

SIFILIS

Dr. Guillermo A. Recúpero
Mayo 2024

GENERALIDADES

- **Es una enfermedad infecciosa producida por la espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* (Tp) que tiene un período de incubación promedio de 2 a 3 semanas, con un rango entre 10 y 90 días.**
- **Se transmite fundamentalmente por contacto sexual y se caracteriza por presentar diversos estadios clínicos a lo largo de su evolución.**
- **La transmisión es mayor en etapas tempranas (principalmente en los estadios primario y secundario), disminuyendo gradualmente con el paso del tiempo. Aún así, en sus etapas tardías (latente tardía y terciaria) debe ser tratada para evitar la progresión de la enfermedad.**
- **En la mujer, existe riesgo de transmisión fetal durante el embarazo y debe priorizarse el tratamiento en cualquiera de sus etapas.**

AGENTE ETIOLÓGICO

- **Espiroqueta pálida (*Treponema pallidum*) que pertenece al orden de los *Spirochaetales*.**
- **Bacteria en forma de espiral, con un metabolismo muy pobre. No contiene lipopolisacáridos.**
- **Se divide cada 30-33 h y no tiene capacidad de sobrevivir fuera del organismo del huésped.**
- **Debido a la estructura específica de los endoflagelos, las espiroquetas tienen la capacidad de desplazarse hacia adelante y pueden realizar movimientos característicos de rotación alrededor del eje longitudinal.**

ESTADÍOS DE LA SIFILIS

Temprana (menos de un año desde la adquisición)

Primaria

Secundaria

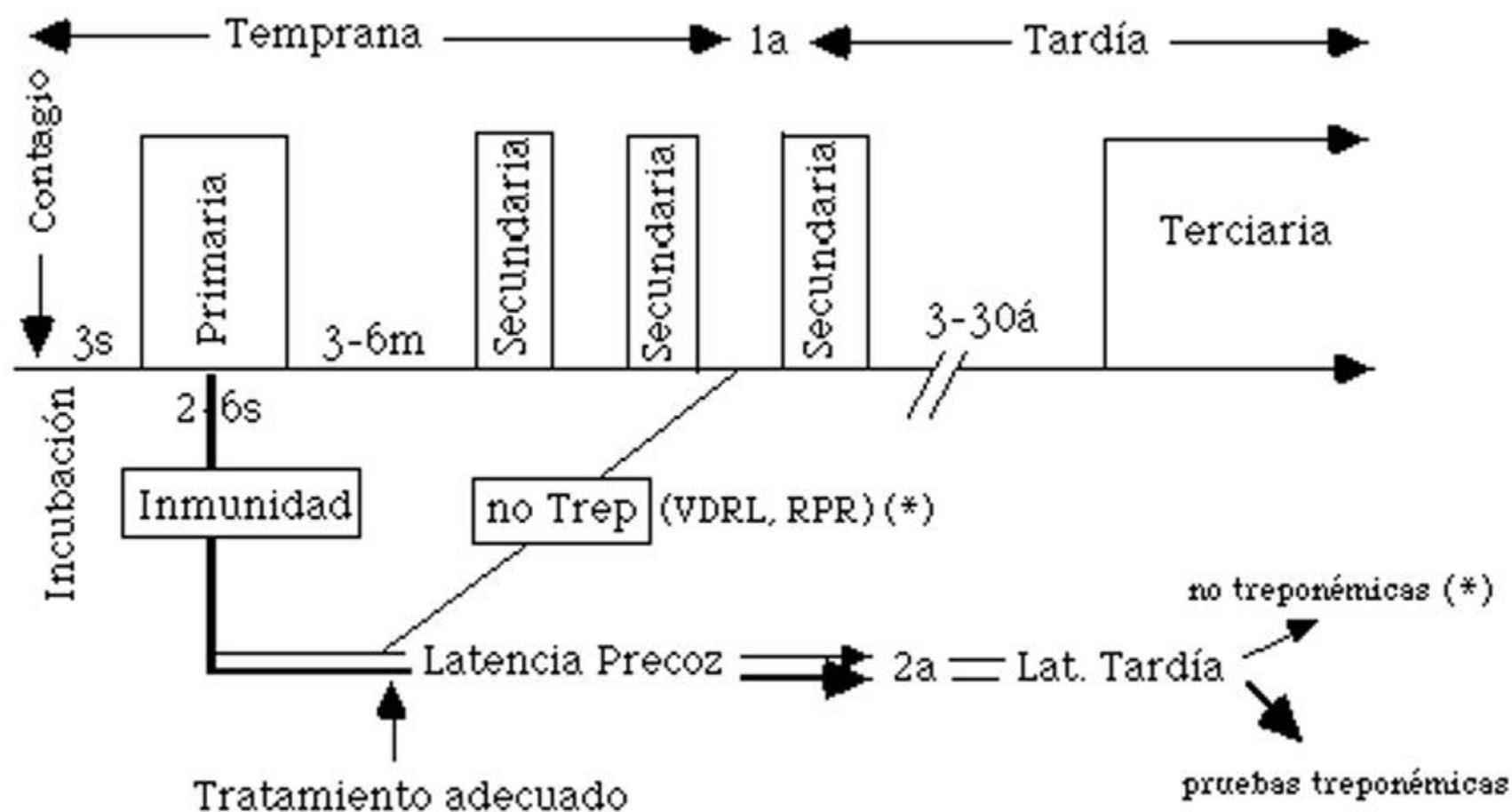
Latente temprana

Tardía (más de un año desde la adquisición)

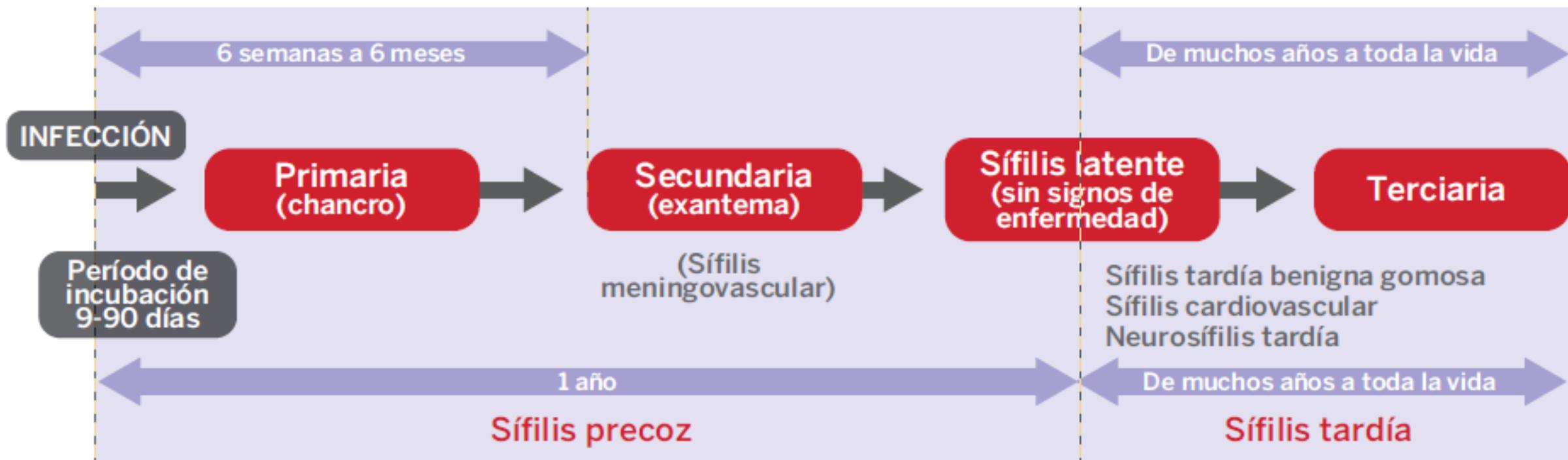
Latente tardía

Terciaria

Sífilis adquirida



(*) con tratamiento adecuado las pruebas no treponémicas se negativizan. Sin tratamiento, ellas persisten positivas (como las pruebas treponémicas, que no se negativizan)



CLÍNICA

I SIFILIS TEMPRANA

Transcurre dentro del primer año de adquirida la infección, y es la etapa de mayor transmisibilidad. Abarca los estadios **primario, secundario y latente temprana.**

ESTADÍO PRIMARIO

- ❑ Se caracteriza por una erosión única infiltrada, limpia e indolora en el sitio de inoculación del Tp (chancro primario).
- ❑ Si bien esta es la presentación clásica, los chancros pueden ser múltiples dificultando la sospecha de la enfermedad, con la consiguiente demora en el diagnóstico. En los hombres, los chancros son más frecuentes en el surco balanoprepucial y glande, mientras que en la mujer la vulva es un lugar de presentación frecuente. También podemos hallarlos en localización anal y oral, tornándose allí generalmente en lesiones dolorosas.
- ❑ El chancro suele autolimitarse en pocas semanas, pero también puede cabalgar con los síntomas de la etapa secundaria. A la semana de aparecido el chancro, se presentan los ganglios regionales.
- ❑ Aproximadamente el 25%-30% de los pacientes no tratados en esta etapa primaria presentarán síntomas de sífilis secundaria, otros permanecerán en forma asintomática (sífilis latente) y sólo se diagnosticarán a través de pruebas de laboratorio.

ESTADÍO SECUNDARIO

- En la mayoría de los casos, los primeros síntomas aparecen dentro de los 6 meses de adquirida la infección.
- Las manifestaciones cutáneo-mucosas son las más frecuentes, pero es una enfermedad sistémica y puede haber afectación de cualquier órgano o sistema.
- Su forma más característica es un exantema no pruriginoso que afecta frecuentemente las palmas y plantas.
- Evoluciona por brotes y las lesiones húmedas (mucosas o cutáneas) son los elementos contagiosos en esta etapa, debido a la presencia de treponemas en su superficie.
- Esta presentación suele acompañarse de adenopatías generalizadas.

SIFILIS LATENTE TEMPRANA

- Es una infección asintomática y que es detectada por pruebas de laboratorio dentro del primer año de adquirida la misma.
- Durante todo este período el Tp se disemina al SNC, pudiendo ser identificado en el LCR muy tempranamente en el curso de la infección.
- En muchos casos esta neuroinvasión es asintomática y autolimitada; mientras que aproximadamente un 15 % de los sujetos presentarán síntomas de compromiso neurológico.
- En las formas tempranas, la neurosífilis involucra las meninges, el LCR y la vasculatura cerebroespinal (meningitis, meningovasculitis).
- También puede haber compromiso de los pares craneales II, III, IV, VI, VII y VIII, en especial los nervios oftálmico (con uveítis anterior o posterior) o auditivo (hipoacusia sensorial asimétrica, vértigo). En las formas tardías, involucra el parénquima cerebral o médula espinal.
- Frente a una sífilis secundaria, se sugiere siempre interrogar al paciente respecto a síntomas oculares ya que se ha verificado mayor compromiso oftálmico que el tradicionalmente descrito hasta fines del siglo XX y, en dicho caso, el tratamiento deberá adecuarse al compromiso del SNC.

II SIFILIS TARDÍA

Transcurre pasado un año de adquirida la infección, y es la etapa de menor transmisibilidad. Abarca la forma **latente tardía y el estadio terciario.**

LATENTE TARDÍA

- ❑ Son infecciones asintomáticas que se detectan luego del primer año de adquirida la infección.
- ❑ Cuando no pueda determinarse el tiempo de evolución (diagnóstico habitualmente por serología) se la denominará latente indeterminada.
- ❑ Un 30-40% de los individuos no tratados en esta etapa pueden desarrollar sífilis terciaria luego de un largo período de latencia (años, décadas).

ESTADÍO TERCARIO

- Esta etapa degenerativa es infrecuente en la actualidad.
- Se manifiesta con inflamación y destrucción del tejido, observándose vasculitis y formación de gomas sifilíticas (tumores con tendencia a la licuefacción) en la piel, las mucosas, huesos o cualquier tejido. Se caracteriza por manifestaciones mucocutáneas (tubérculos y gomas), Osteoarticulares (perioostitis, osteítis gomosa o esclerosante, artritis, sinovitis, nódulos articulares), cardiovasculares (aortitis, aneurismas, estenosis coronaria) y/o neurológicas (demencia paralítica o parálisis general progresiva y el tabes dorsal).
- En esta etapa la sífilis no es transmisible; cuando hay lesiones cutáneo-mucosas, las mismas son deshabitadas y, a diferencia de las sifilíticas secundarias, siempre dejan una cicatriz en la piel.

SIFILIS TERCIARIA

Proceso inflamatorio crónico. Muy rara en nuestro medio.

GOMA: granulomas crónicos con necrosis que afectan a piel, tejido submucoso de laringe y vías respiratorias (perforación tabique nasal), huesos (osteitis y periostitis destructivas). Se producen por hipersensibilidad retardada al Treponema.

NEUROSÍFILIS I

Asintomática: sólo alteraciones en el LCR (pleocitosis mononuclear, mayor concentración de proteínas, VDRL+).

Sintomática:

Meníngea

Meningovascular: la manifestación más frecuente es ictus en a.cerebral media con pródromos tipo encefalitis (cefaleas, vértigo).

SIFILIS TERCIARIA: NEUROSIFILIS II

Parenquimatosa:

Parálisis General Progresiva: compromiso cortical. **Demencia** progresiva, alteración del sensorio (alucinaciones, delirios), alteraciones del lenguaje, reflejos hiperactivos.

Tabes dorsal: compromiso medular. Signos de desmielinización de **cordones posteriores** (Haz de Gall y Burdach. Ataxia con Romberg+), parestesias, dolores lancinantes en MMII, arreflexia, impotencia, pérdida de sensibilidad térmica, vibratoria y postural. **Articulaciones de Charcot. Signo pupilar de Argyll-Robertson** (reacciona a la acomodación, pero no a la luz "ACOMODADOR DE CINE: ACOMODA PERO NO VE LA PELÍCULA"). Atrofia óptica.

SIFILIS TERCIARIA: SÍFILIS CARDIOVASCULAR:

Endarteritis de los vasa vasorum. Lesión típica: **aortitis afectando aorta ascendente (aneurismas e insuficiencia aórtica)**. Calcificaciones lineales en la aorta ascendente.

Las lesiones de sífilis terciaria aparecen varios años después de la infección inicial

LA EXACTITUD EN DETERMINAR EL ESTADIO DE LA INFECCIÓN POR SÍFILIS ES MUY IMPORTANTE PARA:

- ▶ *Elegir el esquema de tratamiento adecuado.*
- ▶ *Valorar la eficacia del tratamiento, el descenso de los anticuerpos no específicos (VDRL) es diferente de acuerdo al momento de la enfermedad en el que se instaure el tratamiento.*
- ▶ *Guiar el manejo de la pareja sexual.*

DIAGNÓSTICO

Consideraciones sobre las pruebas diagnósticas

Sensibilidad:

Capacidad de la prueba para detectar el agente buscado.

Especificidad:

Capacidad para detectar exclusivamente el agente buscado

Falsos positivos:

La prueba muestra como si estuviera el agente buscado, pero éste, en realidad, no está presente en la enfermedad

Falsos negativos:

La prueba no detecta el agente, que si está presente en la muestra.

Aplicaciones

Una determinación será tanto mas sensible	
Una determinación será tanto mas sensible	Cuanto menos falsos negativos tenga
Una determinación será tanto mas específica	
Una determinación será tanto mas específica	Cuanto menos falsos positivos tenga

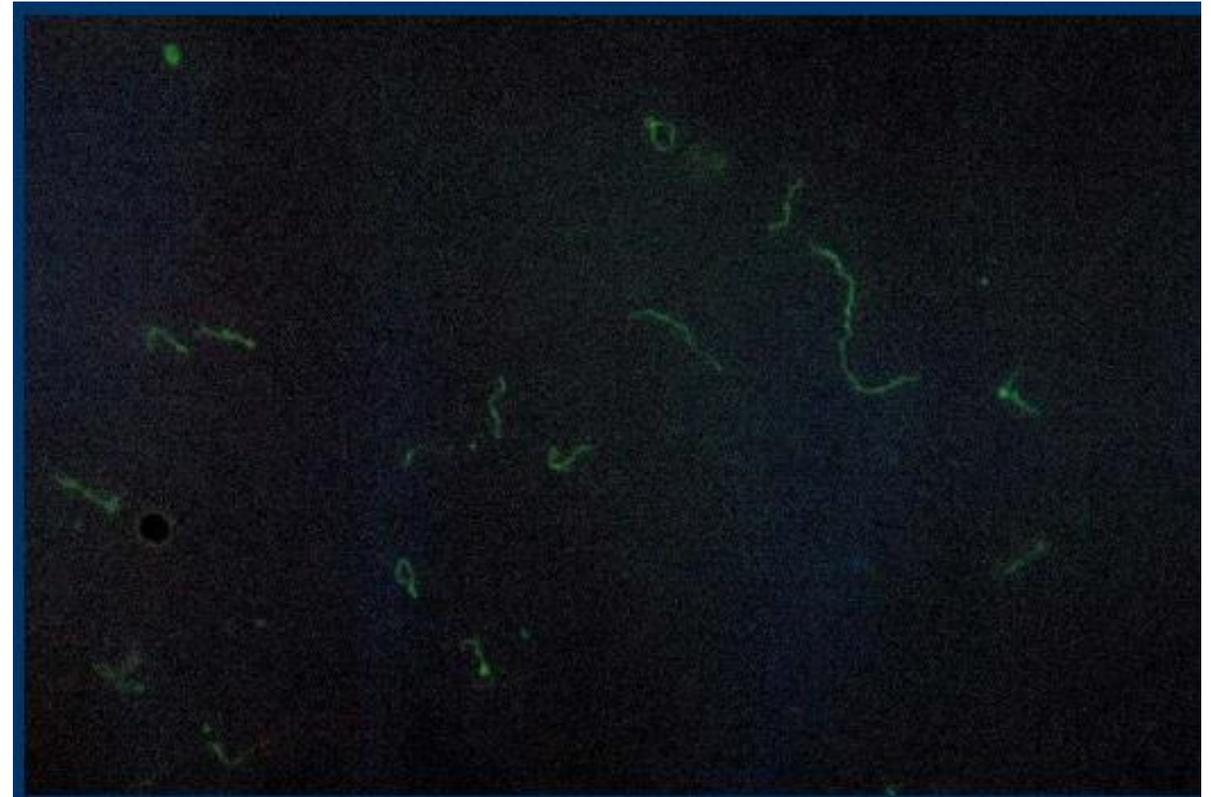
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

DIRECTOS	INDIRECTOS
Microscopia de fondo oscuro Microscopía de fluorescencia	<i>PRUEBAS NO TREPONÉMICAS (Inespecíficas)</i> VDRL
PCR	<i>PRUEBAS TREPONÉMICAS (Específicas)</i> TEST RÁPIDO PRUEBAS QUIMIOLUMINISCENTES FTA/abs TP-HA

MÉTODOS DIRECTOS



MICROSCOPIO DE CAMPO OSCURO



MICROSCOPIO DE FUORESCENCIA

Prueba de diagnóstico directo de sífilis por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

- Analizan la presencia de material genético de *Treponema pallidum*, a través de la amplificación y detección de una serie de secuencias génicas específicas. Esta técnica reduce el **periodo de ventana**, tiempo durante el que la prueba puede dar un resultado negativo a pesar de estar infectado realmente, hasta **48 horas** después del contacto de riesgo siendo la prueba que más reduce el tiempo de espera-

METODOS INDIRECTOS

MÉTODOS INDIRECTOS

VDRL

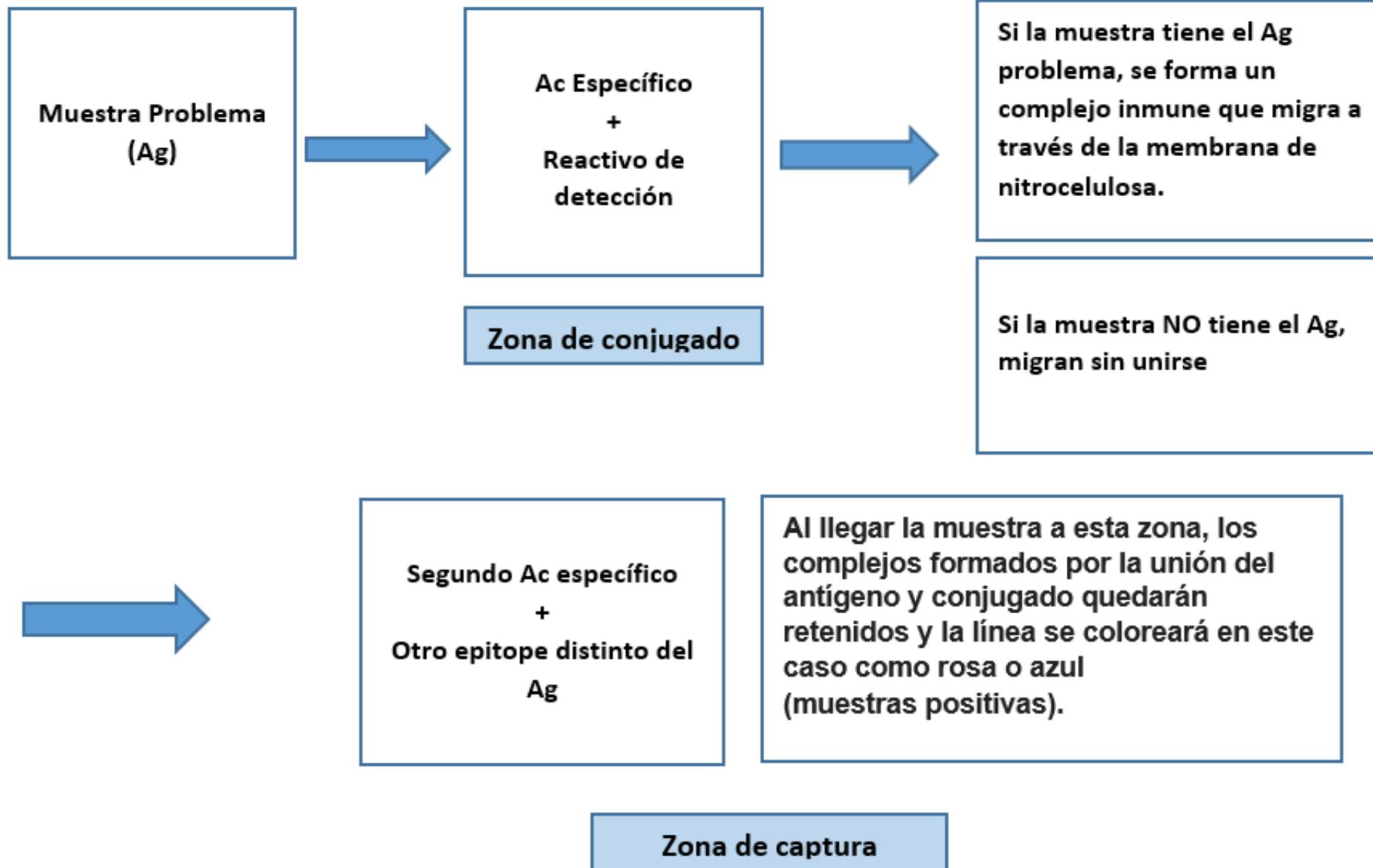
The diagram consists of two horizontal blue rounded rectangles, one above the other. Each rectangle is connected to a thin blue line that extends to the right and then turns down to form a vertical line, creating a bracket-like structure for each item.

PRUEBAS TREPONÉMICAS

PRUEBAS RÁPIDAS

- ❑ Son pruebas **TREPONÉMICAS**, en las cuales la ejecución, lectura e interpretación de los resultados se da entre **15 y 30 minutos**.
- ❑ No requieren de un laboratorio especializado
- ❑ Pueden ser realizadas de muestras de sangre total, suero o plasma, obtenidas de punción digital o venosa.





Datos complementarios

Inmuno ensayos quimio luminiscentes (Quimioluminiscencia)

Técnicas Treponémica

- **Método de cuantificación inmunológica que evalúa la reacción antígeno-anticuerpo mediante una reacción enzimática.**
- **Usa proteínas recombinantes de Treponema pallidum.**
- **Es una técnica que es capaz de reconocer memoria inmunológica. Es la técnica de elección para tamizaje de bancos de sangre. Es automatizable y los datos son documentados. } Detecta anticuerpos IgG o IgM**
- **Estas pruebas permiten la automatización de grandes cantidades de muestras y lecturas objetivas.**
- **Excelente sensibilidad, aunque presentan una menor especificidad que el FTA-Abs y MHA-Tp**
- **Un test de ELISA positivo para treponema puede significar enfermedad actual o antigua, y la sangre se considera no segura (Tamizaje). En esta situación se indica realizar examen no Treponémico (VDRL)**

En sífilis primaria el primer test en positivarse es **TP**, que permanecerá **positivo**.

En sífilis secundaria son positivos **ambos**, VDRL y **TP**, con un 100% de positividad. Fenómeno prozona: VDRL sale negativo pero se hace positivo al diluir más el suero.

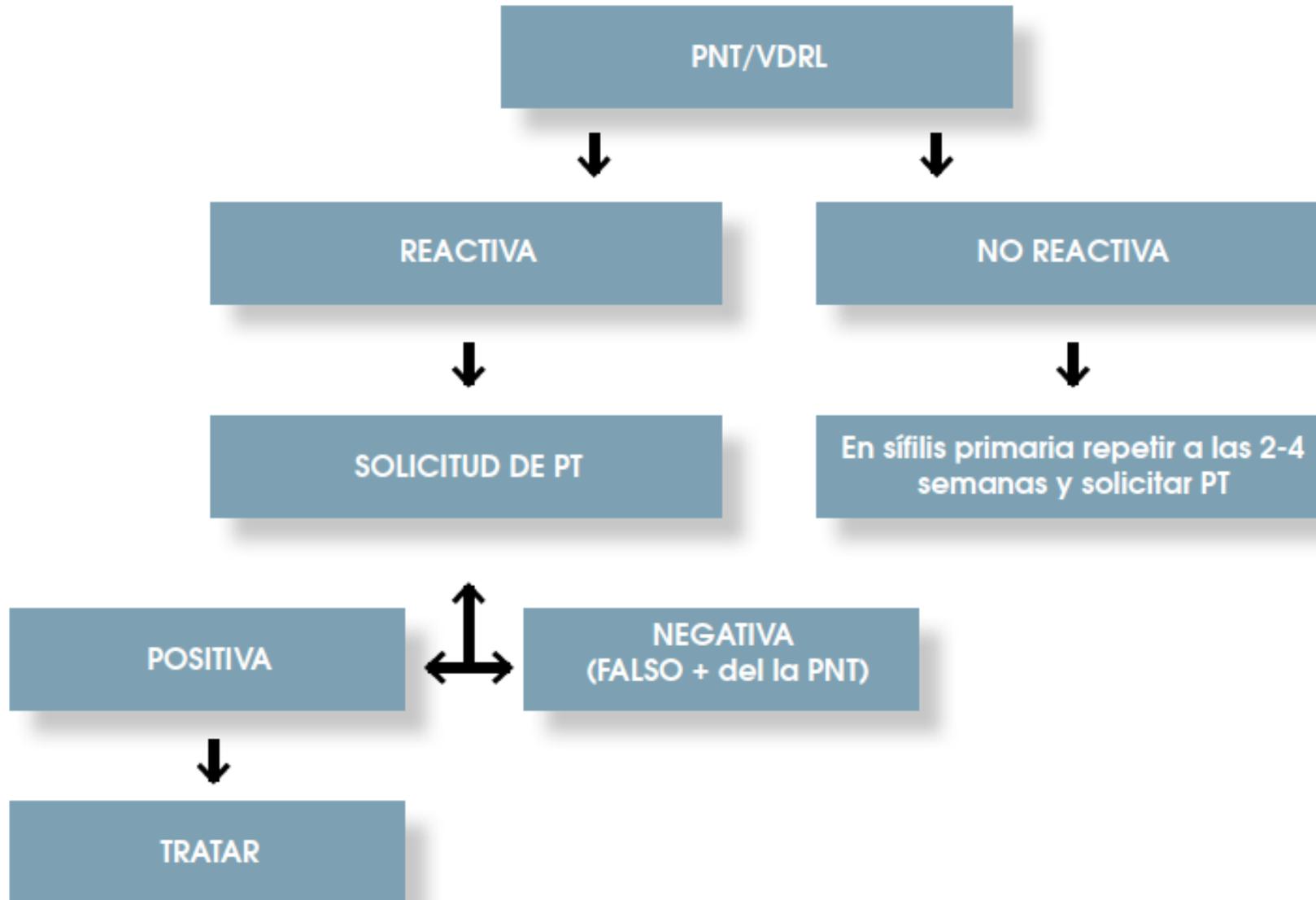
En sífilis latente o terciaria el más válido es **TP**. pues **puede negativizarse el VDRL** (aunque es positivo 95% en latente y 70% en terciaria)

Para **screening** suele usarse **VDRL**.

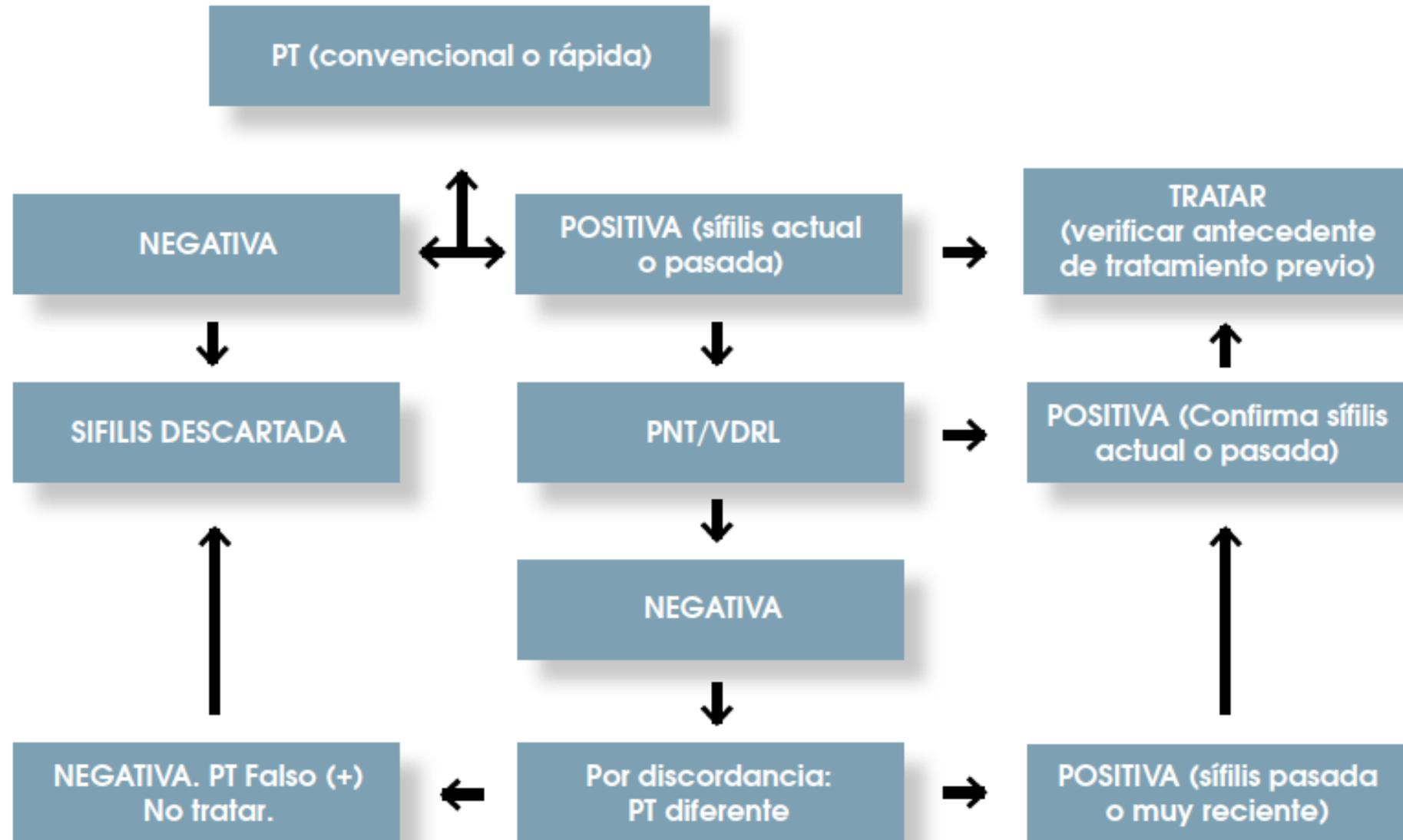
Para valorar **actividad**, evolución o respuesta al tto mejor **VDRL (1,3,6,12 meses tras tto)**. Si VDRL aumenta o reaparece clínica, nuevo ciclo. **Si el tto se inicia tarde** (latente tardía) muchas veces **no se negativizan del todo** los títulos.

La respuesta de la neurosífilis se valora por el grado de **pleocitosis** (más importante que el de proteínas) en el LCR.

ALGORITMO 1



Algoritmo reverso





VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
Reactiva	Reactiva	

VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada



VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
Reactiva	No reactiva	

VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
Reactiva	No reactiva	Reacción inespecífica



VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
No reactiva	Reactiva	

VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada. Sífilis primaria muy reciente. Sífilis tardía. Reacción de prozona sífilis secundaria.

IV

VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
No reactiva	No reactiva	

VDRL	TP	INTERPRETACIÓN
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o periodo de incubación.

PNT	PT	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada
Reactiva	No reactiva	Ausencia de sífilis. Descartar otras patologías o condiciones.
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o en período de incubación

Algunas consideraciones diagnósticas

- **La neurosífilis asintomática** se dx por LCR. El único test valorable o más específico en LCR es VDRL. Aunque la **FTA-abs** sea positiva con más frecuencia, puede ser debida a la transferencia pasiva de Ac séricos al LCR, por lo que si sale **negativa es útil para excluir, pero si sale positiva, no es dx. VDRL en LCR es muy específica.** Actualmente se usan **bandas oligoclonales específicas de IgM-IgG anti-treponema.**
- **Recomendaciones de PL y estudio de LCR:**
- Paciente seropositivo con signos y síntomas neurológicos
- Sífilis tardía
- Sospecha de ineficacia terapéutica (títulos reagínicos altos $>1/32$ que no disminuyen tras 12-24 meses de tratamiento)
- En caso de requerir tratamiento alternativo con tetraciclinas
- Paciente seropositivo e infectado por VIH+

Consideraciones diagnósticas para neurosífilis

Neurosífilis confirmada: VDRL reactiva en LCR, independientemente del estadio.

- ***Neurosífilis probable:*** VDRL no reactiva, con o sin síntomas neurológicos y alteraciones del estudio físicoquímico del LCR (> 5 células/mm³ y aumento de proteínas).

Como se comentó previamente, si la VDRL del LCR es negativa y persiste la sospecha se sugiere realizar FTA abs (menos específica en LCR, pero muy sensible: si resulta negativa, se descarta el compromiso neurológico)

Situaciones que pueden generar resultados falsos positivos en las pruebas no treponémicas

Situaciones que pueden generar resultados falsos positivos transitorios	Situaciones que pueden generar resultados falsos positivos permanentes
Algunas infecciones	Lupus eritematoso sistémico
Después de una vacunación	Síndrome anti-fosfolipídico y otras enfermedades colágenas
Uso concomitante de medicamentos	Hepatitis virales crónicas
Después de transfusiones de hemoderivados	Usuarios de drogas inyectables
Embarazo	Lepra
Adultos mayores	Malaria
	Adultos mayores

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS SIFILIS-VIH

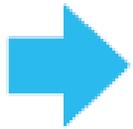
Como norma general, el diagnóstico se realiza con los mismos criterios para un paciente con o sin infección por HIV.

Sólo se debe recordar que, los pacientes con infección por HIV pueden presentar reacciones serológicas atípicas (falsos negativos, seroconversiones lentas o títulos extremadamente elevados).

Según la epidemiología actual en nuestro país, el mayor número de casos en esta población se observa en hombres que tienen sexo con hombres, de entre 15 y 26 años.

Es por ello que, en todo paciente joven infectado en seguimiento, ante la aparición de un exantema cutáneo súbito o aún en ausencia de sintomatología sospechosa, pero con un aumento inexplicable de su carga viral HIV (aún en baja cantidad) se sugiere solicitar VDRL cuantitativa para descartar sífilis.

TRATAMIENTO



Sífilis primaria, secundaria latente temprana (tiempo de adquisición < o igual a 1 año)

DE ELECCIÓN

Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI IM, dosis única.

ALTERNATIVO

(en pacientes alérgicos ante la imposibilidad de realizar la desensibilización, en alérgicos severos o tratamiento parenteral contraindicado).*

- **Doxiciclina 100 mg vía oral (VO)** cada 12 hs. por 14 días.
- **Ceftriaxona 500 mg- 1 gr intramuscular (IM) o endovenoso (EV)** durante 10 días.
- **Azitromicina 2g (VO)** dosis única.

(Puede ser una opción terapéutica útil para el tratamiento de la sífilis primaria y secundaria. No obstante se está comunicando un aumento de las resistencias intrínsecas a este antibiótico y la existencia de fracasos terapéuticos especialmente en la población de HSH y VIH).

SEGUIMIENTO

- **Población general** : 6 y 12 meses.
- **Personas con VIH**: 3, 6, 9, 12 y 24 meses.



Sífilis latente tardía o indeterminada

(tiempo de adquisición > 1 año o desconocida)

DE ELECCIÓN **Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI, IM** semanal, por tres dosis, si se interrumpe el tratamiento por más de una semana, cuando no se cumple con una dosis semanal, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

ALTERNATIVO (pacientes evaluados como alérgicos severos o tratamiento parenteral contraindicado).*

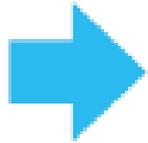
- **Doxiciclina 100 mg vía oral (VO)** cada 12 hs. por 21 a 28 días.

SEGUIMIENTO

- **Población general:** 6 y 12 y 24 meses.
- **Personas con VIH:** 3, 6, 9, 12 y 24 meses.

FALLO TERAPÉUTICO: En cualquier estadio, se considera fallo terapéutico a la ausencia de descenso de dos diluciones o cuatro títulos en las pruebas no treponémicas a los 12 meses.

Ante fallo terapéutico, situaciones a descartar son la neurosífilis y la reinfección.



Sífilis terciaria

Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI, I.M.

semanal durante 3 semanas.

Previamente a su administración se debe descartar una neurosífilis.

SEGUIMIENTO • Población general y personas con VIH: 6 ,12 y 24 m.

La información disponible sobre la evolución y seguimiento de estos pacientes es limitada.

FALLO TERAPÉUTICO: Se considera fallo terapéutico a la ausencia de descenso de dos diluciones o cuatro títulos en las pruebas no treponémicas a los 12 meses.



Neurosífilis y sífilis oftálmica

Se deberá internar el paciente, para el tratamiento parenteral con **Penicilina G sódica 3-4 millones UI** (I.V cada 4 horas o 18-24 millones en infusión continuas) durante 10-14 días.

SEGUIMIENTO Evaluación del LCR cada 6 meses hasta lograr valores normales de LCR y fondo de ojo.

Con alergia a penicilina se sugiere desensibilización o utilizar (menor experiencia):

- **Ceftriaxona 2g/día IM o IV por 10-14 días (la posibilidad de reacción alérgica cruzada con penicilina es baja)**

CONTROL DEL TRATAMIENTO

Control con la misma prueba serológica y, en lo posible, en el mismo laboratorio donde se haya realizado el diagnóstico: VDRLcuantitativa.

Frecuencia:

- En población general: 3, 6 y 12 meses.
- Personas con infección por HIV: 3, 6, 9, 12 y 24 meses (esto último si muestran respuesta enlentecida).
- Alrededor del 15 % de los pacientes con sífilis temprana tardan más de 6 meses en descender 2 títulos.
- Con antecedentes de sífilis previa: se necesita más tiempo para disminuir los valores.
- **Fallo terapéutico:** en estadíos tempranos se considera fallo terapéutico a la ausencia del descenso de 4 títulos en 2 diluciones en las pruebas no Treponémicas a los 6-12 meses.
- Si al año no se observa este descenso: se evaluará reinfección o falla terapéutica y, tras descartar compromiso neurológico, se indica nueva mente - Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM, 3 dosis, con espaciado semanal.

CONTROL DEL TRATAMIENTO

En caso en que no se observe la disminución de 2 diluciones del VDRL a los 12 meses en la sífilis precoz o a los 24 meses en la sífilis tardía, se debe realizar la punción lumbar para descartar posible neurosífilis asintomática.

En el caso de la neurosífilis, se aconseja realizar punción lumbar cada 6 meses hasta la normalización de las células en el LCR o la negativización del VDRL.

ALERGIA A LA PENICILINA

- ❑ **La frecuencia de alergia a betalactámicos es mucho más baja que lo percibido por la población y los servicios de salud. Aunque se menciona como la alergia medicamentosa más común junto a los antiinflamatorios no esteroideos.**
- ❑ **Genera reacciones adversas con una frecuencia de 0,7% a 8%; las reacciones anafilácticas ocurren en 0,004% a 0,015% de los casos, y la mortalidad es de 0,0015% a 0,002%, es decir, una muerte por cada 50.000 a 100.000 personas en tratamiento.**
- ❑ **El 80% al 90% de los pacientes que se definen como alérgicos a la penicilina tienen pruebas diagnósticas negativas y evitan la penicilina innecesariamente.**
- ❑ **Considerando las elevadas tasas de prevalencia de sífilis en Argentina y en el mundo, la determinación de alergia a penicilina, debe basarse sobre todo en la anamnesis y los registros clínicos y sólo ante la sospecha cierta de alergia al antibiótico, solicitar pruebas cutáneas.**

Reacción de Jarish-Herxheimer

- **Es una reacción sistémica aguda que cursa con fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, hipotensión y que puede tener lugar dentro de las 24 horas posteriores al tratamiento.**
- **En general, es un cuadro autolimitado y que puede tratarse con AINEs. Se debe a la destrucción masiva de los treponemas.**
- **Aunque su incidencia es baja, suele ser más frecuente en la sífilis secundaria.**
- **Los pacientes deben ser advertidos sobre esta posibilidad, en especial las mujeres tratadas durante su segundo trimestre de embarazo por el riesgo de sufrimiento fetal y parto prematuro.**

MANEJO DE LOS CONTACTOS

La transmisión sexual del Tp ocurre sólo en presencia de lesiones Treponémicas húmedas cutáneas o mucosas, que pueden pasar desapercibidas. Por ello, toda persona que haya estado en contacto sexual directo con una persona con diagnóstico de sífilis debe ser evaluada clínica y serológicamente, y tratada.

SITUACIONES

- 1. Contacto/s sexual/es con persona con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana dentro de los 90 días previos al diagnóstico, en ausencia de síntomas y serología negativa: aplicar una dosis única de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U IM (tratamiento profiláctico).**
- 2. Contacto/s sexual/es de una persona con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana más allá de los 90 días previos al diagnóstico: en ausencia de síntomas y serología negativa: no es preciso tratar. Si no se puede realizar control serológico inmediato: tratamiento profiláctico.**

SITUACIONES

- 3. Contacto/s sexual/es con personas con diagnóstico de sífilis indeterminada o de duración desconocida y con VDRL mayor a 32 diluciones: se debería pensar que podríamos estar ante una sífilis temprana y tratar a los contactos como tal con Penicilina G benzatínica 2.400.000 U IM, dosis única.**
- 4. Contacto/s sexual/es con personas con diagnóstico de sífilis latente tardía: se evaluarán clínica y serológicamente y se tratarán según esos hallazgos.**
- 5. Se remarca que en caso de embarazo, se deberán arbitrar todos los medios disponibles para realizar el tratamiento de la/s pareja/s, y si se encontrara presente al momento de la consulta se aprovechará la oportunidad para aplicar una dosis de penicilina benzatínica.**

CONSIDERACIONES COMPLEMENTARIAS

- Luego de 24 hs. de aplicada la penicilina G benzatínica, las lesiones cutáneas o mucosas ya no transmiten treponemas.**
- Para identificar contactos con riesgo de transmisión, se debe tener en cuenta un periodo previo de 3 meses si la lesión del caso índice es compatible con una sífilis primaria, 6 meses si los síntomas son compatibles con sífilis secundaria y 1 año si es una sífilis latente temprana.**
- El alta definitiva se otorga tras 2 VDRL consecutivas no reactivas con 6 meses de diferencia.**

Sífilis Treponema	única, indolora , indurada. Lesión inicial es una pápula. Incubación 1 mes	Penicilina Benzatina
Herpes VHS II	múltiples, dolorosas, pequeñas y superficiales. Lesión inicial vesícula, luego costra. Incubación 2-7 días	Aciclovir, Valaciclovir, famciclovir
Chancroide H.ducrey	única o múltiple, dolorosa, blanda, fondo friable, supurada . Lesión inicial pustulosa. Incubación 14 días	Azitromicina , ceftriaxona, Eritromicina, ciprofloxacina
LGV Clamidias L	única, indolora , grandes adenopatías dolorosas y síntomas generales . Incubación 1-3 semanas	Doxiciclina, Eritromicina
Granuloma inguinal Calymatobacterium	única o múltiple dolorosa, bordes elevados, serpinginoso, pseudobubón doloroso (inflamación subcutánea) . Incubación muy variable (semana-meses)	Azitromicina , Doxiciclina, clotrimoxazol

Granuloma inguinal (donovanosis)

Etiología: *Klebsiella granulomatis*, PI 1-12 semanas. Infrecuente en nuestro medio, casos importados.²

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Cursa con lesiones progresivas ulceradas, confluyentes, sangrantes, indoloras, sin adenopatías regionales.

Tratamiento²

- Azitromicina 1g/7 días 4-6 semanas.
- Doxiciclina 100mg/12h v.o. 21 días.
- Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800mg/12h 21 días.

Aunque es poco común en parejas de los casos registrados, se deberían examinar clínicamente los contactos sexuales de los últimos 6 meses por posibles lesiones.⁵

Vesículas genitales

Etiología: Virus Herpes Simple. Causa más frecuente de ulceración genital.² El PI es de 2 a 12 días.⁶

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Pródromos de dolor urente, posteriores vesículas dolorosas que pueden ulcerarse, asocian adenopatías bilaterales dolorosas con afectación del estado general y fiebre.²

Tratamiento²

- 1^{er} episodio:
 - Aciclovir 400mg/8h v.o. 7-10 días.
 - Famciclovir 250mg/8h v.o. 7-10 días.
 - Valaciclovir 500mg/12h 7-10 días.⁷
 - Aciclovir 5mg/kg/8h i.v. (infección grave).
- Recurrencias:
 - Famciclovir 1g/12h v.o. 1 día.
 - Valaciclovir 500mg/8h v.o. 3-5 días.⁷

La infección recidivante y persistente puede estar producida por los dos diferentes serotipos del virus herpes (VHS-1 y 2). Aunque un 30% de los primeros episodios de herpes genital están causados por VHS-1, las recidivas son mucho más frecuentes para el VHS-2 en el área genital; por tanto, la distinción serológica entre ambos tipos es importante para el pronóstico y para saber qué información dar al paciente.³

Las personas con lesiones genitales primarias son infectantes de 7 a 12 días, pero la transmisión puede producirse por contacto sexual con una persona asintomática.⁶

No hay recomendación para estudio de contactos para asintomáticos.²

Chancroide

Etiología: *Haemophilus ducreyi*, PI 1-3 días. Infrecuente en nuestro medio, casos importados.²

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Cursa con úlcera dolorosa única o múltiple, de consistencia blanda, fondo sucio e inflamación perilesional acompañado de adenopatías unilaterales y dolorosas.²

Tratamiento²

- Azitromicina 1g v.o. DU
- Ciprofloxacino 500mg/12h v.o. 3 días.
- Eritromicina 500mg/6-8h v.o. 7 días.

Los contactos sexuales de los pacientes deben ser reevaluados a los 3-7 días de iniciarse el tratamiento. Si el tratamiento va a tener éxito, se produce una mejoría de los síntomas a los 3 días y mejoría objetiva de la úlcera a los 7.¹

Linfogranuloma venéreo

Etiología: *Chlamydia trachomatis*, PI 7-30 días.²

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Cursa con pústula indolora en el sitio de inoculación que cura espontáneamente; a la 2ª semana adenopatías unilaterales, dolorosas que fistulizan, fiebre, artromialgias, proctocolitis.
- ❖ A los 3-6 meses aparece un estadio secundario que se manifiesta como un síndrome inguinal o anogenitorrectal acompañado de adenopatías unilaterales y fiebre, artromialgias y malestar general.³

Tratamiento²

- Doxiciclina 100mg/12h v.o. 21 días.
- Eritromicina 500mg/6h v.o. 21 días.
- Azitromicina 1g/7 días v.o. 3 semanas.

Se debe de realizar un estudio sobre los contactos sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.²

MUCHAS GRACIAS

