

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad infecciosa de declaración obligatoria causada por *Treponema pallidum*, una espiroqueta de distribución mundial. El contagio se produce localmente, a través de contacto entre piel (principalmente región genital) o mucosa (vaginal, anal, labial/oral), con lesiones cutáneas infectadas presentes en pacientes en fase primaria o secundaria de la infección, aunque se considera que los pacientes con infección latente temprana también podrían ser potencialmente contagiosos.

No todos los pacientes presentan necesariamente todas las fases clínicas de la infección (sólo un tercio de los pacientes sin tratamiento presentarán manifestaciones clínicas de secundarismo luético).

Clínica y actitud terapéutica

Estadio	Clínica	Tiempo de incubación	Tiempo de evolución	Tratamiento
Sífilis primaria	Chancro primario genital/anal/oral, generalmente lesión única, indolora de bordes sobreelevados	9-90 días	Resolución espontánea a las 3-6 sem	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM dosis única
Sífilis secundaria	Lesiones maculares cutáneas sistémicas, lesiones en mucosas Afectación palmo-plantar Condilomas planos Fiebre, pérdida de peso, alopecia	3 semanas-6 meses 4-12 semanas tras el chancro	Resolución espontánea a las 2-12 sem Es la fase más infecciosa	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM dosis única
Sífilis latente precoz	Asintomática	Primer año	Potencial infecciosa	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM dosis única
Sífilis latente tardia/indeterminada	Asintomática	>1 año o tiempo desconocido	No infecciosa	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM semanal x 3
Sífilis terciaria	Cutáneo mucosa (gomas) Ósea Cardiovascular	5-20 años	Poco infecciosa	Neurosífilis: penicilina G cristalina acuosa 18-24 millones UI/día EV repartidas

	Neurosífilis, tabes dorsal, meningitis, sordera, demencia, uveítis			en 3-4 millones UI cada 4h o la dosis total en infusión continua durante 10-14 días
--	--	--	--	---

Alérgicos a Penicilina: doxiciclina 100mg/12h durante 14 días en sífilis primaria, secundaria y latente precoz. Durante 21-28 días en latente tardía.

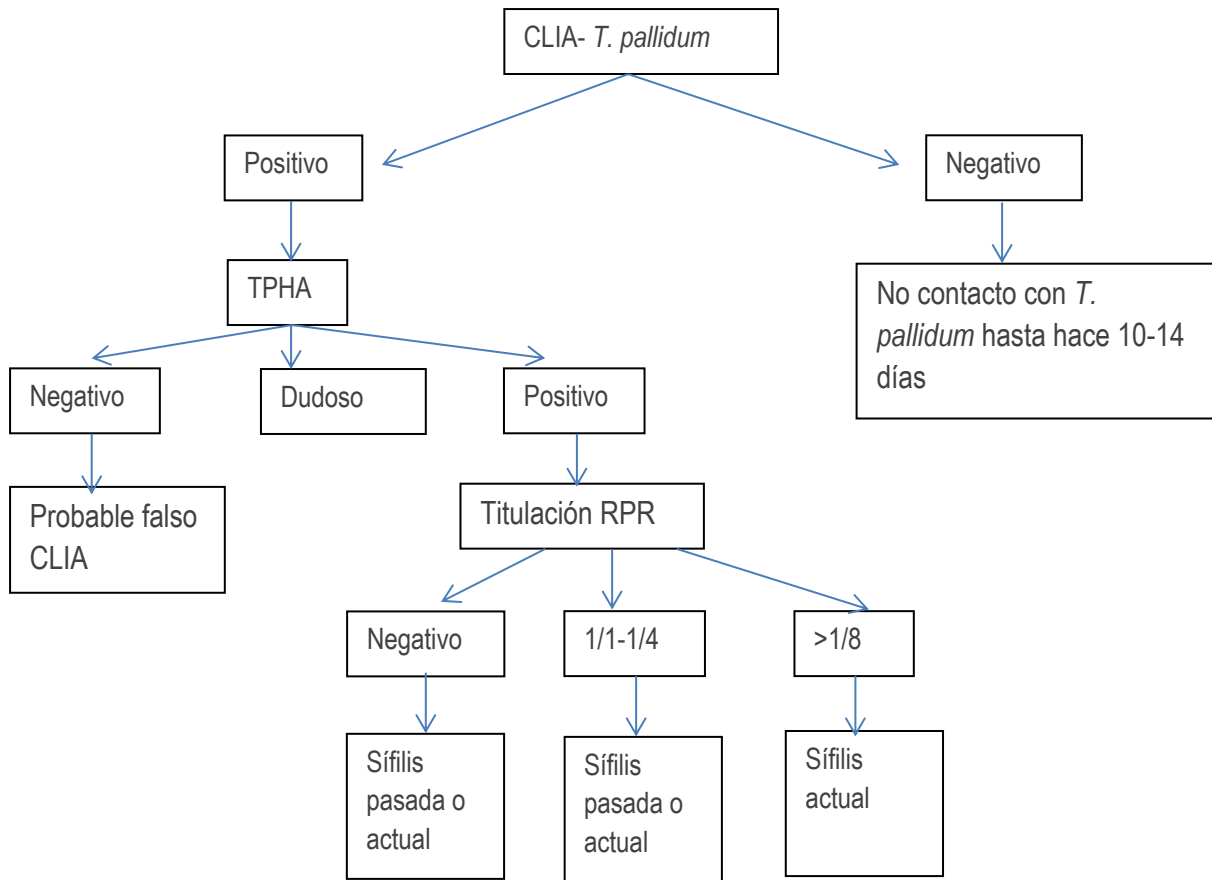
En sífilis terciaria se aconseja realizar desensibilización a penicilina para administración de tratamiento de primera línea.

Pruebas serológicas

Pruebas Treponémico-específicas: CLIA (IgM e IgG), TPHA, FTA Abs	Pruebas No-treponémicas: RPR y VDRL (únicamente en LCR)
<p>Son las más utilizadas para confirmar el diagnóstico de sífilis</p> <p>Pueden permanecer reactivas de por vida aún después del tratamiento adecuado</p>	<p>Para evaluar la efectividad del tratamiento</p> <p>Para determinar posibilidad de re-infección en pacientes con tratamiento previo</p> <p>El resultado cuantitativo (título) 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</p>

Habitualmente, el diagnóstico se realiza clínicamente o mediante técnicas serológicas. En la actualidad, para el cribado serológico inicial lo realizamos mediante **pruebas treponémicas**, (anticuerpos específicos frente a *T. pallidum*) mediante CLIA.

Algoritmo diagnóstico



- **Prueba treponémica inicial (CLIA) negativa:** descarta la sífilis. No es necesario realizar más estudios, salvo que se sospeche una infección muy reciente (<2 semanas), en cuyo caso se recomienda repetir la serología un mes más tarde.
- **Prueba treponémica inicial (CLIA) positiva:** precisa realizar posteriormente una prueba no treponémica cuantitativa (Rapid Plasma Reagin, [RPR, aglutinación]).
 - **RPR negativo:** Puede deberse a las siguientes opciones: a) **sífilis previa tratada** correctamente (ocasionalmente con betalactámicos indicados por otro motivo); b) si la sospecha es de sífilis latente tardía, valorar repetir determinación de RPR tras un mes.
 - **RPR positivo:** interrogar al paciente por posibles episodios previos:
 - Si el paciente había presentado episodios previos, comparar el título de RPR con los previos, si no hay incremento de al menos 2 diluciones (p. ej., de 1/4 previo a 1/8 actual), considerar que se trata de una **sífilis previa tratada correctamente**.
 - Si el paciente había presentado episodios previos y existe un incremento igual o superior a dos diluciones (por ejemplo de 1/2 a 1/32) considerar que se trata de una **reinfección**.
 - Si el paciente no había presentado previamente episodios de sífilis, se trata de una **nueva infección**.

Seguimiento

En los casos de infección temprana (primaria, secundaria o latente temprana), se recomienda determinación de RPR de control a los 6 y 12 meses. En casos de infección tardía (terciaria, latente tardía/indeterminada) o neurosífilis se recomiendan controles de RPR a los 6, 12 y 24 meses. Se considera una respuesta correcta la disminución de los títulos de RPR en al menos dos diluciones.