

ESQUEMA RECOMENDADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

RECOMENDACIONES DEL CDC. ATLANTA, EE. UU.*

Pocos datos han sido publicados sobre el tratamiento de la sífilis desde que el CDC revisó estas recomendaciones en 1968. La penicilina continúa siendo la droga de elección para tratar cualquier estado de sífilis. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para dilucidar la alergia a la penicilina antes de escojer otros antibióticos, ya que éstos han sido mucho menos estudiados que aquella. Los médicos deben ser muy cautelosos de no emplear los antibióticos en dosis menores de las recomendadas.

SIFILIS RECIENTE

(Sífilis primaria, secundaria o latente, de menos de un año de evolución).

Rp: (1) Penicilina G. Benzatínica. - Dosis total de 2,4 millones de unidades inyectadas por vía intramuscular en una sola sesión.

La penicilina G. Benzatínica es la droga de elección porque provee un tratamiento efectivo en una sola visita.

(2) Penicilina G. procaina acuosa.- Dosis total, 4,8 millones de unidades; se administran 600.000 unidades diarias, por inyección intramuscular, por 8 días.

(3) Penicilina G procaina en aceite, con 2% de monoestearato de aluminio (PAM).- Dosis total, 4,8 millones de unidades; en inyecciones intramusculares: 2,4 millones de unidades en la primera visita y 1,2 millones de unidades en cada una de dos subsecuentes visitas con intervalos de 3 días.

Aunque PAM es usada en otros países, en los Estados Unidos es poco corriente.

* Traducción autorizada por el CDC.

Pacientes con alergia a la penicilina

Rp: (1) Clorhidrato de tetraciclina: 500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 15 días.

Debido a que los alimentos y otros productos de consumo diario interfieren la absorción, la tetraciclina oral debe darse una hora antes o dos después de las comidas.

(2) Eritromicina (estearato, etilsuccinato o básica).- 500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 15 días.

Parece que estos antibióticos son efectivos pero han sido menos evaluados que la penicilina.

SIFILIS TARDIA

Sífilis con más de un año de evolución (sífilis latente de duración indeterminada o de más de un año de duración, cardiovascular, tardía benigna, neurosífilis).

Rp: (1) Penicilina G benzatínica.- Dosis total, 7,2 millones de unidades; 2,4 millones de unidades por inyección intramuscular, cada semana, durante tres semanas consecutivas.

(2) Penicilina G procaina acuosa: Dosis total, 9,0 millones de unidades; 600.000 unidades diarias, por inyección intramuscular, durante 15 días sucesivos.

El esquema óptimo para el tratamiento de la sífilis con más de un año de evolución no ha sido bien establecido como el esquema para el tratamiento de la sífilis reciente. En general, la sífilis de larga duración requiere una terapéutica con dosis altas. No obstante

que se recomienda tratar la sífilis cardiovascular establecida, es poco factible que los antibióticos tengan efecto benéfico sobre la patología asociada con esta enfermedad.

Es imperativo examinar el líquido cefalorraquídeo (LCR) de todo paciente en quien se sospeche neurosífilis sintomática. Este examen también es conveniente en otros pacientes con sífilis de más de un año de evolución, para excluir la neurosífilis asintomática.

Los estudios publicados señalan que una dosis total, entre 6 y 9 millones de unidades de penicilina G., producen una respuesta clínica satisfactoria en cerca del 90 por ciento de los pacientes con neurosífilis. Hay más publicaciones sobre las experiencias clínicas con las preparaciones de penicilina de corta acción que con la penicilina G. benzatínica. Algunos clínicos prefieren hospitalizar a sus pacientes con neurosífilis, especialmente si son sintomáticos o si no ha habido respuesta a la terapéutica inicial. En estos casos tratan sus pacientes con 12 a 24 millones de unidades de penicilina G. cristalina acuosa, por día, durante diez días, administrando por vía endovenosa, de 2 a 4 millones de unidades cada 4 horas.

Pacientes alérgicos a la penicilina:

Rp: (1) Clorhidrato de tetraciclina: 500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 30 días.

(2) Eritromicina (estearato, etilsuccinato o básica): 500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 30 días.

No hay publicaciones de datos clínicos que documenten en forma adecuada la eficacia de otras drogas, distintas a la penicilina, en el tratamiento de la sífilis de más de un año de duración. Se recomienda muy especialmente el examen del líquido cefalorraquídeo antes de la terapéutica con estos regímenes.

SIFILIS EN EL EMBARAZO

Evaluación de la mujer gestante

A toda mujer gestante se le debe practicar una prueba serológica, no treponémica,

para sífilis, como las pruebas de VDRL o RPR, al momento de su primera visita prenatal. Las pruebas treponémicas, como el FTA-ABS, no se usan como pruebas de rutina. A las mujeres, de quienes se sospeche que están en alto riesgo de padecer sífilis, se les debe practicar una segunda prueba no treponémica, durante el tercer trimestre del embarazo.

Las pacientes seroreactivas deben evaluarse exhaustivamente. La evaluación comprende una historia clínica, el examen físico, una prueba no treponémica cuantitativa y la prueba treponémica confirmatoria.

Si la prueba FTA-ABS es no reactiva y no hay evidencia clínica de sífilis, el tratamiento puede dejarse de lado. Tanto la prueba no treponémica cuantitativa como la prueba confirmatoria se repetirán a las 4 semanas. Si hay evidencia clínica o serológica de sífilis o si el diagnóstico de sífilis no se puede excluir con razonable certeza, la paciente debe ser tratada como se indica adelante.

Las pacientes que tengan documentos donde conste que recibieron en el pasado un adecuado tratamiento para sífilis no necesitan volverse a tratar al menos que haya evidencia clínica o serológica de reinfección como ser una lesión positiva al campo oscuro o una subida de cuatro títulos en la prueba no treponémica cuantitativa.

Rp: (1) Para pacientes en cualquier estado del embarazo, no alérgicas a la penicilina:

Penicilina, en un esquema de dosificación adecuado para el estado de la sífilis, tal como se recomendó para los pacientes no embarazados.

(2) Para pacientes en cualquier estadio del embarazo, alérgicas a la penicilina.

Eritromicina (estearato, etilsuccinato o básica), en un esquema de dosificación adecuado para el estado de la sífilis, como se recomendó para tratar a los pacientes no embarazados. Aun cuando estos esquemas de tratamiento con eritromicina parecen ser inofensivos para la madre y el feto, su eficacia no ha sido bien establecida. Por ello

la documentación sobre el estado alérgico a la penicilina es muy importante para decidir tratar a una gestante con eritromicina.

El estolato de eritromicina y la tetraciclina no se recomiendan para el tratamiento de la infección sífilica en la mujer embarazada por los posibles efectos adversos en la madre y el feto.

Seguimiento

La mujer embarazada, que ha recibido un tratamiento para sífilis, debe controlarse mensualmente, hasta el final del embarazo, con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas. La mujer que presente un alza de cuatro títulos en la prueba debe ser tratada de nuevo. El seguimiento después del parto será como se señala para los pacientes no embarazados.

SIFILIS CONGENITA

La sífilis congénita puede presentarse cuando la madre adquiere la sífilis durante el embarazo. Si la madre ha recibido durante el embarazo un adecuado tratamiento con penicilina, el riesgo para el niño es mínimo. No obstante, todo niño debe ser examinado cuidadosamente al nacer y luego con intervalos frecuentes hasta que las pruebas serológicas no treponémicas sean negativas.

Si la infección materna ocurrió hacia el final del embarazo es frecuente que los niños infectados permanezcan asintomáticos y puedan ser seronegativos. Los niños se tratarán al nacer si el tratamiento materno fue inadecuado, si se desconoce el hecho, si el tratamiento se hizo con drogas distintas a la penicilina o si no se puede asegurar el seguimiento adecuado del niño.

Los niños con sífilis congénita deben ser sometidos a un examen del líquido cefalorraquídeo antes de instaurarles el tratamiento.

Niños con líquido cefalorraquídeo anormal

Rp: (1) Penicilina G cristalina acuosa.- 50.000 unidades por kilogramo de peso, por vía intramuscular o endovenosa, divididas

en dos dosis diarias, por un mínimo de 10 días.

(2) Penicilina G procaina acuosa: 50.000 unidades por kilogramo de peso, diariamente, por vía intramuscular, durante un mínimo de 10 días.

Niños con líquido cefalorraquídeo normal

Rp: Penicilina G benzatínica.- 50.000 unidades por kilogramo de peso, en una sola dosis, por vía intramuscular.

Auncuando la penicilina benzatínica ha sido previamente recomendada y ampliamente usada, no se encuentran publicaciones de datos clínicos sobre su eficacia en neurosífilis congénita. Por tanto recomienda el empleo de las penicilinas procaínica o acuosa si no se puede excluir el diagnóstico de neurosífilis. Puesto que la concentración de penicilina alcanzada en el líquido cefalorraquídeo después de la aplicación de penicilina benzatínica es muy baja o inexistente, estas recomendaciones parecen más conservadoras y apropiadas hasta que se acumulen suficientes datos clínicos sobre la eficacia de la penicilina benzatínica. Por tanto no se recomienda el uso de otros antibióticos en la sífilis neonatal congénita.

La terapia con penicilina, para tratar la sífilis congénita después del período neonatal, puede hacerse en la misma dosificación vista para la sífilis neonatal congénita. Para los niños mayores no se requieren dosis totales superiores a las que se usan para tratar la sífilis de más de un año de evolución, en el adulto. Después del período neonatal, la dosificación de la eritromicina o la tetraciclina para tratar sífilíticos congénitos alérgicos a la penicilina debe individualizarse, pero no se requiere emplear dosis superiores a las usadas para el tratamiento de la sífilis de más de un año de duración, en el adulto. La tetraciclina no debe suministrarse a niños menores de 8 años.

SEGUIMIENTO Y NUEVOS TRATAMIENTOS

A todo paciente con sífilis reciente o con sífilis congénita se le debe encarecer el que regrese para repetirle la prueba serológica

no treponémica cuantitativa, a los 3,6 y 12 meses después del tratamiento.

Los pacientes con sífilis de más de un año de evolución deben controlarse también por una prueba serológica a los 24 meses de tratamiento. En los pacientes tratados con antibióticos distintos a la penicilina se debe tener especial cuidado con estos controles serológicos; como parte del plan de exámenes para estos casos se debe considerar el examen del líquido cefaloraquídeo aplicado con la última prueba serológica.

Todos los pacientes con neurosífilis deben ser seguidos cuidadosamente, con pruebas serológicas practicadas por no menos de 3 años. Por otra parte, el seguimiento de estos pacientes debe comprender un control clínico cada 6 meses y repetidos exámenes del líquido cefaloraquídeo, particularmente en aquellos tratados con antibióticos distintos de la penicilina.

Siempre debe considerarse la posible reinfección cuando se vuelven a tratar los pacientes con una sífilis reciente. A menos que se puedan establecer la reinfección y el diagnóstico de sífilis reciente, antes de comenzar el nuevo tratamiento debe hacerse un examen del líquido cefaloraquídeo.

Se debe pensar en un nuevo tratamiento, cuando:

1. Persisten o recurren los signos y síntomas clínicos de la sífilis.

2. Hay un sostenido aumento de cuatro títulos en las pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas.

3. Habiendo sido el título inicial bastante alto en las pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas, al cabo de un año de seguimiento no ha descendido al menos cuatro títulos.

Los pacientes, en su nuevo tratamiento, recibirán el esquema indicado para la sífilis de más de un año de duración. Por lo general, sólo está indicado un curso de nuevo tratamiento porque los pacientes pueden mantener estables sus títulos bajos en las pruebas no treponémicas o presentar cambios anatómicos irreversibles.

TRATAMIENTO EPIDEMIOLOGICO

Aquellos pacientes que han estado expuestos a la infección sífilítica durante los últimos tres meses a los que, a la luz de la epidemiología, están en alto riesgo de contraer la sífilis, deben ser tratados como para sífilis reciente. En estos casos se deben extremar los esfuerzos para establecer un diagnóstico.