

CRITERIOS Y TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS PRECOZ, DEL CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DE E.U.A.¹

En esta reseña se presentan los criterios establecidos por el Centro para el Control de Enfermedades de E.U.A. (CDC) para llegar al diagnóstico precoz de la sífilis primaria, secundaria, latente y congénita, así como las técnicas para la obtención del material y el examen del mismo. Se presenta además una interpretación de los resultados obtenidos.

CRITERIOS

Sífilis primaria

El chancro típico de la sífilis primaria es una lesión solitaria, indurada e indolora, con una base lisa. Dado que las lesiones atípicas son comunes, todas las lesiones genitales, así como las extragenitales sospechosas, deben examinarse en búsqueda del *Treponema pallidum*. Si se demuestra la presencia de *T. pallidum* mediante la microscopia de campo oscuro o las técnicas de anticuerpos fluorescentes (AF), el diagnóstico de sífilis primaria es definitivo. (Las espiroquetas comensales de la orofaringe pueden confundirse con el *T. pallidum*; en consecuencia, se debe proceder con precaución al interpretar especímenes de esa región).

La posibilidad de sífilis no queda excluida por el hecho de que no se demuestre la presencia de *T. pallidum*, ya que puede ocurrir que no haya suficientes organismos, particularmente si se emplean sustancias antimicrobianas de administración tópica o general. En algunos pacientes tal vez sea necesario repetir los exámenes o proceder a la aspiración de los ganglios linfáticos regionales tumefactos para demostrar el organismo.

En la primera visita del paciente se deberá practicar una prueba de reagina para la sífilis (VDRL o reacción rápida de reagina en plasma (RRP)). Los pacientes que presenten lesiones típicas y reaccionen en estas pruebas, deberán recibir el tratamiento para la sífilis primaria aun en el caso en que los exámenes directos para las espiroquetas resulten negativos. No se recomiendan las pruebas serológicas treponémicas cuando la prueba de reagina resulte no reactiva, independientemente de la naturaleza de la lesión. Si la primera prueba de reagina

¹ Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Servicio de Salud Pública, E.U.A., CDC, Oficina de Servicios Estatales, División de Control de Enfermedades Venéreas, Atlanta, Georgia 30333, marzo de 1976. La traducción al español de este texto se publica con la autorización del Centro para el Control de Enfermedades de E.U.A.

es no reactiva, se repetirán las pruebas de reagina al cabo de una semana, un mes y tres meses. Las pruebas de reagina no reactivas, transcurridos tres meses, excluyen a la sífilis como causa de esas lesiones.

Sífilis secundaria

Los enfermos de sífilis secundaria presentan lesiones cutáneas muy variables (por lo común maculares, papulares o papuloescamosas, bilateralmente simétricas), lesiones de la membrana mucosa, linfadenopatía, fiebre, alopecia y afección orgánica local (v.g., iritis, hepatitis o meningitis). La demostración de *T. pallidum* en material procedente de lesiones o ganglios linfáticos de esos pacientes, es una prueba de infección sifilítica.

Todos los pacientes sospechosos de sífilis secundaria deberán someterse a una prueba de reagina para la sífilis. Se considera que una persona padece sífilis secundaria si presenta signos que concuerdan con la enfermedad y si la prueba serológica resulta reactiva, aun cuando las pruebas directas para las espiroquetas sean negativas o se omitan. En los pacientes que muestren resultados atípicos o un título VDRL inferior a 1:16 tendrán que repetirse las reacciones de reagina y practicarles una prueba treponémica para confirmar la infección sifilítica. Casi todos los enfermos de sífilis secundaria presentan pruebas de reagina reactivas. (En una proporción de 1 ó 2% de esos pacientes se observará una prueba de reagina no reactiva poco definida o débilmente reactiva debido al exceso de anticuerpos, pero estos sueros reaccionan al ser diluidos (el "fenómeno del prozona")). Por consiguiente, el diagnóstico de sífilis secundaria es extremadamente improbable si la prueba de reagina para la sífilis resulta no reactiva. Las pruebas complementarias son innecesarias.

Sífilis latente

En ausencia de datos clínicos y de antecedentes (incluido el examen anorrectal en el caso de los homosexuales y el examen con espéculos en las mujeres), las personas con pruebas de reagina y treponémicas reactivas padecen sífilis latente.

Si se tiene conocimiento de que en el curso del año anterior las pruebas serológicas han dado resultados no reactivos o que durante ese tiempo se produjeron síntomas que sugerían firmemente la presencia de sífilis primaria o secundaria, el diagnóstico será de sífilis latente precoz. Los otros pacientes se consideran afectados por sífilis latente tardía y deben ser examinados para determinar la posibilidad de neurosífilis asintomática.

Pacientes previamente tratados para la sífilis

Para establecer un nuevo diagnóstico de sífilis en personas previamente tratadas para esta enfermedad, el examen en campo oscuro debe resultar positivo o el título de la prueba de reagina cuantitativa ha de ser cuatro veces más elevado.

Sífilis congénita

Si la madre adquiere sífilis durante la gestación y no recibe tratamiento es probable que ocurra infección sifilítica fetal. También puede producirse infección fetal si la madre ha sido tratada en forma inadecuada para una sífilis existente o

adquirida previamente. El neonato infectado puede nacer sintomático o no manifestar síntomas hasta más adelante.

Los recién nacidos con síntomas tales como erupciones cutáneas, secreciones nasales, hepatosplenomegalia o sepsis suscitan la sospecha de padecer sífilis. Decididamente existe sífilis congénita si se demuestra la presencia de *T. pallidum* mediante el examen directo de material de secreciones nasales o lesiones cutáneas. Aun cuando los exámenes directos resulten negativos o se omitan, los neonatos sintomáticos con pruebas sanguíneas reactivas deben recibir el debido tratamiento para la sífilis. Si la madre no ha recibido el tratamiento apropiado puede considerarse probable la sífilis congénita; si el tratamiento materno se desconoce o es incierto, la sífilis congénita es posible; si se sabe que la madre ha sido debidamente tratada, la sífilis congénita es muy improbable.

El neonato asintomático cuyas pruebas serológicas resulten reactivas puede estar incubando la enfermedad, puede haber sido infectado y tratado *in utero* o poseer únicamente transferencia pasiva de anticuerpos maternos sin infección. Si la madre tiene sífilis precoz no tratada, se deberá evaluar al niño y tratarlo contra posible sífilis. En otros casos el neonato puede ser vigilado sin administrarle tratamiento, siempre que los padres y el médico puedan garantizar una minuciosa observación clínica y serológica del niño durante seis meses, como mínimo.

Para excluir la posibilidad de afección del sistema nervioso central se debe proceder al examen de líquido cefalorraquídeo el cual debe formar parte de la evaluación de los lactantes con sífilis congénita precoz.

Sífilis congénita o adquirida tardía

(Se examina con detalle en la publicación No. 1660 de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A., titulada *Syphillis: A Synopsis*, 1968, Washington, D.C.)

Contactos sexuales de pacientes con sífilis precoz

Los contactos sexuales de enfermos de sífilis primaria, secundaria o latente precoz deben ser evaluados para detectar síntomas o signos de sífilis y deben ser sometidos a una prueba de reagina para esta enfermedad. De manera análoga deben examinarse los contactos sociales de lactantes con sífilis neonatal sintomática.

Se recomienda el tratamiento de *todos* los contactos sexuales de enfermos de sífilis primaria, secundaria e incluso latente precoz que probablemente sean infecciosos, ya que una proporción de 5 a 30% de esos contactos que no se traten contraerán la enfermedad.

Vigilancia después del tratamiento

Durante un año por lo menos los pacientes de sífilis precoz deben ser visitados después del tratamiento a intervalos de tres meses. En cada visita se procederá a una prueba cuantitativa de reagina para la sífilis y se examinará el curso clínico. En la mayoría de los pacientes vigilados el título de la reagina disminuye durante un año hasta que se detecta poca o ninguna reacción.

Se debe efectuar un examen de líquido cefalorraquídeo de los pacientes que recibieron un tratamiento distinto del régimen de penicilina recomendado.

TECNICAS

Microscopia de campo oscuro

- *Obtención del material para el examen*

Lesiones: Límpiase la superficie de la lesión quitando cualquier materia purulenta, costra o epitelio y frótela suavemente. De la base de la lesión recójase exudado seroso en cuanto salga relativamente libre de eritrocitos. Para obtener el líquido utilícese un cubreobjetos o una lámina limpia o bien un asa bacteriológica o un tubo capilar. Precauciones: Las lesiones bucales (placas mucosas o chancros) deben limpiarse bien y circundarlas completamente, a fin de evitar la contaminación por espiroquetas orales normales. Aun así, los resultados deben interpretarse con atención pues puede ocurrir que estas espiroquetas no se distingan del *T. pallidum*.

Ganglios linfáticos: Cuando el examen directo de material de lesiones cutáneas es negativo, y si se han empleado agentes treponemicidas tópicos, puede utilizarse para el diagnóstico material aspirado de los ganglios linfáticos regionales tumefactos. Prepárese la piel encima del ganglio y punciónese con una aguja de calibre 20 en el ganglio. Después de asegurarse que la aguja ha penetrado bien en el ganglio, inyéctese una pequeña cantidad (0.1 ml) de aire y solución salina. Manipúlese suavemente la punta de la aguja para macerar el tejido y aspírese material, a fin de proceder al examen para determinar la presencia de espiroquetas.

- *Examen del material en el microscopio de campo oscuro.* (Véase *Manual of Tests for Syphilis*, 1969, PHS Publication No. 411, Washington, D.C. Versión en español: *Manual de reacciones para el diagnóstico de la sífilis*, 1975, Publicación Científica 311, OPS, Washington, D.C.)

Técnicas de anticuerpos fluorescentes (AF)

- *Obtención del material para el examen.* Aplíquese una gota de solución salina a la lesión, mézclase y transfírase el material a las láminas y séquense. Fíjense por inmersión en acetona durante 10 minutos y séquense. Si las láminas no van a ser sometidas a todo el proceso inmediatamente deben almacenarse a una temperatura de -20°C .

- *Técnica AF e interpretación.* (Véase "Provisional Technique for the Direct Immunofluorescent Identification of *T. pallidum* in Body Fluids and Tissue Sections", Centro para el Control de Enfermedades, enero de 1971.)

Examen de líquido cefalorraquídeo

- *Análisis del líquido.* En el primer examen de líquido cefalorraquídeo debe incluirse un recuento celular, así como la determinación de la concentración proteínica y una prueba VDRL. El recuento celular debe efectuarse en el término de una hora o dos, si bien las muestras para las pruebas de la proteína y VDRL pueden refrigerarse para estudiarlas más adelante.

Pruebas serológicas

- *Pruebas de reagina:* VDRL en lámina, RSNC (reagina en suero no calentado), RRP (reacción rápida de reagina en plasma) en tarjeta y RA (reacción automática

de reagina). Las pruebas de reagina, para las que se utilizan antígenos de cardiolipina purificados, se recomiendan para los fines de selección puesto que son sumamente confiables y de bajo costo. Cuando la prueba es reactiva siempre debe determinarse el título de reagina y obtenerse una segunda muestra para verificar la reacción. Después del tratamiento se debe seguir observando al paciente con la misma prueba cuantitativa de reagina ya que a menudo se obtienen diferentes títulos en distintas pruebas de reagina.

- *Pruebas treponémicas ATF-ABS (absorción anticuerpos fluorescentes treponémicos) y MHA-TPO (microhemaglutinación para los anticuerpos de Treponema pallidum)*. Para las pruebas treponémicas se emplean antígenos de *T. pallidum* para detectar anticuerpos treponémicos específicos. Se recomiendan como medios auxiliares de diagnóstico para pacientes con serología reactiva que presentan síntomas atípicos de sífilis primaria, secundaria, o que carecen de sintomatología. También se recomiendan las pruebas treponémicas como medios auxiliares de diagnóstico para pacientes que presentan síntomas que sugieren sífilis tardía independientemente de las reacciones de reagina, ya que estas son menos sensibles en dichos casos. Las pruebas treponémicas *no* se recomiendan como pruebas selectivas para la sífilis ni para análisis de líquido cefalorraquídeo.

- *Interpretación de los resultados*

Resultados de las pruebas		Interpretación
Reagina	ATF-ABS	
Débilmente reactiva o reactiva	Reactiva	Estos resultados por lo común indican sífilis. En caso de duda siempre deben repetirse las pruebas en una nueva muestra.
Débilmente reactiva o reactiva	No reactiva	“La reacción biológica positiva falsa” (BPF) en las pruebas de reagina puede deberse a: infecciones, inmunizaciones, enfermedades inflamatorias, anormalidades inmunoglobulínicas, farmacodependencia, embarazo o envejecimiento. Repítanse las pruebas en una nueva muestra para confirmar la BPF y procedase a una evaluación para determinar estas causas.
No reactiva	No practicada	Las pruebas treponémicas no están indicadas a menos que, con fundamento clínico, se sospeche la presencia de sífilis tardía. Una prueba reactiva ATF-ABS ayudará a establecer el diagnóstico de sífilis tardía.

- *Otros resultados*. Los pacientes con sífilis primaria pueden presentar en la primera visita una o ambas pruebas serológicas no reactivas. No obstante, ambas pruebas se convierten poco después en reactivas. La mayoría de los pacientes tratados para la sífilis precoz mostrarán, en el término de dos años, una reversión de las pruebas de reagina a no reactivas. La prueba ATF-ABS seguirá siendo reactiva después del tratamiento de la sífilis latente precoz, secundaria, y en la mayoría de los casos de sífilis primaria. Las pruebas serológicas no reactivas y una evaluación clínica normal no pueden excluir la posibilidad de sífilis en incubación.

La reacción limítrofe en la prueba ATF-ABS no ofrece indicaciones positivas ni negativas de sífilis. La reacción "en forma de cuentas" en la prueba ATF-ABS acompaña con mucha frecuencia a las enfermedades inflamatorias crónicas. En ambos casos está indicada la repetición de las pruebas.

Advertencia. Las pruebas serológicas solo ofrecen información indirecta de la sífilis y pueden resultar reactivas en ausencia de indicaciones clínicas, antecedentes o datos epidemiológicos. Por eso, en la interpretación clínica de los resultados de las pruebas y otra información se debe proceder con cuidado a fin de hacer el diagnóstico apropiado.

PLANES DE TRATAMIENTO RECOMENDADOS PARA LA SIFILIS, DEL CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DE E.U.A., 1976¹

Desde que el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) revisó estas recomendaciones en 1968, han sido pocos los datos publicados sobre el tratamiento de la sífilis. La penicilina sigue siendo el medicamento de preferencia para todas las fases de la sífilis. Antes de emplear otros antibióticos es preciso determinar con buen fundamento la presencia de alergia a la penicilina ya que aquellas sustancias se han estudiado con menos detenimiento que la penicilina. Se advierte a los médicos que no deben utilizar dosis de antibióticos menores de las recomendadas.

Sífilis precoz

Sífilis precoz (primaria, secundaria, latente de duración menor de un año)

Rx: 1) Penicilina G benzatina—2.4 millones de unidades en total, en inyección intramuscular única.

La penicilina G benzatina es el medicamento preferido porque permite administrar un tratamiento eficaz en una sola visita), **o bien**

2) Penicilina G procaína acuosa—4.8 millones de unidades en total: 600,000 unidades en inyección intramuscular diariamente durante 8 días, **o bien**

3) Penicilina G procaína en aceite con 2% de monostearato de aluminio (PAM)—4.8 millones de unidades en total en inyección intramuscular: 2.4 millones de unidades en la primera visita y 1.2 millones en cada una de las dos subsiguientes, con un intervalo de 3 días.

Aunque el PAM se utiliza en otros países, ya no puede obtenerse en Estados Unidos.

Para los pacientes alérgicos a la penicilina

Rx: 1) Clorhidrato de tetraciclina²—500 mg cuatro veces al día, por vía oral durante 15 días, **o bien**

¹ Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Servicios de Salud Pública, E.U.A., CDC, Atlanta, Georgia 30333, 1976. La traducción al español de este texto se publica con la autorización del Centro para el Control de Enfermedades de E.U.A.

² Los alimentos y ciertos productos lácteos interfieren en la absorción. La tetraciclina de administración oral debe tomarse una hora antes o dos horas después de las comidas.

- 2) Eritromicina (en forma de estearato, de etilsuccinato o de base)—500 mg cuatro veces al día, por vía oral durante 15 días.

Al parecer, estos antibióticos resultan eficaces pero no han sido evaluados con tanto detenimiento como la penicilina.

Sífilis de duración superior a un año

Sífilis de más de un año de duración (latente de duración indeterminada o superior a un año, cardiovascular, benigna tardía, neurosífilis)

- Rx: 1) Penicilina G benzatina—7.2 millones de unidades en total: 2.4 millones de unidades semanales en inyección intramuscular durante tres semanas sucesivas, **o bien**
- 2) Penicilina G procaína acuosa—9.0 millones de unidades en total: 600,000 unidades diarias en inyección intramuscular durante 15 días.

Los planes de tratamiento óptimos para la sífilis de una duración superior a un año no han sido tan bien establecidos como los referentes a la sífilis precoz. Por lo común, la sífilis de duración más prolongada requiere un tratamiento con dosis más elevadas. Si bien se recomienda el tratamiento para la sífilis cardiovascular, son muy pocas las indicaciones de que los antibióticos produzcan una regresión de la patología que acompaña a esta enfermedad.

En los casos sospechosos de neurosífilis sintomática es indispensable el examen de líquido cefalorraquídeo (LCR). También conviene someter a este examen a los enfermos de sífilis de una duración mayor de un año, a fin de excluir la posibilidad de neurosífilis asintomática.

Se han publicado estudios que indican que una dosis total de 6.0 a 9.0 millones de unidades de penicilina G produce una reacción clínica satisfactoria en aproximadamente el 90% de los enfermos de neurosífilis. Se han publicado más experiencias clínicas con preparaciones penicínicas de acción a corto plazo que con penicilina G benzatina. Algunos clínicos prefieren hospitalizar a los enfermos con neurosífilis, especialmente si son sintomáticos o no han respondido al primer tratamiento. En estos casos el tratamiento consiste en la administración intravenosa diaria de 12 a 24 millones de unidades de penicilina G cristalina acuosa (2-4 millones de unidades cada 4 horas) durante 10 días.

Pacientes alérgicos a la penicilina

- Rx: 1) Clorhidrato de tetraciclina—500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 30 días, **o bien**
- 2) Eritromicina (en forma de estearato, de etilsuccinato o de base)—500 mg cuatro veces al día, por vía oral, durante 30 días.

No existen datos clínicos publicados que demuestren debidamente la eficacia de otros medicamentos distintos de la penicilina para combatir la sífilis de más de un año de duración. Antes de iniciar esos regímenes de tratamiento se recomienda muy especialmente el examen de líquido cefalorraquídeo (LCR).

La sífilis en el embarazo

Evaluación de las mujeres gestantes

Todas las embarazadas deberían someterse a una prueba serológica no treponémica para la sífilis, como la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o la RRP (reacción rápida de reagina en plasma), en la primera visita prenatal. Las pruebas treponémicas como la ATF-ABS (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) no deben emplearse sistemáticamente como procedimiento de examen. Cuando se sospeche que una mujer está muy expuesta a la sífilis, se practicará una segunda prueba no treponémica durante el tercer trimestre.

Las pacientes serorreactivas deben evaluarse rápidamente. En esta evaluación estarán incluidos los antecedentes y el examen físico, así como una prueba no treponémica cuantitativa y una prueba treponémica de confirmación.

Si la prueba ATF-ABS resulta no reactiva y no hay indicaciones clínicas de sífilis se puede desistir del tratamiento. Tanto la prueba no treponémica cuantitativa como la confirmatoria deberán repetirse en el plazo de 4 semanas. En el caso de que existan indicaciones clínicas o serológicas de la presencia de sífilis o de que no pueda excluirse el diagnóstico de esta enfermedad con una certeza razonable, la paciente deberá recibir el tratamiento que se describe a continuación.

Cuando se disponga de información bien documentada de que las pacientes recibieron anteriormente tratamiento adecuado para la sífilis, no necesitan ser sometidas de nuevo a este tratamiento, salvo que los hallazgos clínicos o serológicos indiquen una reinfección, como en el caso de lesiones positivas por examen en campo oscuro o un título cuatro veces mayor en una prueba no treponémica cuantitativa.

- Rx: 1) Para las pacientes en todas las fases del embarazo, que no sean alérgicas a la penicilina: Administración de penicilina en la posología apropiada a la fase de la sífilis, como se recomienda para el tratamiento de mujeres no gestantes.
- 2) Para las pacientes en todas las fases del embarazo, que sean alérgicas a la penicilina: Administración de eritromicina (en forma de estearato, de etilsuccinato o de base), en la posología adecuada a la fase de la sífilis, como se recomienda para el tratamiento de mujeres no gestantes. Aunque estos planes de tratamiento de eritromicina parecen ser inocuos para la madre y el feto, su eficacia no está todavía bien determinada. Es por ello que la información sobre la alergia a la penicilina es particularmente importante antes de administrar eritromicina a una embarazada.

El estolato de eritromicina y la tetraciclina no se recomiendan para la sífilis de las mujeres gestantes, por sus posibles efectos adversos sobre la madre y el feto.

Vigilancia ulterior

Las mujeres gestantes que han recibido tratamiento contra la sífilis deberán someterse todos los meses a pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas hasta la terminación del embarazo. Las mujeres que muestren un aumento cuádruple del título deben volver a recibir tratamiento. Después del parto, la observación ulterior es la misma que la descrita para las pacientes no embarazadas.

Sífilis congénita

Cuando la madre padece de sífilis durante el embarazo, puede producirse la enfermedad congénita. Si la madre ha recibido un tratamiento adecuado de penicilina durante la gestación, el riesgo para el niño es mínimo. No obstante, es preciso examinar minuciosamente a todos los niños al nacer y, posteriormente, a intervalos frecuentes hasta que las pruebas serológicas no treponémicas resulten negativas.

Con frecuencia los niños infectados son asintomáticos al nacer y, si la infección de la madre ocurrió en una fase tardía de la gestación, pueden ser seronegativos. En el caso de que el tratamiento materno hubiera sido inadecuado, se desconociera, consistiera en otros medicamentos distintos de la penicilina o no se pudiera garantizar la debida vigilancia ulterior del neonato, habrá que administrar tratamiento al niño al nacer.

Los niños afectados por sífilis congénita deben someterse a un examen de LCR antes del tratamiento.

Niños con LCR anormal

- Rx: 1) Penicilina G cristalina acuosa, 50,000 unidades/kg diarias por vía intramuscular o intravenosa, en dos dosis, durante 10 días como mínimo, **o bien**
- 2) Penicilina G procaína acuosa, 50,000 unidades/kg diarias, por vía intramuscular, durante un mínimo de 10 días.

Niños con LCR normal

Rx: Penicilina G benzatina, 50,000 unidades/kg por vía intramuscular, en una sola dosis.

Aunque con anterioridad la penicilina benzatina ha sido recomendada y se ha empleado comúnmente, no se dispone de datos clínicos publicados sobre su eficacia para la neurosífilis congénita. Si no se puede excluir la posibilidad de neurosífilis, se recomiendan regímenes de penicilina procaína o acuosa. Puesto que las concentraciones de penicilina en el líquido cefalorraquídeo logradas después de la penicilina benzatina son mínimas o inexistentes, estas recomendaciones revisadas parecen más conservadoras y apropiadas, hasta que puedan reunirse datos clínicos sobre la eficacia de la penicilina benzatina. No se recomiendan otros antibióticos para la sífilis congénita neonatal.

El tratamiento de penicilina para la sífilis congénita después del período neonatal debe administrarse en las mismas dosis empleadas para la sífilis congénita neonatal. Para los niños de tamaño mayor no es necesario que la dosis total de penicilina exceda la posología empleada en los adultos con sífilis de más de un año de duración. Después del período neonatal, la dosificación de la eritromicina y la tetraciclina para la sífilis congénita en pacientes alérgicos a la penicilina deberá determinarse según el individuo, pero no necesita exceder las dosis empleadas para los adultos con sífilis de más de un año de duración. No debe administrarse tetraciclina a los niños menores de 8 años.

Vigilancia ulterior y nuevo tratamiento

Es preciso estimular la comparecencia de todos los pacientes afectados por sífilis precoz o sífilis congénita para repetirles las pruebas no treponémicas cuantitativas a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. A los casos de sífilis de más de un año de duración se les repetirá también la prueba serológica a los 24 meses después del tratamiento. Las pruebas serológicas ulteriores revisten particular importancia para los pacientes tratados con antibióticos distintos de la penicilina. El examen de LCR debe planearse como parte de la última visita complementaria después del tratamiento con otros antibióticos.

Todos los casos de neurosífilis deben ser minuciosamente observados mediante las pruebas serológicas por lo menos durante 3 años. Además, en la vigilancia de esos pacientes estará incluida la reevaluación clínica a intervalos de 6 meses y la repetición del examen de LCR, particularmente en individuos tratados con antibióticos sucedáneos de la penicilina.

Siempre debe considerarse la posibilidad de reinfección cuando se repite el tratamiento a enfermos con sífilis precoz. Antes de empezar de nuevo el tratamiento deberá procederse al examen de LCR, a menos que pueda determinarse la presencia de reinfección y se haga un diagnóstico de sífilis precoz.

Deberá considerarse la repetición del tratamiento en las condiciones siguientes:

- 1) Persistencia o recurrencia de signos o síntomas clínicos de sífilis;
- 2) Un aumento prolongado cuatro veces mayor en el título de una prueba no treponémica;
- 3) Un título inicialmente elevado de una prueba no treponémica que en el término de un año no logra una disminución cuádruple.

El nuevo tratamiento de los pacientes se administrará con arreglo a los planes recomendados para la sífilis de más de un año de duración. En general, solo está indicado un curso de tratamiento repetido porque los pacientes pueden mantener títulos bajos, estables, de reacciones no treponémicas o experimentar daños anatómicos irreversibles.

Tratamiento epidemiológico

Los pacientes que han estado expuestos a la sífilis infecciosa dentro de los 3 meses precedentes y los que, con fundamento epidemiológico, corren un gran riesgo de contraer la enfermedad, deberán recibir el tratamiento empleado para la sífilis precoz. Deber tratarse con todo empeño de diagnosticar esos casos.