

## **ANEXO 2 SIFILIS**

### **NORMAS PARA TRATAMIENTO DE LA SIFILIS**

Extraído del programa de control de enfermedades de transmisión sexual. Editado por el Ministerio de Salud - Subsecretaría de Medicina Social - Dirección de Medicina Sanitaria - Provincia de Buenos Aires.

### **SIFILIS ADQUIRIDA**

Sífilis reciente: (primaria y secundaria). Penicilina G. Benzatínica cuatro dosis de 2.400.000 U cada una, a intervalos de 7 días, hasta totalizar 9.600.000 U (4 frascos ampolla) en inyecciones intramusculares profundas. Asegurar la administración de esta dosis, que es el tratamiento de elección.

Sífilis serológica: Tratarla como sífilis reciente.

Sífilis tardía: (terciaria). Penicilina G. Benzatínica 19.200.000 U (8 frascos ampolla) como dosis mínima, administrando 2.400.000 U a intervalos de 7 días para cualquiera de sus formas, solas o combinadas.

Neurosífilis asintomática y sintomática: Penicilina G. Sódica 20 millones U diarias en goteo IV durante 15 días.

Sífilis cardiovascular: En sífilis cardiovascular con descompensación cardíaca, primeramente debe tratarse el episodio de la insuficiencia, e inmediatamente la sífilis.

### **SIFILIS CONGENITA**

Sífilis congénita precoz: Penicilina G. Sódica 25.000 U/kg/día, aplicadas IM o IV, dosis total 3.000.000 U. Desde el mes de vida 25.000 U/kg/día cada 4 horas.

Administración simultánea de corticoides (prednisona, 1 mg/kg/día) y antibióticos de amplio espectro para combatir infecciones asociadas.

Sífilis congénita tardía:

- con LCR reactivo: Penicilina G. Sódica 1.000.000 U cada 4 horas. Total 10 días.

- con LCR no reactivo:

Penicilina Benzatínica 600.000 U (0 a 14 kg).

Penicilina Benzatínica 1.200.000 U (15 a 30 kg).

Penicilina Benzatínica 2.400.000 U (m s de 30 kg).

Aplicadas 1 c/7 días.

Total: 4 frascos ampolla.

Queratitis intestinal: Penicilina G. Sódica 20.000.000 U diarias, en goteo IV, durante 15 días. Asociar con corticoterapia local y general.

### **ADMINISTRACION DE LA PENICILINA**

Se deben seguir estrictamente las siguientes precauciones, para asegurar la eficacia terapéutica: la inyección debe ser aplicada por el mismo médico o personal adiestrado, inmediatamente después de la confirmación diagnóstica. Seguir minuciosamente la técnica de la inyección intramuscular en la región glútea, asegurando que no se ha penetrado en un elemento vascular. Cuidar que el medicamento no esté vencido o aminorado en su eficacia por insuficiente dilución ó

**Fundación Femeba**

[www.femeba.org.ar/fundacion](http://www.femeba.org.ar/fundacion)

suspensión de la droga (agitar bien el frasco-ampolla). Es frecuente con la penicilina benzatínica, la obturación de la aguja, por lo cual se utilizar una aguja de grueso calibre (50/10). El paciente permanecer acostado durante la inyección, debiendo luego de ésta, ser vigilado durante media hora.

## **REACCIONES A LA PENICILINA**

El acceso de tos, la sensación de ahogo u opresión precordial, las sensaciones acústicas y ópticas durante la inyección, indican punción de un vaso venoso y microembolia, por lo cual debe interrumpirse la inyección.

La reacción anafiláctica precoz se manifiesta durante o inmediatamente después de la inyección con disnea, sudoración fría, debilidad, palpitations, vértigos, mareos, opresión precordial o rubicundez y, ocasionalmente, dolor abdominal, náuseas, vómitos, trastornos viscerales, deseos de defecar, incontinencia urinaria, edemas y erupción urticariana, pudiendo llegar al colapso periférico con pérdida del conocimiento, hipotensión, cesación del pulso y paro respiratorio.

Debe tenerse siempre a mano: 0,5 cm<sup>3</sup> de solución de adrenalina al milésimo para uso subcutáneo o intramuscular, corticoides de acción rápida y antihistamínicos para uso endovenoso.

Las reacciones inmediatas severas se pueden evitar en un alto porcentaje de casos con una correcta anamnesis. Se debe preguntar si existen antecedentes de asma, rinitis espasmódica o urticaria, si se ha administrado penicilina alguna vez y si se han producido inconvenientes con ella; debe darse especial importancia al prurito palmoplantar. Si se recogen datos fehacientes de hipersensibilidad a la penicilina, deber descartarse su aplicación.

Ante una sospecha razonable, se puede efectuar testificación cut neo-mucosa con penicilina envejecida; ésta se obtiene diluyendo la penicilina G cristalina y manteniéndola un mes a temperatura ambiente. Conviene comenzar con instilación conjuntival de 1 gota de la suspensión de 1.000 U de penicilina por ml. Si a los 15 minutos no se ha producido hiperemia conjuntival, se puede intentar escarificación sobre una gota de la suspensión o, aún, inyección intradérmica de 0,10 ml de la misma. Si pasados 15 minutos en el lugar de la inoculación no se ha producido una pápula mayor de 6 mm, ni ha habido manifestaciones generales (hipotensión, taquicardia), se podrá inyectar la dosis terapéutica de penicilina. En caso de reactividad en cualquiera de las pruebas, deber desecharse el uso de este antibiótico y recurrir a alguna de las drogas de segunda elección. En todos los casos, se deberán efectuar exposiciones similares contralaterales con solución fisiológica, a manera de testigo.

## **ANTIBIOTICOS DE SEGUNDA ELECCION**

Cuando existan antecedentes fehacientes de hipersensibilidad a la penicilina, deber recurrirse a otros antibióticos treponemicidas.

Tetraciclina: 500 mg 4 veces diarias, por boca (2 g) durante 15 días, 1 hora antes ó 2 horas después de las comidas.

Eritromicina: (no estolato): 500 mg 4 veces diarias, por boca, durante 15 días.

El tiempo de administración debe ser doble en los casos de sífilis tardía, debiendo seguirse un control más cuidadoso. Para la sífilis en el embarazo se indicará eritromicina (estearato, etilsuccinato o base) en las mismas dosis. Su eficacia no está bien establecida, por lo cual debe asegurarse la hipersensibilidad a la penicilina; no dar tetraciclinas ni estolato de eritromicina, por los efectos secundarios en el feto.

## **CONTROLES SEROLOGICOS POST-TRATAMIENTO**

Sífilis primaria y secundaria: Reacción serológica no treponémica cuantitativa (VDRL), mensualmente durante 6 meses y trimestralmente después de negativización en dos controles sucesivos. Período de observación: 2 años.

Sífilis latente: Reacción serológica no treponémica cuantitativa (VDRL) trimestralmente durante 2 años.

Sífilis tardía, sífilis nerviosa asintomática y sintomática: Control clínico y serológico cada 3 meses en el primer año. En el segundo y tercer año, control clínico, serológico y de LCR cada 6 meses.

Sífilis congénita precoz: Reacción serológica no treponémica cuantitativa (VDRL), cada 2 meses durante el primer semestre y trimestralmente después de la negativización. Período de observación: 2 años.

## **SEROLOGIA**

Para el diagnóstico se aconsejan las siguientes reacciones serológicas:

- Reacciones no treponémicas (reagínicas); VDRL (floculación). Las reacciones de floculación son de dos clases: cuali o cuantitativas, y se expresan en Dils, abreviatura de "Diluciones".
- Reacciones treponémicas: reacción de anticuerpos treponémicos inmunofluorescentes (FTA-abs) y hemaglutinación pasiva contra *T. pallidum* (T.P.H.A.).
- Para estudios de rutina se utilizar VDRL. En casos dudosos (pacientes con serología reactiva sin antecedentes ni síntomas de sífilis), se efectuará serología treponémica.
- Los resultados se leerán en los términos mundialmente aceptados de "reactivo" y "no reactivo", reemplazando a los clásicos de "positivo" y "negativo".
- El caso de serología no treponémica (VDRL) reactiva con serología treponémica (FTA-abs o TPHA) no reactiva, se considerará falsa reactiva y se investigará: colagenopatía, lepra lepromatosa, paludismo, leishmaniasis, hepatopatía, mononucleosis y otras virosis, etc.
- Ante un paciente con sospecha clínica de sífilis, una serología reactiva es diagnóstica, cualquiera sea su título; de no ser reactiva, se aconseja repetirla.

## **SEGUIMIENTO SEROLOGICO**

El seguimiento serológico del paciente sífilítico puede dar lugar a las siguientes situaciones:

1) Caída paulatina de la tasa de reaginas hasta su negativización. Se considera la evolución normal de un caso tratado en forma precoz y correcta.

Se debe tener en cuenta que la negativización después de un correcto tratamiento, varía de acuerdo con la forma clínica tratada. En sífilis primaria serorreactiva se consigue la negativización aproximadamente dentro de los seis a doce meses; en sífilis de un año de evolución, nunca se logrará la negativización serológica.

2) Caída paulatina de la tasa de reagina estabilizándose en una dilución de 2, 4 u 8 Dils por tiempo indeterminado.

Está demostrado que dosis mayores de penicilina no negativizarán a estos enfermos, pero convendrá continuar el control más allá del tiempo indicado en las normas.

3) Caída paulatina de la tasa de reaginas pero con ascenso a partir de un momento dado, que se mantiene en tres o más controles sucesivos.

Se debe considerar que el tratamiento fue insuficiente (recaída) o existió una reinfección. A veces se puede diferenciar entre ellas: en la primera el aumento es paulatino, mientras que en la segunda es brusco. Debe descartarse la interconurrencia de afecciones que puedan dar origen a un falso resultado reactivo o aumenten el título existente.

En todos los casos, el aumento de la tasa de reaginas para ser verdadero debe acusar diferencias de más de 2 diluciones; es decir, que diferencias de 2 a 4 Dils o de 2 a 8 Dils no tienen significación, a menos que el aumento continúe en meses siguientes.

Las pequeñas diferencias apuntadas suelen ser normales en pacientes correctamente tratados.

## **REPETICION DEL TRATAMIENTO**

El tratamiento debe repetirse con las dosis ya indicadas en las siguientes circunstancias:

- a) Persistencia o recurrencia de síntomas o signos clínicos.
- b) Aumento sostenido en el título de la VDRL que cuadruplique los valores de la determinación anterior.
- c) Alteraciones persistentes en el LCR .