púrpura trombocitopénica Idiopática Mieloma múltiple
Immunizaciones	Viruela Fiebre Tifoidea Fiebre Amarilla	Otras condiciones	Desnutrición Cirrosis hepática Uso de drogas endovenosas Desorden Linfoproliferativo Disproteineimas

Tradicionalmente en los Estados Unidos las pruebas treponémicas han sido utilizadas para el tamizado inicial. El uso del RPR como prueba inicial ofrece dos ventajas: 1) Costo- En los Estados Unidos, la prueba del RPR es mucho más económica si comparada con otras pruebas como, la FTA-ABS ó la TP-PA. 2) Seroreversión- En contraste con pruebas como la FTA-ABS ó TP-PA, la prueba del RPR en un paciente que ha sido tratado previamente por sífilis tiene una mayor probabilidad de volverse no-reactivo. [Schroeter, 1972; Flumara, 1980]. Por esta razón, los pacientes previamente tratados por sífilis que serorevierten (Ej. RPR/VDRL no reactivo) no serán detectados por las pruebas de RPR lo que evitaría que los mismos pudieran confundirse con casos de infección activa, minimizando así el riesgo de tratamiento innecesario.

Para la discusión del uso e interpretación de las pruebas IgG EIA en el tamizado de la sífilis, vea el Apéndice B. El diagnóstico de la sífilis debe considerar los resultados de ambas pruebas, tanto la no treponémica como la treponémica-específica. La Figura 3 resume la interpretación de cada uno de los cuatro posibles escenarios serológicos:

NO-TREPONÉMICA

1. No-reactivo
2. No-reactivo
3. Reactivo
4. Reactivo

TREPONÉMICA

- No-reactivo
- Reactivo
- No-reactivo
- Reactivo

		Pruebas Treponémica-específica [FTA-ABS/TP-PA (MHA-TP)/IgG EIA]	
		Resultado No-reactivo	Resultado Reactivo
FIGURA 3:	Pruebas No-Treponémicas [RPR/VDRL]	1 No hay Diagnóstico de Sífilis Infección por Sífilis en período de incubación. Sífilis Primaria muy temprana. ¹	2 Sífilis Primaria muy temprana ¹ Sífilis Secundaria con fenómeno prozona ² Sífilis tardía no tratada con RPR serorevertido ³ Sífilis previamente tratada ⁴ Prueba no-treponémica de resultado falsamente-negativa ⁵ Prueba treponémica-específica de resultado falso-positivo ⁶ (poco común)
	Resultado No-reactivo	3 Resultado Biológico falsamente-positivo ⁷ Prueba treponémica de resultado falsamente-positivo (poco común). ⁵	4 Diagnóstico positivo de Sífilis ⁸ Enfermedad de Lyme Enfermedad endémica treponémica no transmitida sexualmente ⁹

¹ Los pacientes con sífilis primaria temprana pueden obtener resultados no reactivos a todas las pruebas serológicas al momento de la consulta inicial, con la seroconversión tomando hasta de 10 a 14 días después de la aparición de la lesión primaria [Larsen, 1999]. Por esta razón a todos los pacientes con una lesión sospechosa de sífilis primaria se les debe repetir el RPR a las dos semanas de haber obtenido el resultado no-reactivo inicial. Si es posible, se debe prescribir una microscopía de campo oscuro ó una Prueba Directa de Anticuerpos Fluorescentes (DFA) para cualquier lesión sospechosa de ser una úlcera primaria ó condiloma lata. La microscopía de campo oscuro se encuentra disponible de forma gratuita en muchas clínicas públicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS). [Ver Apéndice G].

² El fenómeno de prozona ocurre en 1 a 2 % (y hasta 10%) de los pacientes con sífilis secundaria como resultado de la presencia de una cantidad excesiva de anticuerpos [Berkowitz, 1990; Jurado, 1993]. El fenómeno de prozona ocurre más comúnmente en personas infectadas con VIH [Schofer, 1996]. Si se sospecha prozona, se deben prescribir pruebas con muestras diluidas ó pruebas treponémicas-específica "para descartar de prozona".

³ La seroconversión de pruebas no-treponémicas (Ej. la reversión del resultado de una serología de reactivo a no-reactivo) ocurre en una proporción significativa durante la etapa avanzada de la sífilis aun sin tratamiento; pruebas no-treponémicas [Ej. RPR] pueden dar resultados no reactivos en hasta un 30% de pacientes con historia de sífilis no tratada [Larsen, 1999], aun cuando el resultado de la prueba treponémica [Ej. FTA] usualmente permanece reactivo.

⁴ La seroconversión de los resultados de las pruebas no treponémicas puede observarse luego del tratamiento adecuado especialmente si la infección fue tratada durante su etapa más temprana. Un paciente puede haber recibido tratamiento adecuado en el pasado y haber olvidado haber sido diagnosticado ó tratado por sífilis, ó bien pudo haber sido curado al ser tratado por otra infección no sífilítica.

⁵ Reportes de casos han descrito respuestas serológicas atípicas en pacientes VIH-positivo [Hicks, 1987; Radolf, 1988; Hutchinson, 1991; Tikjob, 1991].

⁶ Las pruebas treponémicas de resultado falsamente-positivo ocurren en menos del 1% de individuos saludables. [Goldman, 1971], aunque son más comunes durante el embarazo, a edad avanzada y en pacientes con enfermedades del tejido conectivo ó autoinmunes, diabetes mellitas tipo 1, enfermedad de Lyme, y ciertas infecciones virales (incluyendo HSV genital), mononucleosis infecciosa, y lepra [Buchanan, 1970; Carlsson, 1991; Wright, 1975; Hughes, 1970; Kraus, 1970; McKenna, 1973].

⁷ La tasa de reacción falsamente-positiva en la población general es de 0.3-1%, aunque puede verse con mayor frecuencia en presencia de ciertas condiciones crónicas agudas [Nandwani, 1995] Ver Figura 2, pag.

⁸ Puede representar infección adquirida, independientemente de que esta haya sido tratada ó no. Es importante documentar cualquier historia de tratamiento en el pasado, y la respuesta serológica adecuada después del tratamiento.

⁹ Los Treponematoses endémicos (Ej. Yaws, pinta, bejel) se encuentran mas comúnmente en ciertas partes de África, el Sureste de Asia, Centro y Suramérica, el Medio Oriente y las Islas del Océano Pacífico. Una historia previa de treponematoses endémico no elimina la posibilidad de una infección por sífilis en el presente y no debe ser usada, per se, para descartar la sífilis en pacientes con una serología reactiva confirmada.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES CON HISTORIA PREVIA DE SÍFILIS TRATADA

Aún cuando las pruebas no-treponémicas se serorevierten (Ej. de reactivo pueden pasar a no reactivo) en muchos pacientes que han sido tratados por sífilis temprana, las pruebas de RPR/VDRL pueden permanecer dando resultados reactivos de por vida. La posibilidad de seroreversión dependerá de ciertos factores como, el estadio de la enfermedad al momento del tratamiento, el grado de reactividad (Ej. el nivel de los títulos al momento del tratamiento), y de si se trata de una infección inicial ó una reinfección. Los pacientes tratado durante etapas tempranas de la infección, al momento de un título bajo, ó que nunca antes habían sido infectados tienen más posibilidades de serorevertir a no-reactivos. Sin embargo, luego de una infección por sífilis no existe inmunidad a largo plazo. Si un resultado de prueba serológica no treponémica no reactivo se convierte a reactivo en un paciente con historia de sífilis en el pasado ó si hay un aumento de 2 diluciones (4 veces) en el título, comparado con el nivel de título más reciente (Ej: un aumento de un título de 1:4 a 1:16), debe considerarse la posibilidad de reinfección. Tanto el VDRL como el RPR, pruebas serológicas no-treponémicas, son igual de válidas en el diagnóstico de la sífilis. No obstante, los resultados cuantitativos no deben ser directamente comparados entre una y otra, ya que los títulos que se obtienen con el RPR muchas veces son más altos que los que se obtienen con el VDRL.

INTERPRETANDO LOS CAMBIOS EN LOS TÍTULOS SEROLÓGICOS NO-TREPONÉMICOS

NO-TREPONÉMICOS Títulos Serológicos	
1:512	Cada aumento (o disminución) en una dilución representa un cambio de dos veces el título, de esta forma, un cambio de "4 veces" corresponde a un cambio de 2 diluciones. (Ej. disminución de 1:32 a 1:8). Se necesita un cambio de dos diluciones (4 veces) en el título para poder demostrar una diferencia clínicamente significativa entre dos pruebas no-treponémicas consecutivas. En un paciente con una historia de sífilis tratada adecuadamente, una aumento de una dilución (2 veces) (Ej: de 1:2 a 1:4) puede considerarse como el resultado de una variación en las pruebas y no tiene significación clínica. Mientras que un cambio de dos diluciones (4 veces) (Ej: 1:2 a 1:8) debe despertar sospecha de reinfección ó reactivación y requiere reevaluación y tratamiento inmediatos.
1:256	
1:128	
1:64	
1:32	
1:16	
1:8	
1:4	
1:2	
1:1 ("mínimamente reactivo")	
No reactivo	

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES CON SÍFILIS PRIMARIA TEMPRANA

Tal y como se discutió anteriormente todas las pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis tienen sensibilidad limitada durante los primeros 10 a 14 días después de la aparición de la lesión primaria. Por ello, un paciente con una lesión consistente con sífilis primaria de menos de 10 días y cuyos resultados serológicos son no-reactivo puede beneficiarse de una segunda prueba serológica luego de dos semanas para descartar la conversión serológica.

Durante la etapa más temprana de la sífilis primaria, la manera más sensible de hacer el diagnóstico es mediante las pruebas que se hacen en la lesión. Pruebas basadas en la lesión pueden ser realizadas sobre cualquier úlcera anogenital, ó cualquier otra lesión anogenital húmeda (Ej: condiloma lata); es posible tener acceso a este tipo de pruebas a través de los departamentos de salud locales ó estatales (ver Apéndice H).

4. DETERMINE EXACTAMENTE EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON SEROLOGÍA REACTIVA CONFIRMADA (VER TABLA DE ESTADIOS).

Una vez que se ha determinado que un paciente está infectado con sífilis (Ej. resultados serológicos consistentes con infección +/- signos y síntomas), el estadio de la enfermedad debe ser determinado. La exactitud en determinar el estadio de la infección por sífilis, es muy importante para poder:

- i) Elegir el régimen de tratamiento adecuado
- ii) Evaluar la respuesta serológica esperada del tratamiento
- iii) Identificar las parejas sexuales a riesgo y guiar el manejo de la pareja
- iv) Determinar el riesgo de complicaciones tardías ó sífilis congénita
- v) Asegurar la evaluación efectiva de la tendencia de la enfermedad dentro de una comunidad (por medio de sistemas de vigilancia de salud pública).

El diagnóstico de sífilis primaria, secundaria ó terciaria se basa en el análisis combinado de los resultados serológicos consistentes con infección por sífilis y la presencia de síntomas y hallazgos al examen compatibles con sífilis primaria, secundaria ó terciaria. La enfermedad latente es, por definición, asintomática con resultados serológicos positivos como la única evidencia de infección. La sífilis latente, se divide en “latente temprana” y “latente tardía” dependiendo del tiempo que se cree la infección ha estado presente. Aquellos pacientes que parecen haber adquirido la infección durante los 12 meses anteriores al diagnóstico se considera tienen “sífilis latente temprana”. Por otra parte, los pacientes que al momento del diagnóstico parecen haber sido infectados hace más de 12 meses se considera tienen “sífilis latente tardía”. La importancia de la diferenciación entre sífilis latente temprana y sífilis latente tardía reside en que las personas con sífilis latente tardía requieren terapia de tratamiento de mayor duración, mientras que aquellos pacientes con sífilis latente temprana deben ser considerados como potencialmente infecciosos para sus parejas sexuales.

Nota: Todos los pacientes que se piensa tienen sífilis latente (Ej. asintomática) deben ser sometidos a un examen físico que incluya lo siguiente: examen oral, vaginal, anal y de las superficies mucosas para descartar la presencia de lesiones de sífilis primaria ó secundaria ó cualquier evidencia de enfermedad terciaria. Cualquier historia de lesiones consistentes con sífilis también puede ser tomada en cuenta para ayudar a determinar el estadio de la infección.

Una proporción de pacientes asintomáticos con evidencia serológica de infección niega cualquier historia previa de signos, síntomas ó exposición a la infección; estos pacientes representan un grupo diagnosticado con “sífilis latente de duración desconocida”. Los pacientes con “sífilis latente de duración desconocida” son tratados con un régimen de mayor duración (Ej. tal como en el caso de sífilis latente tardía), aunque puedan haber adquirido la infección en los 12 meses previos al diagnóstico y pueden por ello aún ser infecciosos. Por esta razón, todas las parejas sexuales que un paciente diagnosticado con “sífilis latente de duración desconocida” haya tenido durante los últimos 12 meses deben ser consideradas a riesgo de infección y manejadas apropiadamente, especialmente en el caso de pacientes cuyos título treponémicos es igual ó mayor que 1:32.

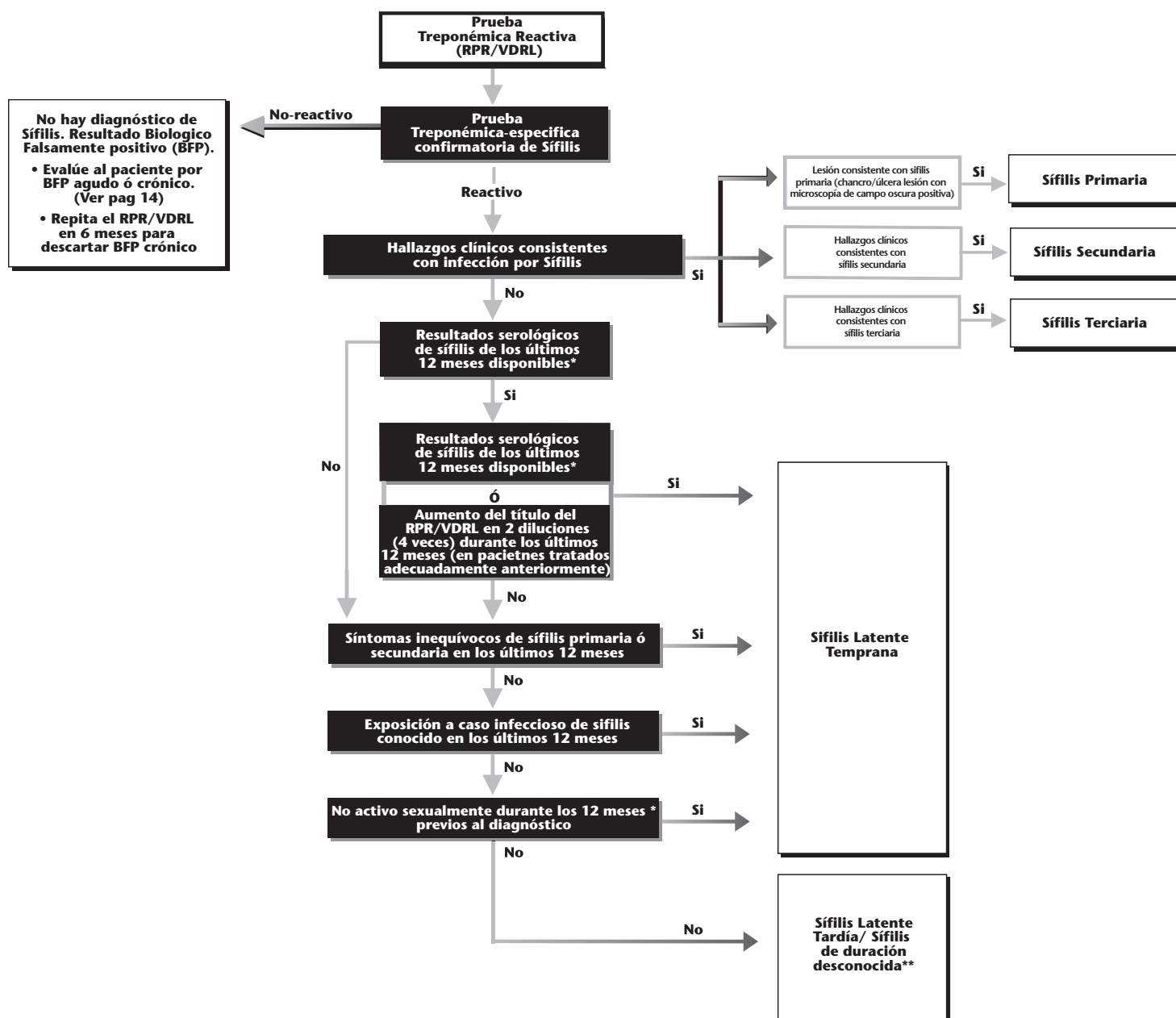
La Figura 4A resume las características principales de cada uno de los estadios de la sífilis, mientras que la Figura 4B provee una guía de decisiones a tomar que ilustra las normas generales para abordar cada uno de los estadios de la sífilis.

**FIGURA 4A: ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR SÍFILIS
(EJ: SEROLOGÍA REACTIVA CONFIRMADA)**

ETAPA	CRITERIO DIAGNÓSTICO	FECHA PROBABLE DE EXPOSICIÓN
Primaria	Hallazgos del examen físico: Usualmente se encuentra una úlcera única, endurecida (genital ó no-genital) indolora con resultado positivo por microscopia de campo oscuro/DFA/PCR, ó que se sospecha altamente pueda ser un chancro sifilítico en base a la clínica.	Durante los últimos 3 meses
Secundaria	Hallazgos del examen físico: • Erupción cutánea (generalizada ó local) sin explicación alguna • Erupción en la palma de las manos ó plantas de los pies • Parchos mucosos (lesiones en la lengua, mucosa bucal, labios) • Condiloma lata (plano, húmedo, placas grisáceo-blancuzcas) • Alopecia en parches	Durante los últimos 6 meses
Latente Temprana	Examen con resultado negativo (Ej. no hay hallazgo consistentes con sífilis primaria ó secundaria) MÁS cualquiera de los siguientes DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES: 1. Historia de síntomas inequívocos de sífilis primaria ó secundaria - ó 2. Conversión serológica - ó 3. Un incremento de 2 diluciones (4-veces) en el título no treponémico de una persona que previamente recibió tratamiento adecuado para una infección por sífilis - ó 4. Exposición a un caso infeccioso de sífilis‡ - ó 5. La única posible exposición ocurrió durante los últimos 12 meses.	Durante los últimos 12 meses.
Latent Tardía	Examen con resultado negativo (Ej. no hay hallazgo consistente con sífilis primaria ó secundaria) MÁS cualquiera de los siguientes en un PERÍODO MAYOR A 12 MESES 1. Historia de síntomas inequívocos de sífilis primaria ó secundaria - ó 2. Conversión serológica - ó 3. Un incremento de los títulos no treponémicos de 2 diluciones (4-veces), en personas que previamente recibieron tratamiento adecuado para una infección por sífilis - ó 4. Exposición a un caso infeccioso de sífilis - ó 5. No es posible que la exposición haya ocurrido durante los últimos 12 meses.	Mayor de un año
Sífilis Latente de Duración Desconocida	No existen signos ni síntomas de sífilis primaria ó secundaria y no existe información suficiente para determinar la duración de la infección ó la la fecha probable de exposición	Incierto Si el título no-treponémico es >1:32 hay una mayor probabilidad de que la infección sea reciente (durante los últimos 12m).

‡ Un caso infeccioso incluye sífilis, primaria, secundaria o latente temprana

FIGURA 4B: ALGORITMO DE LAS ETAPAS DE LA SÍFILIS PARA UNA SEROLOGÍA REACTIVA EN PACIENTES QUE NO HAN SIDO TRATADOS POR SÍFILIS PREVIAMENTE



*La mayoría de los departamentos de salud locales mantienen un registro de casos de sífilis y reactores serológicos. Ver el apéndice H para mayor información.

**Pacientes que niegan cualquier historia de signos/síntomas de sífilis ó historia de exposición a un caso infeccioso de sífilis y en quienes no está claro cuando ocurrió la exposición, son manejados frecuentemente como casos de SÍFILIS LATENTE TARDÍA aunque más exactamente representan "SÍFILIS LATENTE DE DURACIÓN DESCONOCIDA".

5. PROVEA LA FARMACOTERAPIA ADECUADA

[VEA LA FIGURA 5A: MANEJO DE SEROLOGÍA REACTIVA DE SÍFILIS]

A menudo la decisión de tratar ó no a un paciente en respuesta a una serología de sífilis reactiva es particularmente difícil para el proveedor de salud, especialmente en casos en los que el paciente presenta una historia previa de sífilis tratada. La Figura 5A ilustra la estrategia general a seguir en el tratamiento de pacientes con serológica reactiva confirmada. Para la toma de decisiones en situaciones clínicas específicas se deben considerar los detalles de la historia y del examen físico de cada paciente a fin de asegurar el manejo adecuado del caso. La excelencia en el manejo de casos puede implicar la necesidad de que el clínico se dirija a su Centro de Enfermedades Infecciosas local ó a especialistas en Enfermedades de Transmisión Sexual para recibir asesoramiento.

Nota: Todos los pacientes diagnosticados con sífilis latente deben ser evaluados clínicamente para descartar la presencia de cualquier signo ó síntoma de enfermedad terciaria (Ej: aortitis, goma, iritis).

El manejo de todos los casos de sífilis no tratada debe basarse en el estadio de la infección **al momento del tratamiento**. La penicilina G benzatina de acción prolongada es el tratamiento de elección para todos los estadios de sífilis. La terapia oral con dosis múltiples de doxiciclina es aceptada como tratamiento alternativo en pacientes alérgicos a la penicilina. Aunque, el uso de penicilina inyectable como tratamiento para la sífilis es evitado por muchos clínicos preocupados por la posible incomodidad del paciente, así como por posibles reacciones anafilácticas, lograr la adherencia de los pacientes a una terapia que incluye 2 a 4 semanas de ya sean, 2 ó 4 dosis diarias de terapia oral resulta casi imposible. De hecho, el cumplimiento estricto con terapias orales con dosis múltiples varias veces al día en el tratamiento de ETS se ha comprobado ocurre sólo en una pequeña porción de los pacientes, incluso en casos en los que el medicamento es proveído de manera gratuita al momento del diagnóstico [Augenbraun, 1998]. Por esta razón, a menos de que esté contraindicado, la terapia inyectable directamente observada con penicilina benzatina de acción prolongada es el tratamiento de elección para todos los estadios de la sífilis. Ninguna combinación de penicilina benzatina y penicilina procaína (Ej de acción corta), ni la penicilina oral son apropiados para el tratamiento de la sífilis. De igual manera tampoco se recomienda para el tratamiento de la sífilis, ni la bicilina inyectable CR ni la penicilina oral. El único régimen recomendado actualmente para el tratamiento de la sífilis durante el embarazo y para la prevención de la sífilis congénita es la Penicilina Benzatina Intramuscular [CDC STD Treatment Guidelines, 2002].

Jarisch-Herxheimer Reaction

Pacientes siendo tratados para la sífilis deben ser advertidos acerca de la posibilidad de una reacción Jarisch-Herxheimer la cual puede ocurrir durante las primeras 24 horas de tratamiento (usualmente entre 2 y 8 horas) [Holmes K et al (Editors). Sexually Transmitted Disease, 1998; Third Edition]. Los síntomas de esta reacción incluyen la exacerbación local y sistémica de manifestaciones de sífilis primaria ó secundaria existentes ó que no han sido reconocidas tales como debilidad, dolores musculares generalizados, dolor de cabeza, náusea/vómito, adenopatías dolorosas, faringitis ó fiebre. La reacción se cree es el resultado de la destrucción rápida de espiroquetas y es observada más comúnmente en pacientes recibiendo tratamiento para sífilis primaria ó secundaria (de 1/3 a 2/3 de los casos). El tratamiento es de apoyo utilizando analgésicos y antipiréticos y los síntomas usualmente se alivian en 24 horas. Durante el embarazo, la reacción Jarisch-Herxheimer ha sido asociada con stress fetal y parto prematuro (el mayor riesgo está presente durante las primeras 48 horas del tratamiento) [Klein, 1990]. Sin embargo, esta complicación potencial no debe prevenir ó demorar el inicio del tratamiento. Las mujeres tratadas por sífilis durante el embarazo deben ser informadas acerca de la posibilidad de una reacción Jarisch-Herxheimer y deben buscar atención obstétrica inmediata si observan alguna contracción ó disminución del movimiento fetal.

FIGURE 5A: RESUMEN DEL MANEJO DE UNA SEROLOGÍA DE SÍFILIS REACTIVA

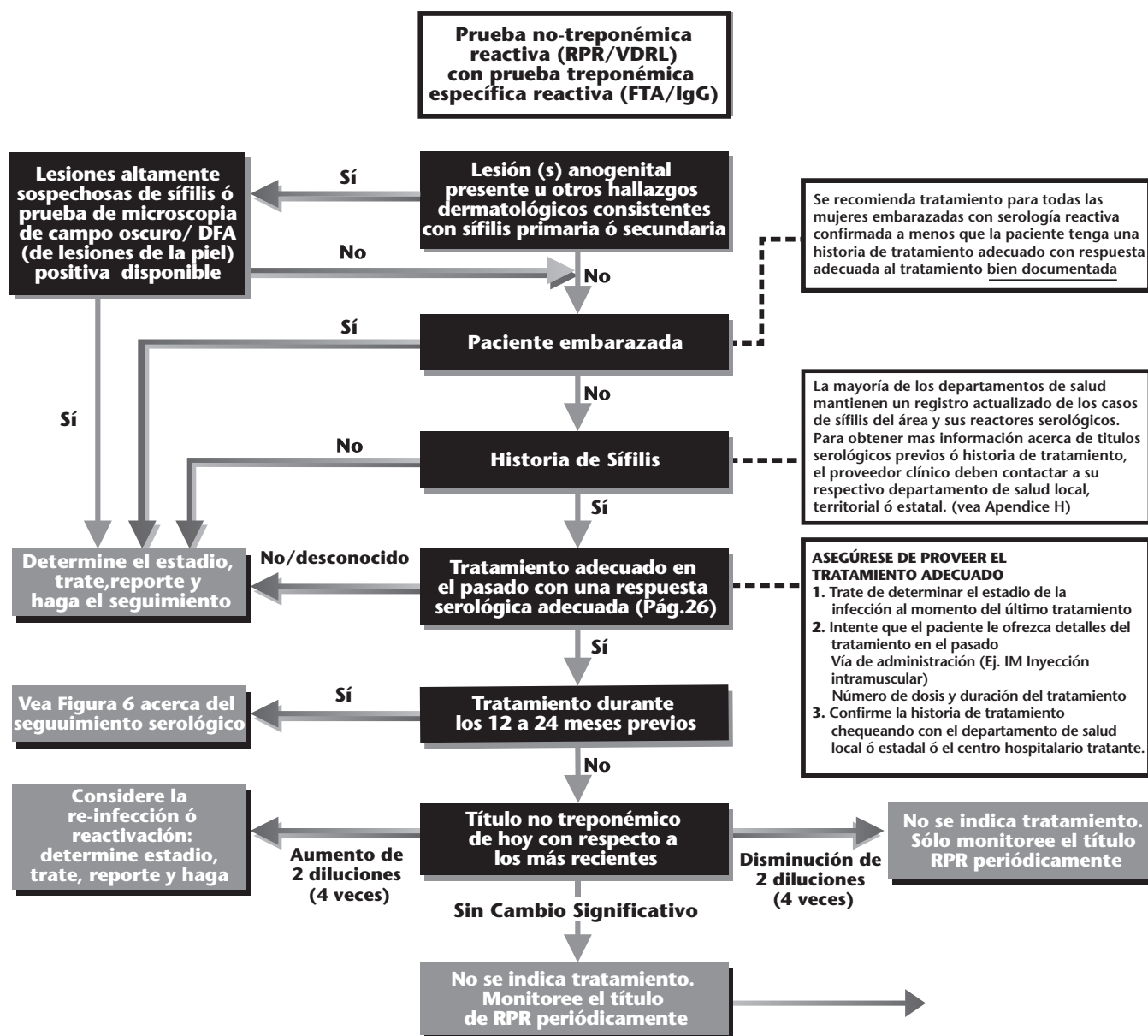


FIGURE 5B: Treatment Tabla de Tratamiento de la Sífilis en Pacientes Adultos No-Embarazada

Etap (inicio post- exposición)	Considerado Infeccioso	HIV Status	Tratamiento¹	Pareja (s) a riesgo
Primaria [3-90 días, promedio 21 días]	SI		Penicilina Benzatina G 2.4 millones de unidades IM— una inyección 1 Algunos expertos recomiendan dosis adicionales en pacientes VIH positivos (Ej. un total de 7.2 millones de unidades de penicilina benzatina intramuscular administrada en 3 dosis de 2.4 millones de unidades cada una en intervalos de 1 semana, aunque la recomendación del CDC es de una sola inyección de 2.4 m U). <u>Alternativas Recomendadas por el CDC para Pacientes no-embarazados con alergia a la penicilina documentada^{1,4}</u> ○ Doxiciclina oral 100mg dos veces al día x 2 semanas ^{1,4} ○ Tetraciclina oral 500mg cuatro veces al día x 2 semanas ^{1,4} ○ Ceftriaxona IM ó IV 1g diario x 8 -10 días ^{1,4}	Partners exposed up to 3 months prior to first symptom. ²
Secundaria [1.5 a 6 meses]	SI		Ver tratamiento para Sífilis Primaria ¹	Partners exposed up to 6 months prior to first symptom. ²
Latente Temprana [≤ 1 año]	SI ³		Ver tratamiento para Sífilis Primaria ¹	Partners exposed up to 12 months prior to diagnosis. ²
Latente Tardía [> 1 año]	NO ⁸	VIH Negativo	Penicilina benzatina IM G 7.2 millones de unidades en total, administradas en 3 dosis de 2.4 millones de unidades cada una en intervalos de 1 semana ⁵ <u>Alternativas Recomendadas por el CDC para Pacientes no-embarazados con alergia a la penicilina documentada¹</u> ○ Doxiciclina oral 100mg dos veces al día x 4 semanas ¹ ○ Tetraciclina oral 500mg cuatro veces al día x 4 semanas ¹	Evaluate spouses and long-term partners clinically and serologically. Children born outside of the U.S. should be evaluated to rule out congenital infection.
		VIH Positivo	Penicilina benzatina IM G 7.2 millones de unidades en total, administradas en 3 dosis de 2.4 millones de unidades cada una en intervalos de 1 semana ^{4,5,6}	
Sífilis Latente de Duración Desconocida [??]	Posiblemente		Ya que no se conoce la duración de la infección, se recomienda la terapia para la máxima duración (Ver Sífilis Latente Tardía)	A fin de notificar y manejar apropiadamente a las parejas sexuales expuestas a la infección, los pacientes con sífilis latente de duración desconocida con un título serológico no treponémico alto (Ej $\geq 1:32$) pueden ser considerados con sífilis latente temprana
Terciaria [meses-años]	NO ⁷		Ver Sífilis Latente Tardía	Ver Latente Tardía
Neurosífilis			Ver Apéndice D	

Para información en relación al tratamiento de la sífilis in personas infectadas con el VIH, sífilis en las embarazadas, sífilis congénita y sífilis en niños consulte los apéndices C, E, F y G.

Para notas al pie ver la pagina 23.

¹ Penicilina Benzatina es el tratamiento más usado para la infección por sífilis en todas sus etapas (excepto neurosífilis); otros regímenes deben ser usados sólo cuando la penicilina esta contraindicada. La penicilina es el único régimen de tratamiento aceptable durante el embarazo; las mujeres embarazadas que son alérgicas a la penicilina deben ser hospitalizadas, desensibilizadas y tratadas con penicilina. Si un paciente es alérgico a la penicilina y en reemplazo se usa el régimen de doxiciclina/tetraciclina, el paciente debe ser monitoreado muy de cerca para asegurarse de que cumple correctamente con las 2 a 4 semanas de terapia. El cumplimiento con la terapia suele ser mejor cuando los pacientes toman doxiciclina que cuando toman tetraciclina dado a que la primera requiere menos dosis frecuentes y tiene menos efectos secundarios gastrointestinales. La desensibilización a la penicilina debe ser considerada para pacientes con una disposición alérgica a la penicilina conocida y que además tienen una gran probabilidad de no poder cumplir con el tratamiento por vía oral. Data preliminar limitada sugiere que ceftriaxona es un medicamento alternativo efectivo en el tratamiento de etapas tempranas de la sífilis; la dosis óptima y la duración apropiada de la terapia no ha sido establecida, sin embargo algunos expertos recomiendan Ceftriaxona IM ó IV en dosis de 1g al día durante de 8 a 10 días. Tomando en cuenta que la respuesta a esta terapia de tratamiento no ha sido bien documentada, se recomienda seguir la evolución del paciente de cerca. [MMWR; March12, 2004]

² Manejo de las Parejas:

El período máximo de incubación de la sífilis es de 3 meses, por ello una serología no-reactiva en una pareja sexual cuya última exposición a la infección potencial fue < 90 días puede presentar un resultado falso-negativo (ya que caería en el "período ventana" para las pruebas serológicas de sífilis). Por esta razón, las parejas cuyo último contacto sexual con un caso infeccioso fue < 90 días deben ser tratadas empíricamente, independientemente de los resultados de las pruebas serológicas. Las pruebas serológicas siguen siendo importante ya que las mismas permiten establecer el diagnóstico definitivo (Ej: sífilis en incubación vs. Infección temprana). Si se determina que una pareja de un paciente infectado también se encuentra infectada (es decir tiene una prueba serológica reactiva confirmada), la infección de esta persona requiere ser evaluada y manejada. Parejas cuyo último contacto sexual con un caso infectado ocurrió hacen >90 días y de quienes se han obtenido resultados serológicos no-reactivos pueden ser consideradas no infectadas. Si un STAT RPR es reactivo (en un paciente sin historia previa de tratamiento por sífilis), ó si los resultados serológicos no están disponibles inmediatamente y el seguimiento es incierto, se recomienda altamente prescribir tratamiento presuntivo al momento de la primera consulta.

³ Dado el alto riesgo de recaída por sífilis secundaria durante el primer año de la infección, los casos de sífilis latente temprana deben ser considerados infecciosos por lo que las parejas sexuales deben ser manejadas apropiadamente.

⁴ La eficacia de regímenes que no incluyen penicilina (Ej. doxiciclina ó tetraciclina por 28 días) en personas VIH positive no ha sido bien estudiado por lo que deben ser considerado con precaución.

⁵ El manejo óptimo de pacientes que están siendo tratados por sífilis latente tardía que pierden dosis de la terapia de penicilina establecidas no ha sido determinado aún. Según la farmacología de la penicilina benzatina, un intervalo de entre 10 y 14 días entre las dosis puede ser aceptable antes de tener que considerar comenzar de nuevo la serie inyecciones. Esta flexibilidad en la dosis no debe ser considerada aceptable en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo.

⁶ Descarte neurosífilis a través del examen del CSF antes de iniciar el tratamiento (aunque algunos expertos recomendarían hacer ambas cosas simultáneamente).

⁷ Excepto potencialmente para transmisión de madre a hijo.

6. DESCARTE LA COEXISTENCIA DE CUALQUIER OTRA INFECCIÓN SEXUAL

Dado que una gran variedad de infecciones de transmisión sexual tienen en común muchos comportamientos sexuales de alto riesgo, los pacientes diagnosticados con sífilis deben someterse a pruebas para descartar otras posibles ETS asintomáticas como clamidia, gonorrea, tricomoniasis y VIH.

Todos los pacientes diagnosticados con sífilis deben ser sometidos a la prueba del VIH. Los pacientes que se encuentran en áreas geográficas con una alta prevalencia de VIH, a quienes se les ha diagnosticado sífilis primaria y cuyos resultados de la prueba de VIH al momento del diagnóstico fueron negativos, deberán someterse de nuevo a la prueba del VIH a los tres meses.

Para mayor información acerca de pruebas disponibles para el diagnóstico de gonorrea, clamidia y otras ETS visite:

<http://www.cdc.gov/STD/LabGuidelines/default.htm>

<http://www.depts.washington.edu/nnptc>

**7. ASEGURE EL REFERIDO Y TRATAMIENTO DE LA PAREJA DE TODOS LOS CASOS INFECCIOSOS DE SÍFILIS (Ej: PAREJAS EXPUESTAS DURANTE EL PERÍODO INFECCIOSO DEL PACIENTE)
[VER FIGURA 5B: TABLA DE TRATAMIENTO]**

Es importante que los proveedores de salud reconozcan la importancia de su rol en la facilitación del manejo clínico de la pareja. El manejo rápido de la pareja puede detener la continua transmisión de la enfermedad dentro de la comunidad. El período de incubación de la sífilis (con promedio de 3 semanas, comparado con la gonorrea que usualmente sólo toma de 2 a 7 días [Chin, 2000]) es relativamente largo, lo que ofrece la oportunidad de proveer tratamiento profiláctico efectivo post-exposición. Una vez inoculado la mayoría de los pacientes se convierten en casos infecciosos en tan sólo 3 semanas; sin embargo, si se provee a las personas expuestas a un caso infeccioso de sífilis con tratamiento profiláctico post exposición lo suficientemente rápido, el proceso de incubación puede ser abortado y el riesgo de transmisión continua puede ser eliminado por completo.

Cada una de las parejas de un caso representa una fuente de infección, mientras que las parejas de este último representan la posibilidad de esparcir la infección en la comunidad (Ej: parejas que tuvieron expuestas ahora pueden estar infectadas ó incubando la infección). El manejo de la pareja se encarga de tanto la fuente como los posibles diseminadores de una infección diagnosticada. La determinación de que parejas sexuales previas deben ser sometidas a una evaluación/tratamiento dependerá del estadio de la infección en el paciente (Ver Figura 5B). En general, todos los pacientes con una infección por sífilis de 12 meses son considerados casos infecciosos (Ej: primaria, secundaria, y sífilis latente temprana).

Las personas potencialmente expuestas durante los 90 días previos al diagnóstico pueden estar incubando la sífilis por lo que sus pruebas serológicas pueden resultar negativas. Por esta razón, el CDC recomienda tratamiento presuntivo (incluso en la ausencia de hallazgos clínicos ó laboratorios) de todas las parejas expuestas a un caso infeccioso durante los 90 días anteriores al hallazgo de la infección.

Las pruebas serológicas para la sífilis deben prescribirse para las parejas que están siendo tratadas presuntivamente (debido a un contacto sexual con un caso infeccioso de sífilis) a objeto de determinar si estas personas están infectadas. Las pruebas serológicas de personas con la infección en período de incubación darán un resultado negativo.

También se recomienda el tratamiento presuntivo siempre que no se puede asegurar el seguimiento de los resultados serológicos y el tratamiento de todas aquellas personas expuestas a un caso infeccioso aún cuando dicha exposición haya ocurrido en un período mayor de 90 días previos a la presentación del caso.

Resumen de Manejo de la Pareja:

El período máximo de incubación para la sífilis es de 90 días, por ello, una serología no reactiva de una pareja cuya exposición a la infección ocurrió hace 90 días ó menos puede representar un resultado falso-negativo (ya que la prueba serológica para la sífilis puede haber sido realizada durante el “período ventana”).

Parejas cuyo último contacto con un caso infeccioso fue hace 90 días deben ser tratadas empíricamente al momento de la evaluación inicial, independientemente del resultado arrojado

por las pruebas serológicas. Es importante destacar sin embargo que las pruebas serológicas siguen siendo importantes para ayudar a establecer el diagnóstico. Si se halla que una pareja ya estaba infectada (tiene una serología reactiva confirmada) la pareja de dicho paciente requerirá evaluación y manejo.

Parejas cuyo último contacto con un caso infeccioso fue hace 90 días y cuyas serologías demuestran ser no reactivas pueden considerarse como no infectados. No obstante, en los casos en que el STAT RPR es reactivo (en pacientes sin historia previa de tratamiento para la sífilis), ó si los resultados serológicos no se encuentran a disposición inmediatamente, ó si el seguimiento parece incierto, la recomendación es dar a estas personas tratamiento presuntivo a partir de la consulta inicial.

RECURSOS DE SALUD PÚBLICA DE AYUDA PARA EL MANEJO DE LA PAREJA

Los departamentos de salud locales regularmente proveen asistencia y se aseguran de que se les ofrezca manejo clínico a todas las personas que han sido potencialmente expuestas a la infección por sífilis. En la mayoría de las áreas, a todas las personas con sífilis primaria, secundaria, ó latente temprana se les ofrece seguimiento por parte de trabajadores del Departamento de Salud especialmente entrenados quienes documentan que el tratamiento adecuado haya sido administrado y quienes intentan además identificar las parejas sexuales del paciente que se encuentran a riesgo. Los Especialistas de Intervención del Departamento de Salud intentan contactar pacientes y parejas a quienes no se les ha podido confirmar terapia adecuada, a fin de motivarles a que busquen seguimiento médico. El servicio de notificación de parejas proveído por el Departamento de Salud trabaja sin revelar ninguna información acerca del caso original para proteger así la confidencialidad del paciente.

8. NOTIFIQUE PRONTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE SALUD LOCAL Ó ESTADAL ACERCA DE CADA NUEVO CASO DE SÍFILIS DIAGNOSTICADO

Los Códigos de Salud Pública exigen que todos los proveedores de diagnóstico y tratamiento (ó las personas que estos designen) y los laboratorios reporten prontamente todos los nuevos casos de las siguientes enfermedades de transmisión sexual:

	Información de Contacto	Proveedores de Salud deben reportar todos los casos nuevos de:	Laboratorios deben reportar todos los casos nuevos de:
Ciudad de Nueva York	STDs: 1-866-NYC-DOH1 Hepatitis: 212-788-9830 VIH/SIDA: 212-442-3388	• Sífilis (en cualquiera de sus estadios incluyendo congénita) • <i>Chlamydia Trachomatis</i> • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> • Chancro (<i>Haemophilus ducreyi</i>) • Donovanosis/ Granuloma inguinal (<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>) • Lymphogranuloma venéreo (LGV) • Uretritis por Nongonococ/ Uretritis no específica • Hepatitis A, B, and C • VIH/SIDA	• Sífilis (en cualquiera de sus estadios incluyendo congénita) • <i>Chlamydia Trachomatis</i> • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> • Chancro (<i>Haemophilus ducreyi</i>) • Donovanosis/ Granuloma inguinal (<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>) • Lymphogranuloma venéreo (LGV) • Hepatitis A B and C • HIV/AIDS
Estado de Nueva York	El reporte de enfermedades en el Estado de New York debe realizarse directamente a los Departamentos de Salud locales ó del condado. Para un listado de los números visite: www.health.state.ny.us/nysdoh/lhu/map.htm	• Sífilis • <i>Chlamydia Trachomatis</i> • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> • Chancro (<i>Haemophilus ducreyi</i>) • Donovanosis/Granuloma inguinal (<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>) • Hepatitis A, B, and C • Lymphogranuloma venéreo (LGV)	• Sífilis • <i>Chlamydia Trachomatis</i> • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> • Chancro (<i>Haemophilus ducreyi</i>) • Donovanosis/Granuloma inguinal (<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>) • Hepatitis A, B, and C • Lymphogranuloma venéreo (LGV)
Nueva Jersey	STDs: Teléfono: 609-588-7480 Fax: 609-588-7462 Hepatitis: Teléfono: 609-588-7500	• Sífilis (primaria y secundaria en pacientes en consulta ambulatoria, congénita en hospitales) • <i>Chlamydia Trachomatis</i> (Consulta ambulatoria) • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> (Consulta ambulatoria) • Hepatitis A (hospitales) • Hepatitis B con pruebas de antígeno positiva en mujeres embarazadas (Consulta ambulatoria) • Hepatitis C (Consulta ambulatoria y hospitales)	• Sífilis • <i>Chlamydia Trachomatis</i> • <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> • Chancro (<i>Haemophilus ducreyi</i>) • Hepatitis A, B, and C

En casos de sífilis primaria, secundaria y latente temprana el pronto reporte de los casos permite ofrecer servicios a las parejas a tiempo, lo que resulta crítico en la lucha por interrumpir la continua transmisión de la enfermedad. En promedio, las personas que han estado expuestas a un caso de sífilis infecciosa se convertirán en casos infecciosos en aproximadamente 3 semanas; por lo que, en estos casos si es posible proveer a estas personas con terapia empírica (Ej: profilaxis post exposición) durante este lapso de tiempo el riesgo de transmisión puede ser disminuído. Por ello, el pronto reporte de casos puede contribuir significativamente a la prevención de la enfermedad. Para más detalles acerca del reporte de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, llame a los números telefónicos listados anteriormente.

Para más información acerca del reporte y servicios a la pareja en otros estados, diríjase a la lista de contactos incluida en el Apéndice H.

9. MONITOREE LOS PACIENTES TRATADOS SEROLÓGICAMENTE PARA ASEGURARSE DE QUE ESTÁN RESPONDIENDO ADECUADAMENTE A LA TERAPIA PRESCRITA.

[VER FIGURA 6: TABLA DE SEGUIMIENTO]

Actualmente no existe una prueba que permita determinar que la infección por sífilis ha sido curada, por lo que el concepto de “curada” se basa en la remisión de los signos y síntomas clínicos si estos estaban presentes, y la disminución de dos diluciones (Ej: 4-veces) de los títulos serológicos no-treponémicos en un período apropiado de tiempo. “Este período apropiado de tiempo” es determinado en base al estadio de la enfermedad al momento de iniciar el tratamiento – Vea Figura 6: Tabla de Seguimiento. Nota: Los títulos no-treponémicos pueden disminuir más lentamente en pacientes con historia de sífilis tratada.

FIGURE 6: TABLA DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE SÍFILIS TRATADOS

ESTADIO	HIV Negativo	HIV Positivo	RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA
	Seguimiento	Serologías	
Primaria ó Secundaria		3 meses	Persistencia ó recurrencia de los signos/síntomas
	6 meses	6 meses	ó No hay disminución del título treponémico de 2 diluciones (4 veces) durante 6 meses
		9 meses	ó Un aumento de 2 diluciones (4 veces) o más del título treponémico desde el inicio del tratamiento
	12 meses	12 meses	(si comparado con el resultado inicial ó resultados sucesivos)
Latente (Temprana ó Tardía)		24 meses [†]	
	6 meses	6 meses	No se presenta una disminución de 2 dilución en el título treponémico en pacientes con un título inicial > 1:32
	12 meses	12 meses	durante los primeros 12 a 24 meses de la terapia
		18 meses	ó Un aumento de 2 diluciones (4 veces) ó más del título treponémico desde el inicio del tratamiento
	24 meses	24 meses [†]	ó El desarrollo de signos/síntomas atribuibles a la sífilis

Nota: Todos los pacientes tratados por sífilis durante el embarazo que tienen un alto riesgo de re-infección ó que se encuentran en un área geográfica con alta prevalencia de sífilis deben recibir seguimiento serológico mensualmente hasta el momento del parto, a fin de poder detectar cualquier reinfección tan pronto como sea posible.

[†] Los pacientes VIH positivo tratados por sífilis deben tener seguimiento por un año para asegurar la continuación de la condición serofast ó un título treponémico no reactivo.

Intervención durante la fase de respuesta serológica inadecuada a la terapia

1. Considere la posibilidad de que exista reinfección
 - Documente la historia sexual del paciente durante la terapia y considere la posibilidad de reinfección y la necesidad de recibir tratamiento nuevamente si existe riesgo de re-exposición
 - Recomience el tratamiento del paciente si la posibilidad de seguimiento ó de obtener una serie de títulos parece incierta.
2. Considere un fallo del tratamiento
 - Haga nuevamente el examen del VIH
 - Si se usó terapia oral, considere un fallo en la adherencia al tratamiento.
3. Prescriba un examen de CSF para identificar una posible infección CNS no reconocida
4. Si el riesgo de re-exposición es bajo y se ha descartado la presencia de neurosífilis a través de una punción lumbar, la mayoría de los especialistas recomendarían re-tratar al paciente por sífilis latente tardía (Ej. Penicilina benzatina G 2.4 mU cada semana por tres semanas para un total de 7.2mU). En algunos casos aislados, los pacientes con resultados del CSF normal a quienes se les repite el tratamiento puede que no presenten una mayor disminución de los títulos treponémicos. Aún no se ha establecido la necesidad de terapia adicional ó de pruebas de CSF para dichos casos.

En algunos pacientes bajo tratamiento los títulos treponémicos puede persistir por un período de tiempo indefinido (algunas veces de por vida; estos pacientes son llamados “serofast”).

Aún cuando la respuesta serológica al tratamiento es adecuadamente documentada, todos los pacientes tratados deben continuar bajo seguimiento serológico usando pruebas treponémicas como el RPR, hasta que se seroconviertan ó bien hasta que se determine apropiadamente que el paciente tiene una serología “serofast”. El título serofast después del tratamiento será el número base con el que todos los resultados de serología deben ser medidos en el futuro. Por ello, resulta crítico asegurarse de que el título del paciente esté tan bajo como sea posible. Los pacientes que continúan bajo riesgo de re-infección deben ser re-examinados periódicamente cada 6 ó 12 meses dependiendo del intervalo de su historia sexual.

Actualmente el CDC recomienda que los pacientes tratados por neurosífilis que presentan un incremento de CSF WBCs al momento del diagnóstico sean sometidos a un examen de CSF cada 6 meses. Si el conteo de las células no disminuye luego de 6 meses, ó si el resultado del CSF no es normal luego de 2 años, se debe considerar dar nuevamente tratamiento al paciente (2002 CDC Treatment Guidelines, 23).

La prueba del VIH debe ser prescrita al momento del diagnóstico inicial y debe ser repetida de cada 3 a 6 meses si el resultado inicial fue negativo.

10. PROMUEVA COMPORTAMIENTOS PARA PREVENIR LA RE-INFECCIÓN

Los pacientes a riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y muy especialmente aquellos que han sido diagnosticados recientemente con este tipo de enfermedad, deben ser sometidos a consejería para la reducción de las conductas de riesgo por parte del clínico. Esta consejería debe tratar de llenar los vacíos en la percepción del riesgo, ayudar a identificar las conductas de riesgo que pueden ser modificadas, evaluar las barreras para la modificación del comportamiento del paciente y asistir al desarrollo de un plan de acción proveyendo el referido adecuado en los casos en que sea necesario.

Para mayores detalles en relación a visitas de consejería de comportamiento para reducir el riesgo de VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, http://depts.washington.edu/nnptc/core_training/clinical/PDF/BEHAVIORAL%20COUNSELING.pdf

Los mensajes y comportamientos claves que deben ser reforzados son:

- Abstinencia, monogamia y la reducción del número de parejas sexuales contribuyen a disminuir el riesgo sexual.
- Las barreras tales como los condones, no protegen contra todas las posibles exposiciones a secreciones corporales y lesiones de la piel. Sin embargo, cuando se usa el condón como parte de una estrategia para tener sexo más seguro, el uso del mismo puede reducir significativamente el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH.
- Si existe la posibilidad de exposición a una pareja que se conoce está infectada, debe buscarse evaluación inmediata y posiblemente tratamiento profiláctico post exposición.
- Debe prescribirse pruebas periódicas dependiendo del historial de riesgo del paciente y la prevalencia de la enfermedad en la localidad.

IV. APÉNDICES

APÉNDICE A: COMPARACIÓN DE LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PARA SÍFILIS

Tomado de la Guía de Referencia para la Sífilis
 Vickie Pope, PhD
 Syphilis Serology Reference Laboratory
 Sexually Transmitted Infections Branch
 Division of AIDS, STD and TB Laboratory Research
 National center for HIV, DTD, and TB Prevention
 Centers for Disease Control and Prevention

Prueba	Ventajas	Desventajas
Microscopía de campo oscuro	Diagnóstico inmediato y definitivo en enfermedad primaria y secundaria. Económico. Rápido.	Requiere microscopio especializado. Requiere microscopista con experiencia. Puede confundirse con espiroquetas no patógenas. En general no se recomienda para lesiones orales debido a problemas de especificidad con espiroquetas no patógenas en la cavidad oral. Deben leerse inmediatamente; es importante identificar la motilidad. Resultados negativos falsos aumentan con el uso de sustancias tóxicas (Ej. jabón y agua). La sensibilidad disminuye a medida que la lesión cura.
Anticuerpos fluorescentes directos (DFA-TP)	El laboratorio para la sífilis de la CDC recomienda el uso de anticuerpos monoclonales ya que son más específicos- anticuerpos policlonales pueden reaccionar con otros treponemas que son flora normal de la cavidad oral y el tracto gastrointestinal. Disponible comercialmente. Se compara favorablemente a la microscopía de campo oscuro	Los resultados demoran 1-2 días, así es que el paciente debe regresar para el tratamiento. Generalmente el laboratorio de referencia requiere entre 1-1.5 horas para hacer la prueba. Requiere un microscopio de fluorescencia en buena condición. Los anticuerpos monoclonales están disponibles a través de la CDC, aunque los anticuerpos policlonales están disponibles comercialmente.
Pruebas serológicas no treponémicas (RPR, VDRL, TRUST, USR)*	Rápido y económico. Fácil de realizar, puede realizarse en la clínica u oficina. Produce resultados cualitativos y cuantitativos. Se usan para dar seguimiento a la respuesta al tratamiento. Pueden usarse para diagnosticar re-infecciones	Puede ser poco sensible en ciertos estadios (particularmente durante infección latente temprana y tardía). Tendencia a producir resultados positivos falsos. (consulte la pagina 12) Raramente, el fenómeno de prozona, puede causar resultados negativos falsos. El efecto prozona es la ausencia de reacción debido a exceso de anticuerpos y puede ocurrir durante la infección primaria tardía o la infección secundaria. Si hay sospecha clínica de infección secundaria, el laboratorio deberá diluir el suero por lo menos a la dilución de 1/16 para descartar el fenómeno prozona. Es afectado por cambios en la temperatura (Ej. < 23°C, falsos negativos, > 28°C falsos positivos)
Pruebas serológicas Treponémicas (TP-PA, FTA-ABS)	Más específico que las pruebas no-treponémicas. Más sensitivo en Sífilis tardía, cuando las pruebas no-treponémicas pueden haber revertido a negativas	Más costosas que las pruebas no-treponémicas. No pueden realizarse en una clínica para evaluación urgente. El resultado permanece positivo de por vida en 75-85% de todos los individuos con sífilis, independientemente del tratamiento.
IgG EIA	Pruebas específicas para IgM están disponibles a través de la CDC (las muestras deben ser enviadas por medio del Departamento de Salud estatal).	No es cuantitativa, una prueba positiva debe ser seguida por pruebas no-treponémicas.

*Todas las pruebas no-treponémicas tienen especificidad y sensibilidad similares; aunque las pruebas no-treponémicas tienen sensibilidad y especificidad similares, el título de una muestra puede ser diferente cuando se somete a diferentes pruebas no-treponémicas. Por consiguiente, siempre que sea posible, todos los títulos consecutivos para un paciente determinado deben obtenerse usando la misma prueba no-treponémica.

APÉNDICE B:

INTERPRETACIÓN Y MANEJO DE LOS RESULTADOS DE IgG PARA EL TREPONEMA PALLIDUM

En Noviembre del 2000, el FDA aprobó la prueba Captia Sífilis-G IgG EIA para uso comercial como una prueba para la detección cualitativa de IgG al Treponema pallidum en muestras de suero.

Este uso, recientemente aprobado, de una prueba treponémica permite la automatización y reduce los costos cuando se realizan pruebas de tamizaje en un gran número de muestras, cuando se compara con el RPR la cual continúa siendo una prueba manual. De esta manera, algunos laboratorios locales que realizan pruebas para la sífilis en gran volumen, han escogido cambiar del RPR/VDRL, como prueba de tamizaje inicial, a la prueba EIA IgG (aplicando el RPR solamente a aquellas muestras cuyo resultado IgG dio positivo).

Los laboratorios que usan EIA IgG como prueba de tamizaje pueden usar bien sea una segunda prueba EIA IgG o una prueba treponémica alterna en las muestras que resultan IgG EIA positivas.

Aunque aun no ha sido estudiada tan extensamente como el RPR o el FTA-ABS, la prueba de EIA para IgG parece comportarse de manera similar en la población general donde la prevalencia de sífilis es baja ^{86,87,88,89}. Sin embargo, algunos estudios han causado preocupación ya que los mismos han señalado que la EIA IgG puede tener una sensibilidad limitada para detectar sífilis primaria temprana, cosa que también ocurre con el RPR/VDRL, por lo que ambas pruebas deben ser interpretados con cuidado cuando se trata de descartar sífilis primaria.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE EIA IGG PARA *T. Pallidum*

Los siguientes pueden ser usados como pautas para la interpretación de los resultados de EIA IgG.

Nota: Las recomendaciones específicas para casos individuales deben tomar en cuenta los detalles de la historia clínica y el examen físico del paciente; además el clínico debe consultar a los especialistas en infectología para obtener recomendaciones para el manejo adecuado de los pacientes.

- Para propósitos del tamizado, una prueba **EIA IgG negativa** generalmente indica que el paciente no tiene ni ha tenido sífilis. No obstante, un resultado de EIA IgG negativo no puede excluir el diagnóstico de sífilis en período de incubación (o posiblemente sífilis primaria en etapa muy temprana). Existe evidencia que sugiere que el FTA-ABS es una de las pruebas más sensibles durante la sífilis primaria por lo que es ordenada para todos los pacientes con lesiones ulcerativas compatibles con sífilis primaria que acuden a las clínicas de enfermedades de transmisión sexual del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York.
- A result of **a positive IgG EIA** y **un RPR reactivo** deben interpretarse como infección activa o sífilis previamente tratada.

Como en el caso de un RPR reactivo confirmado, los pacientes sin historia de tratamiento previo deberán ser tratados de acuerdo al estadio de la enfermedad.

Pacientes con historia de tratamiento previo para la sífilis deberán ser manejados de acuerdo a las guías de tratamiento de la CDC para las enfermedades de transmisión sexual (Ej. Basado en la respuesta serológica al tratamiento previo, cualquier cambio significativo en el título del RPR, comparado con títulos previos, historia de exposición reciente, síntomas actuales/recientes y hallazgos físicos).

- Un resultado **serológico positivo para EIA IgG** en conjunto con un **RPR no positivo (reactivo)** puede representar uno de los siguientes cuadros clínicos:

1. **Prueba treponémica falsamente positiva:**

Este fenómeno no es exclusivo de pruebas de IgG y ha sido documentado con otras pruebas específicas para treponema. Los resultados falsamente positivos con pruebas treponémicas específicas, como el FTA-ABS, se observan en menos del 1% de individuos sanos y más comúnmente en individuos de mayor edad, especialmente en pacientes con enfermedades del tejido conectivo, enfermedades autoinmunes, diabetes tipo 1, enfermedad de Lyme y ciertas infecciones virales incluyendo infecciones por herpes simplex y mononucleosis infecciosa.^{B1, B7}

2. **Errores de laboratorio:**

Los errores de laboratorio pueden jugar un papel importante en la proporción de pruebas treponémicas falsamente positivas como el FTA y EIA IgG. Los errores técnicos pueden descartarse repitiendo las pruebas, a menos que exista un problema sistemático de laboratorio.

3. **Sífilis Primaria temprana:**

El intervalo entre la aparición de la lesión primaria y la seroconversión dependerá de la prueba serológica utilizada. Las pruebas treponémicas (FTA, IgG) pueden ser las primeras pruebas en mostrar reactividad en la sífilis temprana. El RPR se torna positivo, en promedio, 10 días después del inicio de la lesión primaria por lo que pudiera arrojar un resultado negativo al inicio del chancro.^{B1}

4. **Sífilis Secundaria con el fenómeno de prozona:**

El fenómeno de prozona puede causar un RPR falsamente negativo en respuesta a títulos de anticuerpos excesivamente altos lo que ocurre entre 1-2% de los casos de sífilis secundaria. El fenómeno de prozona puede descartarse repitiendo el RPR en la misma muestra luego de diluirla.

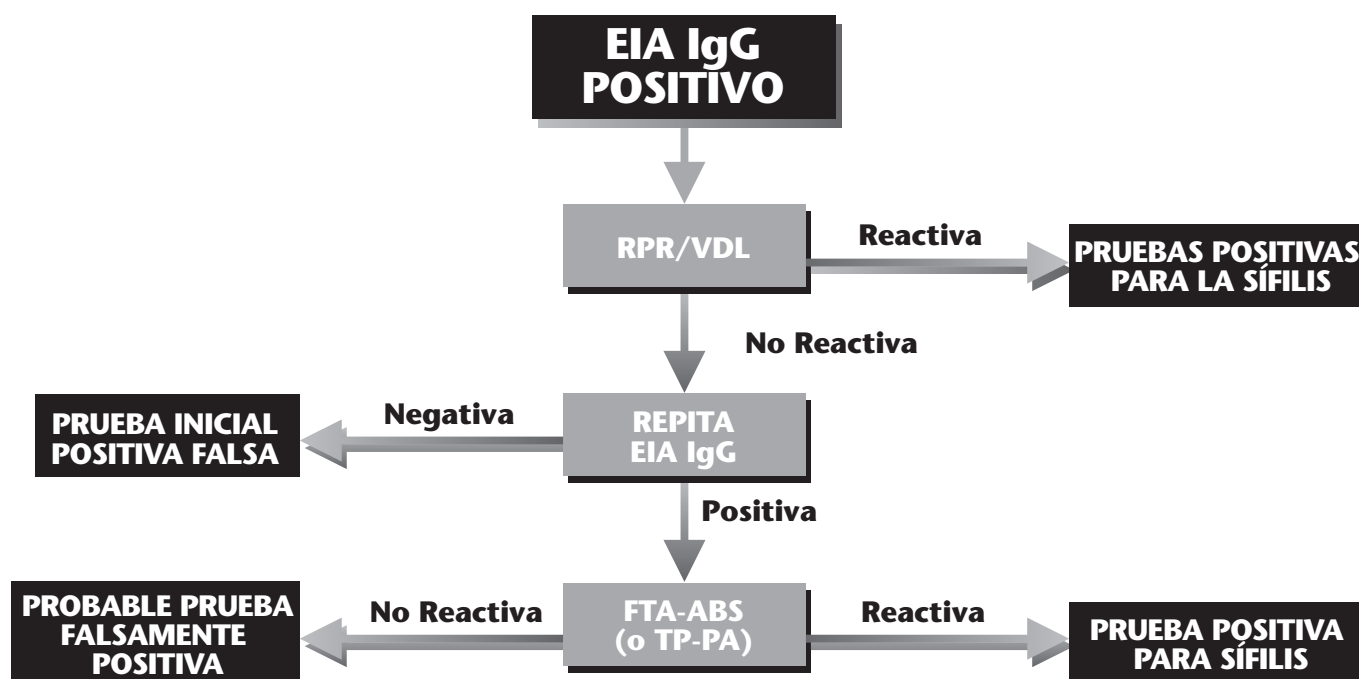
5. **Sífilis Tardía no tratada con sero-reversión:**

Un 25% a 30% de pacientes diagnosticados con sífilis tardía tendrán pruebas no treponémicas (VDRL/RPR) con resultados no reactivos en ausencia de tratamiento. Esto puede descartarse repitiendo el examen utilizando diferentes pruebas treponémicas como TP-PA ó FTA-ABS.

6. **Historia de Sífilis tratada:**

Mientras el RPR puede revertir a no-reactivo después de un tratamiento adecuado, la prueba treponémica generalmente permanece positiva de por vida en un 85% de los casos. Un paciente con una serología positiva en pruebas treponema-específicas puede haber sido tratado en el pasado y no recordar el tratamiento o puede que la infección haya sido curada durante el tratamiento de una infección no sífilítica.

PRUEBAS DE LABORATORIO RECOMENDADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE EIA IGG EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS



GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON PRUEBA POSITIVA PARA IGG Y RPR NO REACTIVO.

Según el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades (CDC), los laboratorios locales, especialistas en enfermedades infecciosas y la literatura publicada (Pope 2004) se recomienda el siguiente manejo en la interpretación de una prueba de **EIA positiva** cuando el **RPR resulta no reactivo** en un paciente sin historia de contacto reciente con un caso infeccioso y sin hallazgos compatibles con el diagnóstico de sífilis durante el examen físico.

- Primero, la prueba de EIA Ig G deberá repetirse para descartar una prueba IgG positiva falsa a causa de un error de laboratorio.¹
- Si la segunda prueba EIA Ig G también resulta positiva, se debe realizar una prueba treponémica (TP-PA o FTA-ABS) con fines confirmatorios.¹

Si el FTA-ABS o TP-PA es negativo, el paciente puede considerarse no infectado

Si el FTA-ABS o TP-ABS es positivo, el paciente debe ser considerado infectado o previamente tratado por lo que deberá ser manejado de acuerdo a la historia de exposición, síntomas actuales o recientes, hallazgos físicos, respuesta serológica al tratamiento previo y cualquier cambio significativo en el título de RPR comparado con títulos previos.

¹Es importante que confirme con el laboratorio de referencia que lleva a cabo las pruebas de Ig G para su centro ya que algunos laboratorios realizan pruebas adicionales confirmatorias (incluyendo repetir IgG o prueba treponémica alterna) antes de reportar una prueba de Ig G positiva.

REFERENCIAS PARA EL APÉNDICE B

- B1. Schroeter A, et al. Treatment for early syphilis and reactive serologic tests. *JAMA* 1972;221: 471-476.
- B2. Fiumara NJ. Reinfection primary, secondary, and latent syphilis: the serologic response after treatment. *Sex Transm Dis.* 1980; 7: 111-115.
- B3. Fiumara NJ. Treatment of primary and secondary syphilis. Serological response. *JAMA* 1980; 243: 2500-2502.
- B4. Fiumara NJ. Serologic responses to treatment of 128 patients with late latent syphilis. *Sex Transm Dis.* 1979; 6: 243-246.
- B5. Fiumara NJ. Treatment of early latent syphilis of less than one year's duration. *Sex Transm Dis.* 1978; 5: 85-88.
- B6. Silletti R. Comparison of Captia Syphilis G enzyme immunoassay with the Rapid Reagin test for detection of syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1995; 33(7): 1829-1831.
- B7. Reisner B. Use of the Treponema pallidum-specific Captia Syphilis IgG assay in conjunction with the Rapid Plasma Reagin to test for syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1997; 35 (5): 1141-1143.
- B8. Young H. Screening for treponemal infection by a new enzyme immunoassay. *Genitourinary Medicine* 1989; 65: 72-78.
- B9. Hooper N, et al. Evaluation of a Treponema pallidum enzyme immunoassay as a screening test for syphilis. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology* 1994; 1(4): 477-481.
- B10. Le Fevre J. Evaluation of the Captia Enzyme Immunoassay for detection of immunoglobulins G and M to Treponema pallidum in syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1990; 28(8): 1704-07.
- B11. Young H, et al. Enzyme immunoassay for anti-treponemal IgG: Screening or confirmatory test? *Journal of Clinical Pathology* 1992; 45: 37-41.

APÉNDICE C: SIFILIS EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH

Tomado de:

Prevention and Management of Sexually Transmitted Diseases in Persons Living With HIV/AIDS

AUTORES

PARTE I CENTROS DE ENTRENAMIENTO: MANEJO CLÍNICO

Región I: Sylvie Ratelle, MD, MPH (Boston)

Gaby Brzankalski, MD (Boston)

Región II: Thomas Cherneskie, MD, MPH (New York City) (former medical director)

Región III: Anne Rompalo, MD, MSc (Baltimore)

Terry Hogan, MPH (Baltimore)

PARTE II CENTRO DE ENTRENAMIENTO: INTERVENCIONES SOCIALES Y DE COMPORTAMIENTO

Región II: Pat Coury-Doniger, NP (New York State)

Peter McGrath (New York State)

PARTE III CENTRO DE ENTRENAMIENTO: MANEJO DE PAREJAS SEXUALES

Región II: Sue Anne Payette (New York State)

Rosalind Thomas (New York State)

RESPALDO FINANCIERO

El desarrollo de este módulo se hizo posible gracias al financiamiento del Center for Disease Control and Prevention (CDC, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades).

PRODUCCIÓN

Educational Media Center,
Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts.
Domenic Screnci, EdD, Director
Lucy Milne, EdM, Assistant Director

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a las siguientes personas por la revisión y sugerencias con las que contribuyeron para este documento:

Jean R. Anderson, MD

John Douglas, MD

Bradley Stoner, MD, PhD

Jack Sobel, MD

Anna Wald, MD, MPH

Karen Wendel, MD

APÉNDICE C: SÍFILIS EN PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

I. INFORMACIÓN GENERAL

- La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *T. pallidum*.
- Se han reportado casos de progresión rápida de sífilis temprana a neurosífilis en pacientes infectados con VIH, incluso en algunos pacientes que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis temprana.
- Se ha descrito una asociación entre la enfermedad sifilítica ulcerativa acelerada y la enfermedad avanzada por VIH.
- Un estudio no encontró asociación entre el estadio de la infección por VIH y la progresión de la sífilis o la falla terapéutica (Rofls, 1997).

II. PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Las etapas de la sífilis se presentan en pacientes infectados con VIH de manera similar a como se presentan en aquellos no infectados con VIH (Musher, 1998). Las diferencias en las etapas de la sífilis en pacientes con infección por VIH se señalan a continuación:

SÍFILIS PRIMARIA

- **Chancro:** Comienza como una mácula/pápula que se erosiona progresivamente y convierte en una úlcera indolora, de base limpia y de bordes firmes y lisos. **Aunque es generalmente único, chancros múltiples pueden ocurrir en por lo menos un 25% de los casos, y son mas comunes en pacientes infectados con VIH (hasta un 70% de los casos en un estudio) (Rofls, 1997; Rompalo, 2001).**
- **Linfadenopatía:** Clásicamente es indolora, de consistencia de caucho y bilateral. No se ha documentado ninguna diferencia en la presentación clínica entre pacientes con VIH y aquellos no infectados con VIH.

SÍFILIS SECUNDARIA

- Los síntomas usualmente ocurren 3-6 semanas después de la etapa primaria.
- Los síntomas constitucionales como fiebre, dolor de cabeza y debilidad pueden presentarse con combinación con una erupción maculopapular que comúnmente afecta las regiones palmo plantares, adenopatía generalizada, placas en las mucosa oral y condiloma lata.

SÍFILIS LATENTE

- Es definida como la presencia de serología positiva en la ausencia de enfermedad clínica y se divide para fines de tratamiento y búsqueda de contactos, en dos categorías:
Latente temprana: < 1 año de duración
Latente tardía: > 1 año de duración
- La etapa latente puede durar de 2 a 50 años

SÍFILIS TERCARIA

Sífilis benigna tardía.

- La goma es una reacción inflamatoria acentuada a un número pequeño de organismos. La histopatología muestra un granuloma con necrosis coagulativa. Cualquier órgano puede estar afectado y las gomas pueden encontrarse en los huesos, columna y mucosas, así como también en los ojos, vísceras y el cerebro.
- Entre los individuos con sífilis, el comienzo promedio es de 4 a 10 años. Sin embargo, **en algunos individuos infectados con VIH, se ha observado una progresión rápida, en un período de meses, del chancro primario a las lesiones comatosas (Friedman-Kien, 1996).**

SÍFILIS CARDIOVASCULAR

- Predilección por el vasa vasorum de la aorta proximal, con desarrollo de endarteritis.
- Casos con **rápido desarrollo de aortitis han sido reportado en algunos pacientes con infección por VIH.**

NEUROSÍFILIS

- La neurosífilis debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial en pacientes infectados con VIH que presentan enfermedad neurológica.
- **Se ha reportado la progresión a neurosífilis en los primeros dos años después del diagnóstico de sífilis en pacientes infectados con VIH,** a pesar de recibir tratamiento adecuado (Malone, 1995).
- Hay varios reportes de casos de pacientes con VIH con progresión rápida de sífilis temprana a neurosífilis. Estos pacientes se presentaron con meningitis o déficits de pares craneanos como neuritis óptica y sordera (Johns, 1987; Musher, 1990; Flood, 1998).
- De acuerdo a un estudio multicéntrico aleatorio, la detección de *T. pallidum* en el LCR en la sífilis temprana no es más común en pacientes con VIH, no predice neurosífilis sintomática y no está relacionada con la falla terapéutica definida serológicamente. Estos hallazgos sugieren que **la evaluación agresiva del LCR en pacientes con infección por VIH que representan con sífilis temprana puede no servir de guía para la terapia** (Rofls, 1997).

III. RESUMEN DE LOS FACTORES ÚNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN POR VIH.

1. Etapa primaria de la sífilis **con chancros múltiple o extensos.**
2. Neurosífilis - Algunos reportes sugieren que pacientes con infección por VIH **tienen compromiso neurológico temprano y un mayor riesgo de desarrollar neurosífilis que los pacientes sin VIH,** a pesar de haber recibido tratamiento previo para la sífilis. Reportes de casos también sugieren una progresión más rápida de la enfermedad con mayor posibilidad de neurosífilis sintomática después de la infección en el paciente con VIH si comparado con pacientes no infectados con VIH. La **Meningitis sifilítica** ocurre más comúnmente en pacientes VIH positivos. Sin embargo, pacientes con VIH con o sin neurosífilis, son con bastante frecuencia mas jóvenes, tienen mayor grado de pleocitosis y niveles de proteína más altos en el LCR.
3. **Reportes de casos publicados describen lesiones de goma** afectando posiblemente la piel, ingle, pene, pantorrilla, muslos, cavidad oral y el cerebro.
4. Casos de **aortitis sifilítica** de evolución rápida.
5. Sífilis que se presenta como encefalitis y arteritis.
6. **Condiloma Lata** descrito en pacientes con sífilis secundaria ha sido mas comúnmente reportado en pacientes infectados con VIH. Datos conflictivos existen.
7. Otras manifestaciones cutáneas raras incluyen **lues maligna (sífilis con vasculitis), lesiones esclerodermiformes, keratodermas, úlceras orales extensas, nódulos cutáneos profundos, erupciones rubeliformes y hepatitis.**

IV. DIAGNÓSTICO

PRUEBAS SEROLÓGICAS PARA SÍFILIS E INFECCIÓN POR VIH

- **Los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas en la gran mayoría de pacientes VIH positivo son equivalentes a los de los pacientes VIH negativo y parecen ser exactos y confiables tanto para el diagnóstico como para el monitoreo de la respuesta al tratamiento.** Sin embargo, los pacientes con VIH pueden tener resultados serológicos atípicos (títulos más altos de lo esperado, pruebas falsamente negativas, aparición demorada de seroreactividad o títulos fluctuantes).
- Datos recientes sugieren que los pacientes **VIH positivos, tratados para sífilis temprana, no responden tan bien serológicamente y sus títulos bajan más lentamente que en los pacientes sin VIH**, sin embargo, el fallo definido clínicamente es raro en ambos grupos. La proporción de fallas terapéuticas definidas serológicamente parecen no estar relacionadas con el conteo de células CD4 en pacientes infectados con VIH.
- **Existen reportes de serología negativa para sífilis en pacientes VIH positivo con evidencia clínica de sífilis.** Este hallazgo es infrecuente y se limita a pacientes con células CD4 < 200. **En estos casos debe considerarse el uso de la microscopía de campo oscuro para el diagnóstico de lesiones ulcerativas así como la biopsia de erupciones cutáneas y lesiones con subsecuente tinción directa con anticuerpos fluorescentes (DFA).**
- Con el tiempo, las pruebas treponémicas pueden volverse negativas en personas infectadas con VIH. Hass y col. sugirieron en un estudio que la reactividad a las pruebas treponémicas puede disminuir cuando las células CD4 están por debajo de 200 (Haas, 1990).
- **La infección por VIH puede causar pruebas no treponémicas para la sífilis falsamente positivas (Ej. RPR, VDRL)**

INDICACIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL LÍQUIDO ENCEFALORAQUÍDEO (LCR)

- En cualquier momento que existan síntomas y signos de compromiso del sistema nervioso central o compromiso oftálmico (los cuales pueden ocurrir en la sífilis temprana en personas infectadas con VIH).
- Falla terapéutica (Ver sección 9).
- **Cuando se presente una infección por sífilis de más de 1 año de duración o de duración desconocida en un paciente que presenta infección por VIH.**
- Evidencia de sífilis terciaria (goma, aortitis, iritis).
- **El significado pronóstico de las anormalidades en el LCR tales como, la pleocitosis con predominancia de células mononucleares y el aumento en proteína es incierto en pacientes con VIH, ya que estas anormalidades son comunes tanto en la sífilis temprana como en la infección por VIH.** La mayoría de las personas infectadas con VIH responden adecuadamente al tratamiento con penicilina. Sin embargo, algunos expertos recomiendan el estudio del LCR antes del tratamiento de la sífilis temprana y el uso de tratamiento intensificado si existen anormalidades en el LCR.
- **La neurosífilis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de enfermedad neurológica en personas con VIH.**

V. TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO PARA CADA ETAPA DE LA SÍFILIS ES EL MISMO TANTO PARA PERSONAS INFECTADAS CON VIH COMO PARA LAS NO INFECTADAS.

- La penicilina es el tratamiento de elección para el tratamiento de la sífilis en las personas con VIH. Si el paciente es alérgico a la penicilina, deberán ser manejados de acuerdo a las recomendaciones para los pacientes alérgicos a la penicilina que son VIH negativo. El uso de alternativas a la penicilina no se ha estudiado en personas infectadas con VIH.
- **Se han reportado fallas terapéuticas con los tratamientos recomendados para la sífilis en pacientes con VIH.** Además, otros reportes sugieren que los pacientes con VIH y sífilis temprana tienen un mayor riesgo de complicaciones neurológicas. Sin embargo, un estudio clínico reciente randomizado sugiere que estos riesgos son de pequeña magnitud y que ningún otro tratamiento fuera del recomendado ha demostrado ser más efectivo para prevenir la neurosífilis. Por lo tanto, un es necesario un seguimiento cuidadoso en todos los pacientes con VIH que son tratados para sífilis, independiente del tipo de tratamiento.
- La reacción conocida como Jarisch-Herxheimer, es una reacción febril con escalofríos, fiebre, artralgias, cefalea y aumento en la prominencia de las lesiones. Esta reacción es probablemente del tipo endotoxina y ocurre debido a la liberación de componentes treponémicos. (Musher, 1998). Esta reacción **se ha reportado con mayor frecuencia en personas con VIH que en personas no infectadas con VIH** siguiendo el tratamiento de la sífilis temprana, **(26% vs. 12% respectivamente).**

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS PRIMARIA< SECUNDARIA Y SÍFILIS LATENTE TEMPRANA (< 1 AÑO DE DURACIÓN)

Penicilina G Benzatina: 2.4 millones de unidades intramuscular en una dosis

- **Algunos expertos recomiendan un tratamiento adicional de tres dosis semanales de Penicilina G Benzatina o antibióticos adicionales.**
- Alergia a la penicilina: Los datos son limitados, sin embargo, la doxiciclina 100 MG dos veces al día por 14 días y tetraciclina 500 MG cuatro veces al día por 14 días son tratamientos que han sido usados. Algunos especialistas recomiendan ceftriaxona 1 gramo intramuscular o intravenoso diario por 8 a 10 días. **El uso de cualquiera de estos tratamientos en personas con infección por VIH no ha sido estudiado y debe ser usado con cautela.**
- Embarazadas infectadas con VIH y alérgicas a la penicilina deberán ser desensitizadas y tratadas con penicilina.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SÍFILIS TARDÍA (> 1 AÑO DE DURACIÓN) O SÍFILIS DE DURACIÓN DESCONOCIDA

Penicilina G Benzatina: 2.4 millones de unidades intramuscular semanalmente por tres semanas consecutivas.

- Debe descartarse sífilis terciaria en todos los pacientes con examen clínico compatible con sífilis latente (neurosífilis, aortitis, goma, iritis).
- Debe realizarse la punción lumbar antes del tratamiento si el paciente tiene infección por VIH (tanto en la sífilis latente como en la sífilis latente de duración desconocida).
- Alergia a la penicilina: Doxiciclina 100 MG dos veces al día por vía oral por 28 días o tetraciclina 500 MG cuatro veces al día por 28 días. Si el seguimiento no puede ser garantizado o si se trata de una embarazada con VIH, se recomienda desensibilización y tratamiento con penicilina. La eficacia de esquemas alternos con medicamentos diferentes a la penicilina en personas infectadas con VIH no han sido bien estudiados.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROSÍFILIS O SÍFILIS OFTÁLMICA

Penicilina G cristalina 18-24 millones de unidades intravenosas diarias, administradas divididas en dosis de 3-4 millones de unidades cada 4 horas o en infusión continua por 10-14 días.

Ó

Penicilina Procaína 2.4 millones de unidades intramuscular diarias, por 10-14 días

MÁS

Probenecid 500 MG por vía oral cuatro veces al día por 10-14 días.

- Los tratamientos recomendados para el tratamiento de la neurosífilis, son de más corta duración si comparados con el tratamiento usado para tratar la sífilis tardía en ausencia de neurosífilis. Por lo tanto, algunos expertos administran penicilina benzatína, 2.4 millones de unidades intramusculares al completar el esquema de tratamiento para la neurosífilis para dar una duración de tratamiento comparable. Algunos expertos administran tres dosis separadas por una semana.
- A pesar del uso de este esquema de tratamiento, se debe realizar la punción lumbar en pacientes con sífilis oftálmica, para descartar neurosífilis ya que los pacientes con resultados positivos en la punción lumbar requieren estudios del LCR de seguimiento para determinar la respuesta al tratamiento.

VI. SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

SÍFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA Y SÍFILIS LATENTE TEMPRANA

- Re-evaluar la serología y la clínica a las 3,6,9,12 y 24 meses después del tratamiento.
- Algunos expertos recomiendan estudios del LCR a los 6 meses después del tratamiento (el beneficio no se ha demostrado).
- Examen del LCR si se sospecha falla del tratamiento (persistencia de síntomas y signos, aumento de los títulos 4 veces) o falla de los títulos en disminuir 4 veces el valor de base a los 6 y 12 meses, retratar con 2.4 millones de unidades de penicilina benzatína si no hay signos de neurosífilis en el LCR.

SÍFILIS LATENTE TARDÍA

- Re-evaluar la serología y la clínica a los 6, 12, 18 y 24 meses después de la terapia.
- Si los títulos no disminuyen 4 veces entre 12 y 24 meses, si se desarrollan síntomas clínicos o los títulos aumentan 4 veces, se debe repetir la punción lumbar y tratar de acuerdo a los resultados del LCR.

NEUROSÍFILIS

- Si hay pleocitosis inicial, debe re-examinarse el LCR cada 6 meses hasta que el conteo de células se normalice.
- Se debe considerar repetir el tratamiento si el conteo de células en el LCR no ha disminuido después de 6 meses, o si el LCR no se normaliza completamente después de 2 años (VDRL negativo y proteína normal).

VII. MANEJO DE LAS PAREJAS SEXUALES

La transmisión sexual del *T. pallidum* ocurre solamente cuando hay lesiones mucocutáneas presentes, estas manifestaciones son raras después del primer año de la infección. Sin embargo, las personas expuestas sexualmente a un paciente que tiene sífilis en cualquier etapa deben ser evaluadas clínica y serológicamente de acuerdo a las siguientes recomendaciones:

- Personas expuestas en los 90 días que preceden el diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana a un compañero (a) sexual pueden estar infectados aunque las pruebas serológicas resulten negativas. Por lo tanto estas personas deben ser tratadas de manera presuntiva.
- Personas expuestas mas allá de los 90 días antes del diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o sífilis latente temprana a un compañero (a) deben tratarse presuntamente si las pruebas serológicas no están disponibles inmediatamente y el seguimiento es incierto.
- Para los fines de notificación de contactos y el tratamiento presuntivo de parejas sexuales expuestas, debe asumirse que los pacientes con sífilis de duración desconocida quienes presentan títulos altos en las pruebas serológicas no treponémicas (1:32) tienen sífilis temprana. Sin embargo, los títulos serológicos no deben ser utilizados para diferenciar entre la sífilis latente temprana y la tardía a fin de determinar el tratamiento (ver Tratamiento para Sífilis Latente).
- Los contactos sexuales de pacientes con sífilis latente deben ser evaluados clínica y serológicamente para descartar sífilis y deben ser tratados de acuerdo a los hallazgos de la evaluación.

Para identificar a los compañeros a alto riesgo, los períodos antes del tratamiento son:

Sífilis primaria: 3 meses más la duración de los síntomas

Sífilis secundaria: 6 meses más la duración de los síntomas y

Sífilis latente: 1 año

REFERENCIAS APÉNDICE C

Anderson JR (Ed.). A guide to the clinical care of women with HIV. Health Resources and Service Administration, USHHS, 2001.

Bogaerts J, Kestens L, van Dyck E, Tello WM, Akingeneye J, Mukantabana V. Genital ulcers in a primary health clinic in Rwanda: impact of HIV infection on diagnosis and ulcer healing. *Int J STD & AIDS* 1998;9:706-10.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Preventing Opportunistic Infections among HIV-Infected Persons - 2002 (*MMWR* 2002;51(No. RR-8);1-52.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51(No. RR-6):1-80.

Centers for Disease Control and Prevention 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992;41(RR-17):1-19.

Cu-Uvin S, Ko H, Jamieson DJ, Hogan JW, Schuman P, Anderson J, Klein RS: The HIV Epidemiology Research (HERS) Group. *Clin Infect Dis* 2002;34:1406-11.

Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Straten M, Carrasco D, Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:409-32.

El-Attar, Suzanne M. MD and Evans, David V. MD. Office Management of Common Anorectal Problems: Anal warts, sexually transmitted diseases, and anorectal conditions associated with human immunodeficiency virus. *Primary Care; Clinics in Office Practice* 1999;26(1):81-100.

Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999 Feb;75(1):3-17.

Flood JM, Weinstock HS, Guroy ME, Bayne L, Simon RP, Bolan G. Neurosyphilis during the AIDS epidemic, San Francisco, 1985-1992. *J Infect Dis* 1998 Apr;177(4):931-40.

Friedman-Kien, Alvin E. and Cockerell, Clay J. Color Atlas of AIDS. 2nd Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996.

Gadkari DA, Quinn TC, Gangakhedkar RR, Mehendale SM, Divekar AD, Risbud AR, Chan-Tack K, Shepherd M, Gaydos C, Bollinger RC. HIV-1 DNA shedding in genital ulcers and its associated risk factors in Pune, India. : *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jul 1;18(3):277-81.

Gordon SM, Eaton ME, George R, Larsen S, Lukehart SA, Kuypers J, Marra CM, Thompson S. The response of symptomatic neurosyphilis to high-dose intravenous penicillin G in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1994 Dec 1;331(22):1469-73.

Gray JA, Dore GJ, Yueming Li, Supawitkul S, Effler P, Kaldor JM. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS* 1997;11:89-94.

Greenblatt RM, et. al. Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS* 1988;2:47-50.

Grosskurth H, et. al. Impact of improved treatment of STDs on HIV infection in rural Tanzania: randomized control trial. *Lancet* 1995;346:530-36.

Haas JS et al. Sensitivity of treponemal tests for detecting prior treated syphilis during human immunodeficiency infection. *J Infect Dis* 1990;162:862-6.

Johns DR, et. al. Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987;316:1569-72.

Malone JL, Wallace MR, Hendrick BB, LaRocco A Jr, Tonon E, Brodine SK, Bowler WA, Lavin BS, Hawkins RE, Oldfield EC 3rd. Syphilis and neurosyphilis in a human immunodeficiency virus type-1 seropositive population: evidence for frequent serologic relapse after therapy. *Am J Med.* 1995 Jul;99(1):55-63.

Mertz KJ et al for the genital ulcer disease surveillance group. Etiology of genital ulcers and prevalence of human immunodeficiency virus coinfection in 10 US cities. *JID* 1998;178:1795-8.

Mertz KJ, Weiss JB, Webb RM, Levine WC, Lewis JS, Orle KA, Totten PA, Overbaugh J, Morse SA, Currier MM, Fishbein M, St. Louis ME. An investigation of genital ulcers in Jackson, Mississippi, with use of a multiplex polymerase chain reaction assay: high prevalence of chancroid and human immunodeficiency virus infection. *JID* 1998;178:1060-6.

Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med* 1990 Dec 1;113(11):872-81.

Musher, DM. Early Syphilis. In: Holmes, K. et. al. (eds.) Sexually Transmitted Diseases. 3rd Edition New York: McGraw-Hill, 1998.

Ormond, Patrick MB, MRCPI and Mulcahy, Fiona MD FRCPI. Sexually transmitted diseases in HIV positive patients. *Dermatologic Clinics* 1998;16(4):853-58.

Portu JJ, Santamaria JM, Zubero Z, Almeida-Llamas MV, Aldamiz-Etxebarria SS, Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, Rompalo AM, Augenbraun MH, Chiu M, Bolan G, Johnson SC, French P, Steen E, Radolf JD, Larsen S. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. The Syphilis and HIV Study Group: *N Engl J Med* 1997 Jul 31;337(5):307-14.

Rompalo AM, Lawlor J, Seaman P, Quinn TC, Zenilman JM, Hook EW 3rd. Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection. *Sex Transm Dis* 2001;28:448-54.

Simonsen JN, et. al. Human immunodeficiency virus infection among men with sexually transmitted diseases, *N Engl J Med* 1988;319:247-8.

Wasserheit, Judith N. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. In: Chen LC et. al. (eds.) AIDS and Women? Reproductive Health. New York: Plenum Press, 1992: Chapter 5.

APÉNDICE D: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE NEUROSÍFILIS

En la sífilis, la invasión del sistema nervioso central ocurre tempranamente en 30-40% de los pacientes, pero la mayoría de los pacientes se recuperan con el tratamiento apropiado.

La neurosífilis asintomática puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. Las formas tempranas de neurosífilis sintomática generalmente ocurren de pocos meses a pocos años después de la infección. Las manifestaciones clínicas incluyen meningitis sifilítica aguda, meningitis basilar (típicamente hay compromiso de los pares craneanos VI, VII y VIII) o sífilis meningovascular (endarteritis que se presenta con tartamudez, síndrome similar a un accidente cerebro vascular con convulsiones).

Las formas tardías de neurosífilis generalmente ocurren décadas después de la infección y se ven raramente en los EE.UU. Las manifestaciones clínicas de compromiso parenquimatosos generalmente incluyen paresia y tabes dorsales.

En la neurosífilis temprana o tardía también puede haber compromiso ocular, en el cual la presentación temprana más común es la uveítis.

INDICACIONES PARA EL EXAMEN DEL LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO (LCR) [PAUTAS DE TRATAMIENTO DE LA CDC STD, 2002]

- Signos o síntomas de neurosífilis (incluyendo oftalmológicos). Examen con lámpara de hendidura también está indicado.
 - » Cefalea, vértigo, rigidez de nuca sin fiebre, convulsiones, síntomas focales
 - » Cambios del comportamiento, cambios de la personalidad, demencia, psicosis, disfunción cognitiva.
 - » Compromiso de los pares craneanos (especialmente facial y auditorio)
 - » Manifestaciones oftalmológicas (neuritis óptica, iritis, disfunción pupilar)
 - » Neuropatía periférica (dolor neuropático, deficiencias motora, sensitiva o de los reflejos, compromiso de la marcha).
- Evidencia de sífilis terciaria (aortitis, goma o iritis)
- Falla terapéutica (incluyendo respuesta serológica inadecuada)
[ver seguimiento, figura 6, página 28]
- Individuos VIH positivo con sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida.
- Algunos expertos recomiendan examinar el LCR en pacientes (independiente de la infección por VIH) con sífilis latente con un título de RPR o VDRL $\geq 1:32$.

Nota: Idealmente, el examen del LCR para descartar neurosífilis debe llevarse a cabo antes de comenzar el tratamiento. Sin embargo, algunos expertos eligen iniciar el tratamiento mientras se esperan los resultados de las investigaciones de LCR para neurosífilis.

HALLAZGOS ANORMALES EN EL LCR

Células: > 5 glóbulos blancos/mm³

Proteína: > 40-50 mg/dL

VRRL reactivo**

** El VRDL en LCR es una prueba muy específica por cuanto cuando esta arroja un resultado reactivo en la ausencia de contaminación del LCR con sangre, dicho resultado se considera diagnóstico de neurosífilis. Sin embargo, esta prueba no es muy sensible, por lo que el diagnóstico de neurosífilis debe entretenerse en un paciente con VDRL negativo en el LCR, si las células están por encima de 5 (>10-20 en pacientes con VIH) y no se ha encontrado otra etiología. Aunque algunos especialistas creen que la prueba FTA-ABS negativa en el LCR excluye neurosífilis, no hay datos que apoyen el uso del FTA-ABS para este fin.

TRATAMIENTO:

- Penicilina G cristalina: 18-24 millones de unidades diarias, divididas 3-4 millones de unidades cada 4 horas o en infusión continua, por 10-14 días.

Ó

- Penicilina Procaína: 2.4 millones de unidades intramuscular diarias mas probenecid 500 MG 4 veces al día por vía oral, ambos por 10-14 días [Este esquema debe ser usado como esquema ambulatorio siempre y cuando el seguimiento esté garantizado].

Algunos expertos recomiendan añadir Penicilina Benzatina 2.4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana por tres semanas una vez completado el tratamiento mencionado arriba para la neurosífilis latente tardía o la sífilis latente de duración no conocida. De esta manera, el tratamiento suministrado será de una duración similar al tratamiento de la sífilis latente tardía.

Alergia a la penicilina: Los pacientes con prueba cutánea positiva para alergia a la penicilina deben ser hospitalizados, desensibilizados y tratados con penicilina. Ceftriaxona puede usarse como una alternativa para el tratamiento de neurosífilis en pacientes con alergia a la penicilina pero la posibilidad de reacción cruzada existe. Hay pocos datos que apoyan el uso de una dosis específica. Algunos expertos recomiendan ceftriaxona 2 GM diarios intramuscular o endovenoso por 10-14 días [2000 CDC Guía de Tratamiento].

Neurosífilis en el embarazo: Las embarazadas con historia de alergia a la penicilina deben ser desensibilizadas y tratadas con penicilina.

Enfermedad auditoria atribuida a sífilis: Muchos especialistas recomiendan tratar estos pacientes con compromiso auditivo secundario a sífilis con uno de los esquemas para la neurosífilis independiente de los resultados del LCR.

Nota: Se debe hacer la prueba para el VIH en todos los pacientes con sífilis.

SEGUIMIENTO

Si los resultados iniciales del LCR mostraron pleocitosis la CDC recomienda repetir al análisis del LCR cada 6 meses después del tratamiento hasta que el conteo de células se normalice. Si el conteo de células no ha disminuido después de 6 meses o si el LCR no es normal después de 2 años, se debe considerar repetir el tratamiento [2000 CDC Guía de Tratamiento].

APÉNDICE E: SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Las embarazadas que resultan seropositivas para la sífilis deben ser consideradas infectadas a menos que tengan una historia de tratamiento adecuado bien documentado y las pruebas serológicas secuenciales hayan disminuído adecuadamente después de la terapia.

En la segunda mitad del embarazo, la sonografía fetal para la evaluar la presencia de sífilis congénita puede facilitar el manejo y conserjería, pero no debe demorar la terapia. Los signos sonográficos de infección fetal (hepatomegalia, ascitis e hidrops) indican un alto riesgo de falla del tratamiento en el feto; estos casos deben ser manejados en conjunto con el especialista en obstetricia [2002 STD Guía de Tratamiento].

La penicilina es el único esquema recomendado por la CDC para el tratamiento de la sífilis durante el embarazo, así como para la prevención de la sífilis en el recién nacido. Tetraciclinas (incluyendo doxiciclina) están contraindicadas en el embarazo dado su potencial efecto negativo en la coloración de los dientes y el crecimiento de los huesos largos [Elder, 1971]. La efectividad de la eritromicina en la prevención de la sífilis congénita es cuestionable debido a la adherencia subóptima relacionada con sus efectos gastrointestinales, los niveles impredecibles en el suero materno y el paso transplacentario errático del medicamento. [Fenton, 1976; Philipson, 1973]. Estas fallas han quedado demostradas en reportes clínicos de sífilis congénita en niños nacidos de madres tratadas con eritromicina durante el embarazo [Wendel, 1998; Sanchez, 1997; Hook, 1992; Mascola, 1984]. Actualmente, no existe evidencia suficiente para avalar la efectividad de la azitromicina o ceftriaxona en la prevención de la sífilis congénita.

Aunque la recomendación formal de la CDC es tratar la sífilis primaria, secundaria y latente temprana en la embarazada con una dosis única de penicilina benzatína (2.4 millones de unidades IM), algunos expertos recomiendan una segunda dosis de 2.4 mU una semana después de la primera dosis para embarazadas con sífilis primaria, secundaria o latente temprana. Las embarazadas con alergia conocida a la penicilina deben ser hospitalizadas, desensibilizadas y tratadas con penicilina según se describe en la sección 5.

Las embarazadas tratadas para la sífilis durante la segunda mitad del embarazo están a riesgo de parto prematuro y/o estrés fetal si ocurre la reacción de Jarisch-Herxheimer (ver pagina 18). Se debe aconsejar la obtención de atención obstétrica para las mujeres que reciben tratamiento para la sífilis durante la segunda mitad del embarazo si las mismas notan contracciones o una disminución de los movimientos fetales.

Las mujeres tratadas para la sífilis durante el embarazo deben ser cuidadosamente monitoreadas usando los títulos serológicos Ej. Mensualmente en mujeres con riesgo alto de reinfección o en áreas geográficas con alta prevalencia de sífilis.

Además, se debe prestar atención especial al manejo de las parejas sexuales de una mujer tratada para sífilis durante el embarazo para prevenir la reinfección.

APÉNDICE F: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Transmisión

La Sífilis puede ser transmitida de madre a feto en cualquier etapa de la infección materna aunque el riesgo de infección es mucho mayor en madres que han adquirido la sífilis recientemente (Ej. Primaria y secundaria> latente temprana> latente tardía). La transmisión también puede ocurrir en cualquier etapa del embarazo pero el riesgo mayor de infección fetal se presenta durante la etapa tardía del embarazo.

Prevención

La prevención de la sífilis congénita depende del tamizado oportuno durante el embarazo y el parto. El tamizado para sífilis se recomienda en los siguientes individuos:

- Todas las mujeres durante la primera visita pre-natal y durante el parto
- Todas las mujeres al comienzo del tercer trimestre y durante el parto si existe un riesgo aumentado de infección, viven en áreas de morbilidad alta o no han tenido prueba pre-natal
- Todos los recién nacidos de > 22 semanas de gestación al momento del parto*
- Todas las mujeres que paren un mortinato

* Las pruebas rutinarias del suero materno se prefieren sobre las pruebas en la sangre del cordón o suero del recién nacido por las siguientes razones: 1. La sangre del cordón puede contaminarse con la sangre materna y podría causar un resultado falsamente positivo; 2. Las pruebas serológicas obtenidas en el suero del recién nacido pueden resultar negativas si el título en la madre es bajo o si la madre se infectó al final del embarazo.

Se deben realizar pruebas no treponémicas en el suero de todos los recién nacidos de madres con pruebas treponémica o no treponémicas positivas.

Ningún recién nacido debe ser dado de alta del hospital antes de que se hayan revisado los resultados de la serología realizada durante el parto en la madre y el neonato.

Presentación

A continuación se enumeran el amplio rango de los hallazgos clínicos en niños < 2 años quienes se han infectados con sífilis intra útero:

Sífilis congénita temprana (< 2 años)

- Rhinitis
- Anormalidades dermatológicas
 - « Erupción macular rosado-cobrizo con descamación fina que no toma el tronco anterior
 - « Pénfigo sifilítico (erupción descamativa y bulosa)
 - « Paroniquia
 - « Alopecia
 - « Placas mucosas en nariz, labios, y ano que pueden evolucionar a fisuras hemorrágicas
 - « Condiloma lata
- Hepatoesplenomegalia
- Adenopatía
- Epifisitis (generalmente del radio, fémur, humero y fibula)

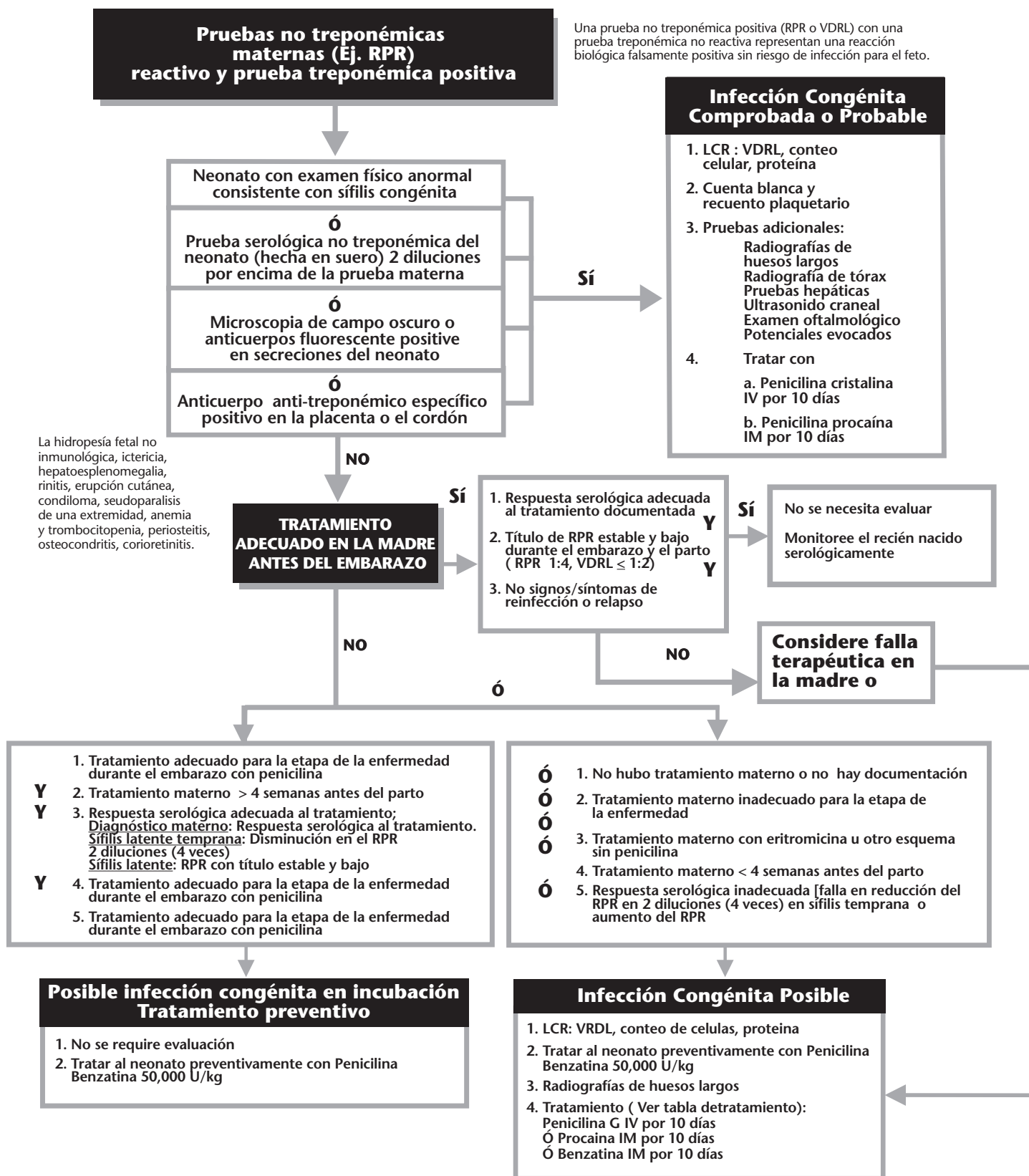
- Osteocondritis y periostitis
- Hemólisis autoinmune
- Anormalidades del sistema nervioso central
 - « Leptomeningitis e hidrocefalos
 - « Accidente cerebro vascular
 - « Enfermedad meningovascular crónica
 - « Hipopituitarismo
 - « Anormalidades oftalmológicas
 - « Corioretinitis
 - « Glaucoma
 - « Uveitis

Manejo de los resultados positivos de las pruebas no treponémicas durante el embarazo Para asegurar el diagnóstico y manejo óptimos de los niños nacidos de madres con serología reactiva para la sífilis durante el embarazo, se sugiere lo siguiente;

- Examen físico completo de la madre y el hijo
- Evaluación de laboratorio con microscopia de campo oscuro o pruebas de anticuerpos fluorescentes en cualquier lesión de piel o fluido anormal tal como secreción nasal
- Debe considerarse que tan adecuado y oportuno fue cualquier tratamiento recibido por la madre (antes del embarazo, durante el embarazo, > 4 semanas antes del parto, o en las 4 semanas finales del embarazo)
- Debe considerarse el tipo de tratamiento materno (penicilina benzatina vs. tratamiento sin penicilina)
- Debe considerarse la respuesta serológica materna al tratamiento (se debe descartar la falla terapéutica en la madre)
- Deberá realizarse la prueba no treponémica cuantitativa (RPR o VDRL) en ambos, la madre y el neonato durante el parto.

El esquema de decisiones de la siguiente página describe la evaluación y el manejo basado en las pautas de la CDC 2002.

CUADRO F1- EVALUACIÓN Y MANEJO DEL RECIÉN NACIDO EN EL PRIMER MES DE VIDA



Adaptado de las guías de tratamiento para las ETS de la CDC 2002

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN EL RECIÉN NACIDO		
Indicaciones para Tratamiento*	Tratamiento Recomendado	Comentarios
Sífilis congénita definitiva o muy probable	• Penicilina cristalina 100,000 a 150,000 administradas 50,000 unidades/kg/dosis IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas por un total de 10 días. - Ó • Penicilina procaína 50,000 U/kg/dosis IM en una dosis diaria única por 10 días	• Datos insuficientes en relación al uso de otros esquemas incluyendo ampicilina. • Si se pierde más de un día de tratamiento, deberá re-iniciarse el tratamiento completo
Sífilis congénita posible	• Penicilina cristalina 100,000 a 150,000 administradas 50,000 unidades/kg/dosis IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas por un total de 10 días. - Ó • Penicilina procaína 50,000 U/kg/dosis IM en una dosis diaria única por 10 días	• La penicilina cristalina o penicilina procaína preferidas por algunos especialistas si la madre tiene sífilis temprana no tratada al momento del parto • La evaluación completa del recién nacido no es necesaria cuando se usan estos esquemas de tratamiento, aunque la punción lumbar documentando las anomalías del LCR son útiles para mantener un seguimiento cercano. • Si se pierde más de un día de tratamiento, deberá re-iniciarse el tratamiento completo
	- Ó • Penicilina benzatina 50,000 U/Kg en dosis única	• El recién nacido deberá evaluarse en forma completa (examen del LCR, radiografías de huesos largos, conteo de células blancas y plaquetas) • El seguimiento debe estar garantizado
Posible Sífilis congénita en incubación o Tratamiento preventivo necesario	• Penicilina benzatina 50,000 Unidades/Kg IM en una dosis única	• Algunos especialistas recomiendan seguimiento cercano en lugar de administrar tratamiento.

* Ver detalles en las indicaciones de tratamiento y tipos de infección.

Nota: Los recién nacidos que experimentan reacción alérgica a la penicilina deberán ser desensibilizados y luego tratados con penicilina.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Todos los recién nacidos seroreactivos o los recién nacidos de madres seroreactivas al momento del parto deben ser objeto de un examen de seguimiento y pruebas serológicas no treponémicas cada 2-3 meses, hasta que el título de las pruebas serológicas no treponémicas disminuya a 2 diluciones (4veces) o se revierta a no reactivo.

El examen del LCR deberá repetirse cada 6 meses en aquellos recién nacidos que presentaron un LCR anormal inicialmente hasta que los resultados del LCR se normalicen. Un VDRL reactivo en el LCR o resultados anormales en el LCR que no pueden atribuirse a otra causa requiere re-tratamiento debido a la posibilidad de neurosífilis.

En los niños no infectados nacidos de madres infectadas (o nacidos de madres con historia de sífilis previamente tratada), el RPR debe revertirse a no reactivo a los seis meses.

En los niños infectados el RPR puede tomar hasta los 12 meses de vida para revertirse a no reactivo; el FTA generalmente permanece reactivo después del tratamiento (aún después de los 15 meses de edad).

Estado de Infección en el Neonato	Cambios Serológicos Esperados†
Recién nacido no infectado Pruebas serológicas reactivas debido a la transferencia pasiva de anticuerpos maternos	Para el 3er mes: Disminución en el título no treponémico Para el 6to mes: Prueba no treponémica revierte a no reactiva. Después de 15-18 meses: Prueba treponémica no reactivas
Recién nacido infectado pero tratado adecuadamente	Para el 3er mes: Disminución en el título treponémico Para el 6to mes: Prueba no treponémica revierte a no reactiva Después de 15-18 meses: Prueba serológica treponémica permanece reactiva
Infección Congénita persistente Se necesita re-evaluar y posiblemente repetir el tratamiento con 10 días de penicilina parenteral	Después de 6-12 meses: No hay disminución (o hay un aumento) en el título no treponémico Ó A los 18 meses: Las pruebas no treponémica permanece reactiva

† La respuesta serológica después del tratamiento puede ser más lenta en los niños tratados después del período neonatal.

APÉNDICE G: EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA SÍFILIS EN NIÑOS (TOMADO DE LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO DE ETS DE LA CDC, 2002 GUIA DE TRATAMIENTO PARA ETS MMWR 2002;51 (RR06): 20,22,28)

Sífilis Primaria y Secundaria

El LCR debe ser examinado en los niños con sífilis después del período neonatal para descartar neurosífilis asintomática. La historia materna, incluyendo el parto, debe revisarse para determinar si se trata de sífilis congénita o adquirida. Los niños con sífilis adquirida primaria o secundaria deben ser evaluados (Ej. en consulta con los servicios de protección del niño) y tratados utilizando el siguiente esquema pediátrico de tratamiento:

Penicilina G Benzatina 50,000 unidades/Kg IM, hasta la dosis de adulto de 2.4 millones de unidades en una dosis única.

Sífilis Latente

Después del periodo neonatal, deberá examinarse el LCR en los niños con sífilis para descartar neurosífilis. Además, deberá revisarse la historia materna, incluyendo la del parto, para determinar si se trata de sífilis congénita o adquirida. Los niños mayores con sífilis latente adquirida deben ser evaluados tal y como está descrito para los adultos y tratados utilizando los esquemas pediátricos siguientes: Estos esquemas son para niños no alérgicos a la penicilina que han adquirido sífilis y tienen resultados del LCR normales.

Sífilis Latente Temprana: **Penicilina G Benzatina** 50,000 unidades/kg IM hasta la dosis del adulto de 2.4 millones de unidades en una dosis única.

Sífilis Latente Tardía o Sífilis Latente de Duración Desconocida: **Penicilina G Benzatina** 50,000 unidades/Kg IM hasta la dosis del adulto de 2.4 millones de unidades, administradas en tres dosis a intervalos de una semana (total 150,000 unidades/kg, hasta la dosis total del adulto de 7.2 millones de unidades).

Evaluación y Tratamiento de la Sífilis Congénita en Lactantes Menores y Niños Mayores

Cuando se identifica niños, después del periodo neonatal (> 1 mes de edad), con pruebas serológicas reactivas para la sífilis, deberá realizarse la prueba serológica para la sífilis en la madre y revisarse la historia para determinar si se trata de sífilis congénita o adquirida. Cualquier niño a riesgo de sífilis congénita debe recibir una evaluación completa y realizarse la prueba para el VIH.

Evaluación Recomendada

- * Análisis del LCR incluyendo VDRL, conteo de células y proteína.
- * Cuenta blanca, y conteo de plaquetas.
- * Otras pruebas de acuerdo al criterio clínico (Ej. Radiografías de los huesos largos, radiografía del tórax, pruebas de función hepática, ultrasonido abdominal, examen oftalmológico, y potenciales evocados).

Esquemas de Tratamiento Recomendado: Penicilina cristalina 200,000 a 300,000 unidades/Kg/día, administrados 50,000 unidades/kg cada 4-6 horas por 10 días.

Cualquier niño en quien se sospeche sífilis congénita o que tenga compromiso neurológico deberá ser tratado con penicilina cristalina. Algunos especialistas también sugieren administrarles a estos pacientes una dosis de Penicilina G Benzatina 50,000 unidades/kg IM inmediatamente después del curso de 10 días de tratamiento con Penicilina Cristalina.

El seguimiento de los niños tratados para sífilis congénita después del periodo neonatal debe ser similar al sugerido para los neonatos.

APÉNDICE H: RECURSOS ADICIONALES Y CONTACTOS EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK
Los proveedores de salud pueden llamar (212) 788-4443 o 788-4444 De Lunes a Viernes, entre 8:00 A.M. y 5:00 P.M. para tener acceso a:

- Registro de reactivos serológicos y Sífilis de la ciudad de Nueva York para los resultados de pruebas serológicas pasadas e historia de tratamiento.
- Para reportar prontamente un caso de sífilis primaria, secundaria y latente temprana al Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York (DOHMH)
- Para obtener pruebas de microscopia de campo oscuro de inmediato, disponible en las clínicas de ETS del DOHMH.
- Para consulta medica experta en cualquier aspecto del diagnostico, tratamiento, manejo o prevención de cualquier ETS.
- Para asistencia en la notificación de contactos.

Otros pueden llamar al 311 o a la línea de ETS (212) 427-5120 de Lunes a Viernes, 9:00 A.M. a 4 P.M.

- Para respuestas a preguntas acerca de la sífilis y otras ETS.
- Para obtener el horario y la dirección de las clínicas gratis para ETS en todas las áreas de la ciudad de New York.

EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

*Para información en relación al reporte de ETS y otros servicios disponibles en el condado en el cual Ud. ejerce, visite la pagina web del Estado de New York en www.health.state.ny.us/nysdoh/lhu/map.htm
Ver "Departamento de Salud de los Condados del Estado de New York"*

EN NUEVA JERSEY

Proveedores de salud pueden contactar al Programa de ETS (609) 588-7526 Lunes a Viernes, 8:00 A.M. a 5:00 P.M.

- Para reportar prontamente una ETS al Programa de ETS y Servicios para la Tercera Edad del Departamento de Salud de New Jersey.
- Para recibir consulta experta en cualquier aspecto del diagnostico, tratamiento, manejo, prevención y notificación de cualquiera ETS.
- Para recibir asistencia en la notificación de contactos.
- Para reportar VIH/SIDA, favor de llamar al (609) 984-5980.

Pacientes pueden contactar al Programa de ETS al (609) 588-7526 Lunes a Viernes 8:00 A.M. A 5:00 P.M.

- Para respuestas a preguntas relacionadas a ETS.
- Para obtener el horario y dirección de las clínicas de salud publica para las ETS in todo New Jersey.
- Para preguntas relacionadas con VIH/SIDA, favor llamar a la línea de ETS/VIH/SIDA de NJ (800) 764-7661.

Para contactar otros Departamentos de Salud locales, estatales y regionales y otros contactos claves vea las páginas siguientes o visite: http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Public_Health_dept.htm

EN PUERTO RICO Y EN LAS ISLAS VIRGENES DE LOS EE.UU.

En las Islas Vírgenes de los EE.UU., los proveedores de salud pueden contactar el Departamento de Salud de las Islas Vírgenes USIV al (340) 774-9000.

En Puerto Rico, los proveedores de la salud pueden contactar al Departamento de Salud de Puerto Rico al (787) 274-5510.

CONTACTOS CLAVES EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD LOCAL, ESTADAL Y REGIONAL. Información acerca de los departamentos de salud local y estatal pueden ser encontrados en la pagina Web de la CDC: www.cdc.gov/nchstp/dstd

Donna Cecere
Dept of Health &
Social Services
3601 "C" Street, Suite 540
P.O. Box 240249
Anchorage, AK 99524-0249
907/269-8056
907/561-0453 (FAX)

Mike O'Cain
Alabama Department of
Public Health
STD Division
201 Monroe Street, Suite 1440
P.O. Box 303017
Montgomery, AL 36104-3704
334/206-5350
334/206-2768 (FAX)

Kaleemulla Sayyed, MD
Division of HIV/STD
Arkansas Department of Health
4815 West Markham, Slot 33
Little Rock, AR 72205-3867
501/661-2503
501/661-2082 (FAX)

Tai Ripley, R.N.
STD Control Program
Department of Health
LBJ Tropical Medical Center
P.O. Box F
Pago Pago, AS 96799-9706
011-684-633-4606
011-684-633-5379 (FAX)

Frank Slaughter
Senior Public Health Advisor
Office of HIV/STD &
Hepatitis C Svcs
3815 North Black Canyon Hwy
Phoenix, AZ 85015-5351
602/230-5900
602/230-5818 (FAX)

Kerry Kenney
County of Los Angeles
Preventive Health Services
2615 South Grand
Avenue, Room
Los Angeles, CA 90007-2608
213/744-3334
213/741-9246 (FAX)

Romni Neiman
California DHS
STD Control Branch
Suite 201, 1947 Center Street
Berkeley, CA 94704-1155
510/883-6655
510/849-5057 (FAX)

Wendy Wolf, M.P.A.
STD Prevention and
Control Svcs City Clinic
356 7th Street
San Francisco, CA 94103-4030
415/487-5501
415/495-6463 (FAX)

Terri Tiller-Taylor
STD/AIDS Field
Services Section
DCEED-STD-A3,
Colorado Dept.
of Public Health
and Environment
4300 Cherry Creek Drive,
South Denver, CO 80246-1523
303/692-2685
303/782-0904 (FAX)

Heidi Jenkins
Bureau of Public Health
STD Program
410 Capitol Avenue MS11STD
P.O. Box 340308
Hartford, CT 06134-0438
860/509-7924
860/509-7743 (FAX)

John Heath
STD Control Program
Department of Health
717 14th Street, N.W.,
Suite 950
Washington, DC 20005-3214
202/727-9860
202/727-3345 (FAX)

Catherine Mosley, RN
STD Program Administrator
Delaware Division of
Public Health
HIV/STD/HCV
P.O. Box 637
Dover, DE 19903-0637
302/739-4745
302/739-6617 (FAX)

Karla Schmitt, Chief
Florida Department of Health
Bureau of STD Prev & Control
4052 Bald Cypress Way
Bin A-19
Tallahassee, FL 32399-7012
850/245-4303
850/414-8103 (FAX)

Kidsen K. Iohp, M.P.H.
Health Program Manager
Department of Health Services
P.O. Box PS 70
Palikir
Pohnpei, FM 96941-9999
011-691-320-2619
011-692-320-5263 (FAX)

Veronica Hartwell
Director, STD/HIV Program
Georgia Department of
Human Resources
2 Peachtree Street, N.W.
15th Floor, Suite 470
Atlanta, GA 30303-3142
404/657-2700
404/657-2715 (FAX)

Bernadette P. Schumann
STD/HIV Coordinator
Bureau of
Communicable Disease
Government of Guam
P.O. Box 2816
Hagatna, GU 96932-2816
0-671-735-7135
0-671-734-5910 (FAX)

Roy Ohye
STD/HIV Prevention Program
Department of Health
3627 Kilauea Avenue,
Room 304
Honolulu, HI 96816-2399
808/733-9287
808/733-9291 (FAX)

John Katz
Division of Health Protection
Department of Public Health
Lucas State Office Building
321 E. 12th Street
Des Moines, IA 50319-0076
515/281-4936
1-800-831-6292 (FAX)

Anne Williamson, M.H.E.
STD/AIDS Program Manager
Bureau of Clinical &
Prev. Services
Department of Health
& Welfare
450 W. State Street, 4th Floor
Boise, ID 83720-0001
208/334-6526
208/332-7346 (FAX)

Janice M. Johnson
Westside-Cntrs for Dis. Control
Chicago Department of Health
2160 W. Ogden Avenue
Chicago, IL 60612-4219
312/747-0128
312/747-0160 (FAX)

Charles Rabins, M.P.H.
Chief, STD Section
Illinois Department of
Public Health
525 West Jefferson Street
Springfield, IL 62761-0001
217/782-2747
217/524-5443 (FAX)

Jim Beall
Indiana State Department
of Health Division of HIV/STD
2 North Meridian Street
P.O. Box 1964
Indianapolis, IN 46204-3021
317/233-7426
317/233-7663 (FAX)

R. Allen Mayer
STD Control Program
Department of Health
& Environment
109 SW 9th Street
Mills Building, Suite 605
Topeka, KS 66612-1215
785/296-5598
785/296-5590 (FAX)

David Raines
Department for Health Services
Cabinet for Human Resources
275 East Main Street
Frankfort, KY 40621-2321
502/564-4804
502/564-5715 (FAX)

Dennis Dorst
STD Control Program
Office of Public Health
Department of Health
and Hospitals
325 Loyola Avenue, Room 616
New Orleans, LA 70112-1829
504/568-5320
504/568-5279 (FAX)

Vacant
Director (TBD)
Division of STD Prevention
MA Dept of Public Health
305 South Street, Room 560
Jamaica Plain, MA 02130-3515
617/983-6940
617/983-6962 (FAX)

Glen Olthoff
Communicable Diseases & Epi.
Baltimore City Health
Department
210 Guilford Avenue, 3rd Floor
Baltimore, MD 21202-3621
410/396-4448
410/625-0688 (FAX)

Scott Tulloch
Division of STD Control
Maryland Department of
Health and Mental Hygiene
201 W. Preston St,
Room 307-B
Baltimore, MD 21201-2323
410/767-0859
410/333-5529 (FAX)

Bob Woods, M.A., L.S.W.
STD/HIV Program Manager
Bureau of Health
State House, Station 11
151 Capital Street
Augusta, ME 04333-0001
207/287-5199
207/287-6865 (FAX)

Altina Anien
Republic of Marshall Islands
Ministry of Health Services
P.O. Box 16
Majuro, MH 96960-0016
011-692-625-3355
011-692-625-3432 (FAX)

Mark A. Miller, M.B.A.
Manager, STD Program
Michigan Dept of
Community Health
2479 Woodlake Circle, #380
Okemos, MI 48864-5941
517/241-0870
517/241-0875 (FAX)

Julia Ashley, Assistant Manager
STD and HIV Section
Infectious Dis Epi, Prev &
Control Div Minnesota
Department of Health
717 Delaware St., SE,
Box 9441
Minneapolis, MN 55440-9441
612/676-5698
612/676-5739 (FAX)

Nyla DeArmitt
STD Control Program
St. Louis Division of Health
634 N. Grand Blvd., Room 320
St. Louis, MO 63103-1002
314/612-5218
314/612-5244 (FAX)

Mary Muna
HIV/STD Prevention Program
Department of Public Health
Lower Navy, Hill/Middle Road
Mariana Islands
Saipan, MP 96950-0409
0-670-664-4040
0-670-234-8930 (FAX)

Mike Cassell
STD Program Manager
STD Control Program
Department of Public Health
P.O. Box 1700
Jackson, MS 39215-1700
601/576-7715
601/576-7909 (FAX)

Bruce Deitle,
Section Supervisor
STD/HIV Prev., MT Dept of
Public Health and
Human Services
1400 Broadway, C-211
P.O. Box 202951
Helena, MT 59601-5231
406/444-9028
406/444-2920 (FAX)

Evelyn Foust
HIV/STD Prev & Care Section
Dept of Health &
Human Services
P.O. Box 29601
Raleigh, NC 27626-0601
919/733-9490
919/733-1020 (FAX)

Kirby Kruger
Div. of Disease Control/
STD Prog
ND Department of Health
600 E. Boulevard Avenue
State Capitol Building
Bismarck, ND 58505-0660
701/224-2378
701/328-1412 (FAX)

Dan Harrah
STD Control Program
Division of Disease Control
Department of Health
P.O. Box 95007
Lincoln, NE 68509-5007
402/471-2937
402/471-3601 (FAX)

David R. Ayotte,
M.S.P.H., Chief
STD/HIV Program
New Hampshire
Division of Public
Health Services
6 Hazen Drive
Concord, NH 03301-6510
603/271-4481
603/271-4934 (FAX)

Jerry Carolina
STD Control Program
New Jersey Dept of Health
and Senior Services
3635 Quakerbridge Rd.,
Box 369
Trenton, NJ 08625-0369
609/588-7476
609/588-7462 (FAX)

Al Chowning, M.P.H.
Public Health Division/STD
Health Department
1190 St. Francis Drive
P.O. Box 26110
Santa Fe, NM 87505-4173
505/476-3611
505/476-3638 (FAX)

Vener DeFriez, RN
Nevada State
Health Department
Bureau of Disease Control and
Intervention Services
505 East King Street,
Room 304
Carson City, NV 89710-4761
775/684-5938
775/684-5999 (FAX)

Steve Brooks,
Program Manager
STD Control Section
Department of Health
ESP, Corning Tower
Room 1168
Albany, NY 12237-0670
518/474-3598
518/474-3491 (FAX)

Steve Rubin
Bureau of STD Control
NYC Department of Health
125 Worth Street
Room 207/Box 73
New York, NY 10013-4006
212/788-4423
212/788-4431 (FAX)

Timothy Bahns
Ohio Department of Health
HIV/STD Prevention
246 N. High Street
Bldg 35, 7th Floor
Columbus, OH 43215-2429
614/728-9256
614/728-0876 (FAX)

Mark Turner
HIV/STD Service
Mail Drop 0308
Oklahoma State Dept of Health
1000 N.E. 10th Street
Oklahoma City,
OK 73117-1207
405/271-4636
405/271-5149 (FAX)

Jan Karius
Oregon Health Division
STD Program, Suite 745
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232-2162
503/731-4026
503/731-4082 (FAX)

Martin Goldberg
Division of Disease Control
Department of Public Health
500 South Broad Street
Philadelphia, PA 19146-1613
215/875-5637
215/545-8362 (FAX)

Steve Kowalewski
STD Control
State Department of Health
P.O. Box 90
Harrisburg, PA 17108-0090
717/787-3981
717/772-4309 (FAX)

Trinidad Garcia, Ph.D.
Puerto Rico
Department of Health
AIDS Affairs and Transmissible
Diseases Central Office
P.O. Box 70184
San Juan, PR 00936-8184
787/274-5565/5566
787/274-5523 (FAX)

Caleb T. Otto, M.D.
Chief of Public Health
Ministry of Health
P.O. Box 6027
Palau, PW 96940
011-680/488-2552
011-680/488-1211 (FAX)

Larry Reynolds
Chief, Office of
Communicable Dis.
Rhode Island
Department of Health
Three Capitol Hill
Cannon Bldg.
Providence, RI 02908-5097
401/277-1365
401/222-2488 (FAX)

Lynda Kettinger
South Carolina Dept of Health
and Environment Control
Mills/Jarrett Complex
1751 Calhoun Street
Columbia, SC 29201-2606
803/737-4110
803/737-3979 (FAX)

David Morgan
Office of Disease Prevention
Department of Health
615 E. 4th Street
Pierre, SD 57501-1700
605/773-3737
605/773-5509 (FAX)

Drema Mace
STD/HIV Program
Tennessee Department
of Health
Cordell Hull Bldg., 4th Floor
425 Fifth Avenue, North
Nashville, TN 37247-0001
615/532-8516
615/715-3857 (FAX)

Casey S. Blass
HIV/STD Health Resources
Div Bureau of HIV & STD
Prevention
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756-3101
512/490-2515
512/490-2538 (FAX)

John R. Contreras
Bureau of Epidemiology
Department of Health
P.O. Box 142104
Salt Lake City, UT 84114-2104
801/538-6191
801/538-9923 (FAX)

Casey Riley
Bureau of STD/AIDS Control
Department of Health
P.O. Box 2448, Room 112
Richmond, VA 23218-2448
804/786-6267
804/225-3517 (FAX)

Gayann Hall, M.D.
STD/HIV/TB Program
Virgin Islands
Department of Health
(340) 774-9000

Marilyn Richards-Prouix
STD/TB Program Chief
VT Department of Health
108 Cherry Street, Box 70
Burlington, VT 05402-0070
802/863-7245
802/863-7314 (FAX)

Larry Klopfenstein
Director, STD/TB Services
Department of Health
Bldg. 14
P.O. Box 47842
Olympia, WA 98504-0001
360/236-3460
360/236-3470 (FAX)

Anthony Wade
Director, STD Program
Department of Health &
Family Svcs
1 West Wilson Street,
Room 318
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659
608/266-5810
608/266-2906 (FAX)

Margaret Taylor
Dept of Health &
Human Resources
Bureau for Public
Health/STD Program
350 Capitol Street, Room 125
Charleston, WV 25301-1757
304/558-2950
304/558-6478 (FAX)

Roger Burr
STD Prevention Program
Div. of P.H., Br of Preventive Med.
Hathaway Bldg., Room 520
Cheyenne, WY 82002-0001
307/777-6013
307/777-5279 (FAX)

APÉNDICE I: EJEMPLO DE PANFLETO DE EDUCACIÓN PARA PACIENTES.

Vea la siguiente paginas par aver panfleto de educacion para pacientes.



Syphilis

¿Qué es la sífilis?

La sífilis es una infección bacteriana que afecta tanto al hombre como a la mujer. En Nueva York y otras ciudades, el número de casos de sífilis ha aumentado recientemente entre los hombres, especialmente hombres que tienen sexo con otros hombres, muchos de ellos están infectados con VIH. Por esta razón, se recomienda hacer la prueba para la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) a los hombres que tienen sexo con otros hombres y aquellos hombres infectados con VIH. Las mujeres que comportamiento sexual de alto riesgo también deben someterse a la prueba de la sífilis.

¿Cómo se transmite la sífilis?

La sífilis se transmite por contacto directo de piel a piel en contacto con una úlcera o erupción húmeda. Generalmente, el contacto ocurre durante el sexo vaginal, anal, u oral. Otros contactos íntimos, como el besarse, pueden transmitir la sífilis si las lesiones de esta están presentes en la boca o los labios. La sífilis también puede pasar de la madre a su niño que está por nacer.

¿Cuales son los síntomas de la sífilis?

La mayoría de las personas con sífilis no tienen ningún síntoma reconocible. Si hay síntomas, estos pueden incluir erupciones (especialmente en las palmas de las manos y plantas de los pies). Lesiones abiertas indoloras llamadas chancros pueden aparecer en el pene, el ano, adentro o afuera de la vagina, la boca o los labios o en cualquier área de la piel que este expuesta durante las relaciones sexuales. Otros síntomas incluyen caída del cabello en parches, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolores musculares y fatiga.

Los síntomas (cuando son notados) usualmente duran varias semanas y se desaparecen aun sin tratamiento. Aunque los síntomas se desaparezcan, la infección por sífilis permanece en el cuerpo. Si no se trata, al cabo de uno a dos años la sífilis puede causar daño permanente y severo al corazón, el cerebro y el sistema nervioso.

¿Como sabré si yo tengo sífilis?

Como la mayoría de las personas con sífilis no tienen síntomas, la mejor manera de saberlo es haciéndose una prueba de sangre. *(Darle a su médico la oportunidad de encontrar infecciones que no dan síntomas es una razón importante para hacerse chequeos regulares aun cuando Ud. no se sienta enfermo!)* Si Ud. tiene una úlcera o una erupción, su médico u otro proveedor de la salud puede tomar una muestra de la úlcera o de la piel durante su examen y enviarlo al laboratorio para que sea examinado.

¿Como se trata la sífilis?

Los antibióticos pueden curar la sífilis, a menudo con una dosis única. Para curarse, sin embargo, la sífilis debe ser tratada tempranamente, antes de que ocurra daño permanente. El daño a largo plazo causado por la sífilis (después de años de la exposición) no puede curarse. Una persona puede re-infectarse después del tratamiento si se expone a un caso de sífilis otra vez.

¿Que pasa si la sífilis no se trata?

Aunque los síntomas iniciales de la sífilis desaparecen sin tratamiento, la infección permanece en el cuerpo. Si no se trata, la sífilis puede causar daño serio y permanente al corazón, cerebro y sistema nervioso. El resultado de este daño puede no ser evidente por muchos años. El resultado final puede ser la muerte.

Como otras enfermedades de transmisión sexual, si no se trata la sífilis puede aumentar las posibilidades de que una persona adquiera o transmita el VIH. Si Ud. tiene síntomas o piensa que se ha expuesto a sífilis, hágase examinar y tratar inmediatamente para evitar complicaciones.

¿Hay que tratar a la pareja?

Si, si Ud. ha sido diagnosticado con sífilis, es importante que le diga a todas las personas con quienes Ud. ha tenido relaciones sexuales en el último año, para que ellas puedan ser examinadas y tratadas también. Tome todo el medicamento como se le recomendó, aunque se sienta mejor antes de que el medicamento se le haya terminado. No tenga relaciones sexuales hasta que Ud. y las personas con quien Ud. ha tenido relaciones sexuales hayan sido completamente tratados y todos los síntomas hayan desaparecido o podrían infectarse el uno al otro de nuevo.

¿Que pasa si estoy embarazada?

La sífilis no tratada durante el embarazo puede causar problemas serios para el bebé que esta por nacer incluyendo retraso mental, ceguera, deformidades o la muerte.

Todas las embarazadas deben hacerse la prueba para la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH, tan pronto como sea posible durante el embarazo. Las mujeres que están infectadas deberán ser tratadas inmediatamente y ser tratadas en el transcurso del embarazo, especialmente si tienen nuevas parejas, o si ellas tienen más de una pareja. Si no se tratan, la sífilis y otras ETS pueden ser devastadoras para su bebé. Para protegerse y proteger a su bebé contra las ETS, use el condón de látex durante las relaciones sexuales cuando este embarazada.

¿Como puedo evitar la sífilis?

Los condones de látex puede ser útiles en la prevención de la transmisión de la sífilis, pero solo cuando el área infecciosa esta cubierta o protegida por el condón. Siempre que una persona tenga contacto de piel a piel con una ulcera o erupción en el pene, el recto, en la vagina, en la boca o en cualquier parte del cuerpo, es posible adquirir la sífilis.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden ser evitadas si se abstiene de tener relaciones sexuales. Si Ud. está sexualmente activo, Ud. puede reducir el riesgo de adquirir sífilis y la mayoría de las otras ETS, incluyendo el VIH, teniendo sexo solo en una relación mutuamente monógama con una pareja que Ud. esta segura no esta infectado. Si Ud. tienen relaciones fuera de este tipo de relaciones, Ud. puede reducir el riesgo de ETS siguiendo las siguientes recomendaciones:

- 1) Siempre use un condón de látex (u otro tipo de barrera de látex) cuando tenga sexo vaginal, anal u oral. Los condones hechos de materiales "naturales" como piel de oveja, protegen contra los embarazos pero no contra las ETS. Si Ud. es alérgico al látex, Ud. puede usar condones de poliuretano u otro material sintético.
- 2) Limite el número de personas con quienes tiene relaciones sexuales. Mientras mayor número de parejas sexuales tenga mayor es su riesgo.
- 3) Evite las bebidas alcohólicas y las drogas cuando tiene relaciones sexuales. Cuando Ud. esta bajo la influencia del alcohol o las drogas le será mas difícil recordar que debe usar condones para protegerse a si mismo y proteger a otros. Para ayuda gratis y confidencial con problemas de uso de sustancias llame al 1-800-543-3638 (1-800-LIFENET) o llame al 311 en la Ciudad de New York.

Más información

Atención médica y tratamiento gratis y confidencial para las ETS, así como conserjería y prueba confidencial ó anónima para el VIH están disponibles en las clínicas del departamento de salud en toda el área de la ciudad de New York. **NO** requiere seguro médico, prueba de ciudadanía ó consentimiento de sus padres para recibir atención en estas clínicas. Para una lista de las clínicas y el horario de atención visite: www.nyc.gov/html/doh/html/std/std2.shtml, ó llame al 311.



V. REFERENCES

Brief Report: Azithromycin Treatment Failures in Syphilis Infections—
San Francisco, CA, 2002-2003. *MMWR*, March 12, 2004;53(09):197-198.

Prevention and Management of Sexually Transmitted Diseases in Persons
Living with HIV/AIDS, September 2003. Eastern Quadrant STD/HIV Prevention Training Centers. Gaby
Brzankalski, MD; Thomas Cherneskie, MD, MPH; Pat Coury-Doniger, NP; Terry Hogan, MPH; Peter
McGrath; Sue Ann Payette; Sylvie Ratelle, MD; Rosalind Thomas; MPH; Anne Rompalo, MD, MSc

Augenbraun M, et al. Compliance with doxycycline therapy in sexually transmitted disease clinics.
Sex Transm Dis., 1998 Jan;25(1):1-4.

Berkowitz KM, Stampf K, Baxi L, et al: False negative screening tests for syphilis in pregnant women.
N Engl J Med, 1990;322:270-271.

Buchanan C, Haserick J. FTA-Abs test in pregnancy; a probable false positive reaction. *Archives of
Dermatology*, 1970;102:322-325.

Carlsson B, et al. Evaluation of fluorescent treponemal antibody-absorption (FTA-Abs) test specificity.
Acta Derm. Venereol, 1991;71:306-311.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002.
MMWR 2002;51(No. RR-6):18-28.

Chapel, TA. The variability of syphilitic chancres. *Sex Transm Dis.*, 1978;5:68.

Chapel TA. The signs and symptoms of secondary syphilis. *Sex Transm Dis.*, 1980;7:161-164.

Chhabra, RS, Brion LP,. Castro M, Freundlich L, Glaser JH. Comparison of maternal sera, cord blood
and neonatal sera for detecting presumptive congenital syphilis: relationship with maternal treatment.
Pediatrics, 1993;91:88-91.

Chin J Ed. *Control of Communicable Disease Manual*, 17th ed. American Public Health Association 2000.

DiCarlo, RP and Martin D. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin. Infect. Dis.*,
1997;25:292-298.

Dillon SM, Cummings M, Rajagopalan S, McCormack WC. Prospective analysis of genital ulcer disease
in Brooklyn, New York. *Clin Infect Dis.*, 1997 May;24(5):945-50.

Fenton LJ, Light IJ. Congenital syphilis after maternal treatment with erythromycin. *Obstet Gynecol*,
1976;47(4):492-4.

Fiumara NJ. Reinfection primary, secondary, and latent syphilis, the serologic response after treatment.
Sex Transm Dis., 1980;7:111-115.

Fiumara NJ. Treatment of primary and secondary syphilis. Serological response.
JAMA 1980;243:2500-2502.

Fiumara NJ. Serologic responses to treatment of 128 patients with late latent syphilis.
Sex Transm Dis., 1979;6:243-246.

Fiumara NJ. Treatment of early latent syphilis of less than one year's duration: an evaluation of 275 cases. *Sex Transm Dis.*, 1978;5:85-88

Goldman JN, Lantz MA. FTA-ABS and VDRL slide test reactivity in a population of nuns. *JAMA*. 1971 Jul 5;217(1):53-5.

Hicks CB et al. Seronegative secondary syphilis in a patient infected with the human immunodeficiency virus with Kaposi sarcoma. A diagnostic dilemma. *Annals of Internal Medicine*, 1987;107:492-495.

Holmes K, et al (editors). *Sexually Transmitted Diseases*, 1998, 3rd Edition. New York, New York. McGraw Hill Companies, Inc.

Hood EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. *New England Journal of Medicine* 1992;326:1060-1069.

Hook, EW and Marra CM. Acquired syphilis in Adults. *N. Engl. J Med*, 1992;326:1060-1069.

Hooper N, et al. Evaluation of a *Treponema pallidum* enzyme immunoassay as a screening test for syphilis. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology* 1994;1(4):477-481. et al.

Hughes MK et al. Positive fluorescent treponemal antibody reactions in diabetes. *Applied Microbiology*, 1970;19:425-428.

Hutchinson CM et al. Characteristics of patients with syphilis attending Baltimore STD clinics: Multiple high risk subgroups and interactions with Human immunodeficiency virus infections. *Archives of Internal Medicine*, 1991;151:511.

Hutchinson C et al. Altered clinical presentation of early syphilis in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 1994;121:94.

Jurado RL, Campbell J, Martin PD: Prozone phenomenon in secondary syphilis: Has its time arrived? *Arch Intern Med*, 1993;153:2496.

Klein VR, Cox SM, Mitchell MD, Wendel GD Jr. The Jarisch-Herxheimer reaction complicating syphilotherapy in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1990 Mar;75(3 Pt 1):375-80.

Kraus SJ et al. Fluorescent treponemal antibody test reactions in lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 1970;282:1287-1290.

Larsen S, Pope V, Johnson R, et al. (eds). *Syphilis: A Manual of Tests and Supplement*, 9th Edition. American Public Health Association.

Larsen, SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin. Microbiol. Rev.* 8;1-21.

Le Fevre J. Evaluation of the Captia Enzyme Immunoassay for detection of immunoglobulins G and M to *Treponema pallidum* in syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1990;28(8):1704-07.

Mascola L, Pelosir R, Alexander CE. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1984;150:945-947.

McKenna CH et al. The fluorescent treponemal antibody absorbed test beading phenomenon in connective tissue diseases. *Mayo Clinic Proceedings*. 1973;48:545-548.

Mindel A et al. Primary and secondary syphilis, 20 years experience- 2. Clinical Features. *Genitourinary Medicine*, 1989;65:1-3.

Nandwani R, and Evans D. Are you sure it's syphilis? A review of false positive serology. *International Journal of STD & AIDS*. 1995;6:241-248.

National Network of STD/HIV Prevention Training Centers, Syphilis Core Curriculum 2002, Ann Rompalo Chief editor.

Philipson A Sabath LD, Charles D. Transplacental passage of erythromycin and clindamycin. *NEJM*, 1973;288(23):1219-21.

Pope, V. Use of Treponemal Tests to Screen for Syphilis. *Infect Med* 2004, 21(8):399-404.

Quinn TC et al. The association of syphilis with risk of human immunodeficiency virus infection in patients attending sexually transmitted disease clinics. *Archives of Internal Medicine*, 1990;150:1297.

Radolf JD, Kaplan RP. Unusual manifestations of secondary syphilis and abnormal humoral immune response to *Treponema pallidum* antigens in homosexual man with asymptomatic human immunodeficiency virus infection. *J AM Acad Dermatol.*, 1988;18:423-428.

Reisner B. Use of the *Treponema pallidum*-specific Captia Syphilis IgG assay in conjunction with the Rapid Plasma Reagin to test for syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1997;35 (5):1141-1143.

Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol*. 1997;24:71-90.

Schofer H, Imhof M, Thomas-Greber E, et al. Active syphilis in HIV infection: A multicentre retrospective survey. *Genitourin Med*, 1996;72:176.

Schroeter A, et al. Treatment of early syphilis and reactive serologic tests. *JAMA* 1972;221:471-476.

Sheffield J., Wendel G. Syphilis in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1999;42(1):97-106

Silletti R. Comparison of CAPTIA syphilis G enzyme immunoassay with rapid plasma reagin test for detection of syphilis. *Journal of Clinical Microbiology* 1995;33(7):1829-1831.

Singh, A and Romanowski, B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clinical Microbiology Reviews*, 1999;12:187-209.

Sparling P. Diagnosis And Treatment of Syphilis. *The New England Journal Of Medicine*, 1971;284:642-653.

Tikjob G et al. Seronegative secondary syphilis in a patient with AIDS: identification of *Treponema pallidum* in biopsy specimen. *J Am Acad Dermatol*, 1991;24:506-508.

Wendel GD Jr. Syphilis. In Gleicher N, ed. *Medical Therapy in Pregnancy*, 3rd edition. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998.

Wright JT et al. False positive FTA-ABS results in patients with genital herpes. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975;51:329-330.

Young H. Screening for treponemal infection by a new enzyme immunoassay. *Genitourinary Medicine* 1989;65:72-78.

Young H, et al. Enzyme immunoassay for anti-treponemal IgG: Screening or confirmatory test? *Journal of Clinical Pathology* 1992;45:37-41.

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]



LESIONES DE SÍFILIS SECUNDARIA

10. Erupción palmar, 11. Lesiones en las plantas de los pies, 12. Erupción popular en el pene y escroto, 13. Parches mucosos en la región posterior de la lengua, 14. Pápulas hendidas en las comisuras de la boca, 15. Lesiones anulares de la cara y de la mucosa oral, 16. Condiloma lata de la mucosa del labio inferior, 17. Condiloma lata alrededor del ano y de los glúteos, 18. Parches de alopecia.

Las fotografías clínicas fueron proveídas del Departamento de Dermatología de New York University.

