



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.elsevier.es/ad



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

### El resurgir de la sífilis

### Syphilis, a Resurgent Disease

M.J. Fuente

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España*

«La sífilis está resurgiendo». Esta contundente afirmación es la conclusión de numerosos estudios realizados en varios continentes<sup>1–6</sup>, y se explica principalmente por el incremento de los casos diagnosticados en los hombres que practican sexo con hombres (HSH)<sup>7</sup>. Las cifras son abrumadoras: en Francia los casos de sífilis registrados pasaron de 37 en el año 2000 a 428 en 2003, un 96% de ellos hombres<sup>4,8</sup>; en el Reino Unido se registraron 293 en el año 1998 y 2.226 en 2003, de nuevo sobre todo a expensas de los varones<sup>9</sup>, mientras que en EE.UU., los 5.979 casos del año 2000 se incrementaron a 7.980 en 2004 (84% hombres)<sup>10</sup>. En España, según datos oficiales, en 1998 se registraron 772 casos mientras que en el año 2008 estos ascendieron a 2.545, lo que se corresponde con un ascenso en las tasas de incidencia de 1,96 a 5,70 por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. Es decir, según estas cifras la incidencia de sífilis en nuestro país se habría triplicado en la última década<sup>1</sup>. En coherencia con los datos de otros países, la gran mayoría de los casos de sífilis reportados son hombres (86%), especialmente HSH.

Para entender esta reactivación convendría analizar los fenómenos acaecidos en las décadas anteriores. Durante los años 90, la incidencia de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) sufrieron una reducción significativa. La población de mayor riesgo, atemorizada por la pandemia de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y alertada por agresivas campañas de prevención, cambió en gran parte sus hábitos sexuales, lo que se reflejó en una disminución muy significativa de todas las ITS incluida la sífilis. Quizás por eso, el cambio de tendencia que se ha observado en la actualidad es, cuanto

menos, sorprendente. Este hecho parece ser consecuencia de varios factores, siendo el principal de ellos un marcado cambio en los hábitos o comportamientos sexuales en la población de riesgo. Hoy por hoy, los progresos en el tratamiento de las complicaciones de la infección por VIH, convertida más en un proceso crónico que letal gracias a los nuevos antirretrovirales, parecen haber condicionado una minusvaloración de los efectos de esta infección. Este optimismo sobre el pronóstico de la infección por el VIH parece haber generado una disminución del miedo al contagio y, en consecuencia, algunos grupos de riesgo para estas infecciones (sobre todo los HSH), tras décadas de haber sido instruidos en el uso de preservativos y en el límite del número de compañeros sexuales, podría no temer la amenaza de contagio del VIH y se sentirían liberados del estado de «agobio o fatiga del sexo con precauciones» impuesto por las circunstancias previas. Otros factores tales como los cambios sociales debido a los movimientos migratorios y los contactos entre los diferentes grupos poblacionales podrían haber influido también en esta situación, si bien su impacto sería mucho más limitado.

En el presente número de *Actas Derma-sifiliográficas*, Repiso et al<sup>11</sup> analizan los hábitos y las características epidemiológicas de un grupo de HSH diagnosticados de sífilis respecto a un grupo control, demostrando que la sífilis continua siendo un problema de salud pública asociado de forma significativa al uso inconstante del preservativo (OR 3,96) y al número elevado de parejas sexuales en los meses anteriores a diagnóstico (OR 3,22–3,98). Estos datos están en consonancia con los obtenidos en otros estudios, que corroboran que el elevado número de parejas es uno de los factores de riesgo principales para el contagio de la sífilis y el VIH<sup>2</sup>.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ad.2010.06.014  
Correo electrónico: mjosefuente@hotmail.com

El sexo sin precauciones (preservativo) es, para la mayoría de autores<sup>2,11</sup>, una de las variables de riesgo fundamental para la transmisión de la sífilis y otras ITS. Sin embargo, existen probablemente algunas variables adicionales que justifican los resultados controvertidos obtenidos en algún estudio<sup>12</sup>: el uso incorrecto del preservativo, los contagios en la zona perigenital, donde el preservativo no protege; los pacientes que sí usan el preservativo para la penetración anal, pero no para otras prácticas como el sexo oral. Finalmente, teniendo en cuenta el peso moral de las enfermedades relacionadas con las prácticas sexuales, otra opción a tener en cuenta es el hecho de que algunos pacientes que no usan preservativo podrían mentir para «guardar las apariencias» ante los investigadores, circunstancia que podría modificar las conclusiones de algunos trabajos.

Un hallazgo desconcertante es que un tercio de los casos de HSH diagnosticados de sífilis habían sido diagnosticado de alguna ITS previamente y un 30% de los casos era seropositivo para el VIH, siendo un dato conocido para la mayoría de ellos<sup>2,11</sup>. Además, coincide que estos pacientes tenían un mayor número de parejas que el resto y practicaban sexo sin protección con más frecuencia<sup>2</sup>. Estos datos corroboran la idea de que, a pesar de que los pacientes habían padecido otras ITS previamente o estaban infectados por VIH, seguían manteniendo conductas de riesgo exponiéndose ellos mismo a la reinfección y exponiendo a sus parejas a la transmisión de dichas enfermedades. Se ha observado que muchos HSH seronegativos confían en que su pareja sería responsable y le avisaría si fuera seropositivo antes de mantener una relación de riesgo. Sin embargo, la información de la que disponemos permite afirmar que muy pocos seropositivos revelan a sus parejas ocasionales su estado serológico antes de una relación sin protección<sup>13</sup>.

Por último, el uso de alcohol o drogas, antes o durante la actividad sexual, aumenta la probabilidad de mantener relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales cuyo estado serológico es desconocido<sup>7</sup>.

Cabría preguntarse si estas prácticas son muy comunes en la población HSH o bien los resultados están sesgados por el perfil de los individuos reclutados en los estudios, procedentes, en general, de pacientes que acuden a consultas de ITS. En este sentido, resultan de interés los resultados de un estudio realizado recientemente en Cataluña sobre las prácticas sexuales de los HSH con datos obtenidos de encuestas anónimas realizadas en lugares de ocio habituales para este colectivo (bares, saunas, ...) y por la Coordinadora Gay-lesbiana de Cataluña<sup>14</sup>. Según estos datos, casi la mitad (45%) de los que completaron la encuesta habían tenido más de 20 parejas sexuales en el último año y un tercio había practicado sexo anónimo sin protección. En este mismo trabajo, un 40% de los encuestados que reconocía sexo con parejas ocasionales reconocía usar internet para buscar y conocer parejas sexuales. Este resultado concuerda con lo observado en otros estudios recientes que relacionan el aumento de contacto sexuales esporádicos con el uso de las redes o la proliferación de lugares donde practicar sexo anónimo<sup>15,16</sup>. Dentro de este colectivo están proliferando nuevas formas de relaciones como la de «amigos con derecho a roce». Este tipo de pareja sexual se inicia con un conocimiento ocasional (la mayor parte por internet), se

establece una relación de simpatía y afinidad, relacionándose de vez en cuando, principalmente, para tener sexo. Esta confianza previa establecida hace que se genere una dinámica sexual más intensa que los lleve a despreocuparse de tener sexo seguro<sup>17</sup>.

Por otra parte, vale la pena recordar cómo, por causas no bien establecidas, se han popularizado algunos conceptos erróneos sobre la seguridad de algunas prácticas sexuales. En este sentido, algunos individuos consideran la práctica de sexo oral como más segura que la penetración anal y por ello no usan métodos de protección para ello. Sin embargo, se ha demostrado que hasta un 20–40% de los casos de sífilis primaria o secundarias se podrían atribuir a infecciones transmitidas mediante sexo oral<sup>1,7,18</sup>. Otra idea equivocada, bastante extendida en HSH, es la creencia de algunos individuos con infección por VIH que piensan que si mantienen relaciones con individuos del mismo estatus de infección por VIH, el uso del preservativo es innecesario. Esta práctica, a la que se le ha llamado *serosorting*, evidentemente no protege de la transmisión del resto de ITS, pero además puede provocar reinfección por el VIH<sup>19</sup>.

De cara a diseñar estrategias preventivas para la lúes, es importante conocer el perfil del individuo de riesgo, ya que su conocimiento nos puede ser útil para establecer los motivos que han provocado la situación actual y nos ayuda a averiguar sobre qué grupos poblacionales debemos actuar para modificar esta tendencia. La mayoría de autores de nuestro medio coinciden en que este perfil se correspondería con un HSH (homo o bisexual), de procedencia española (60–70%), con una edad media de unos 35 años, con estudios secundarios o superiores y con más de 5 parejas sexuales al año<sup>2,14</sup>. Es importante apuntar que un tercio de los casos se dan en pacientes de procedencia latinoamericana, muchos de estos vinculados a la prostitución.

En principio, la sífilis es el prototipo de enfermedad infecciosa que podría ser susceptible de erradicación, ya que el único huésped conocido es el ser humano. Aunque su diagnóstico clínico a veces puede resultar complejo, el diagnóstico serológico es económico y fácil de realizar y su tratamiento es sencillo y barato. Sin embargo, los datos desarrollados aquí y aportados por Repiso et al<sup>11</sup> permiten sospechar que, lejos de desaparecer, su incidencia va incrementándose de forma progresiva. El resurgir observado en la actualidad justificaría el diseño de actuaciones de salud pública que reconduzcan esta tendencia al alza. En este punto se ha de reflexionar sobre cuáles son las claves que pueden permitir diseñar unas medidas realmente eficaces. Como obviamente es difícil plantear unas estrategias que abarquen a toda la población, las medidas deben ir dirigidas a los individuos de alto riesgo, con campañas educacionales especialmente dirigidas a este colectivo y que incidan en las medidas preventivas, informando y promulgando el uso del preservativo, desmitificando los hábitos sexuales considerados erróneamente como seguros y alertando de las consecuencias de la combinación de drogas y/o alcohol con prácticas sexuales no seguras. Se han de buscar medios efectivos para hacer llegar esta información a los individuos de alto riesgo, bien mediante internet, conferencias, folletos informativos en lugares de ocio... Quizás la implicación en la divulgación de estos mensajes de personajes públicos conocidos y respetados por los HSH

podría ayudar a mejorar el impacto y la credibilidad de la información.

Una mención aparte la merecen los HSH asociados a la prostitución masculina, ya que existen una serie de factores que hacen a este grupo especialmente vulnerable dada su dificultad a los accesos sanitarios y sociales, la posible situación ilegal en el país, la carencia de información y, en muchas ocasiones, la dificultad de negociar sexo seguro con los clientes<sup>20</sup>. En este caso habría que realizar un esfuerzo para tratar de adaptar los mensajes de prevención a este colectivo teniendo en cuenta sus características específicas.

Otras posibles acciones serían la de intentar disminuir la carga de ITS en el grupo de mayor riesgo, para así evitar la transmisión. Algunos países, como Australia y EE.UU. han confeccionado protocolos que recomiendan un estudio anual en los HSH con pareja estable y con mayor frecuencia (6 meses) si realizan prácticas de riesgo, realizando un despistaje de VIH, sífilis, hepatitis A y B, gonorrea y clamidia<sup>21,22</sup>. Este protocolo evitaría la propagación inadvertida y el tratamiento adecuado de estas enfermedades en sus fases precoces, minimizando su progresión a estadios más avanzados.

Un punto importante en los programas tradicionales de control de la sífilis era la notificación a las parejas. La idiosincrasia de los contactos sexuales en los HSH dificulta este punto, bien por la realización de sexo anónimo o porque el número de parejas anuales es elevado.

En conclusión, el principal factor responsable del resurgir de la sífilis observado tanto en España como en el resto del mundo se encuentra asociado a los cambios en los hábitos sexuales de los HSH. Fundamentalmente ello se debe a un aumento en la práctica de sexo sin protección con parejas ocasionales. El reto actual para las autoridades sanitarias está en encontrar el modo de concienciar a esta población sobre el riesgo que conllevan estas actividades.

## Bibliografía

- Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/grupotrabajoits.pdf>.
- Díaz A, Junquera ML, Esteban V, Martínez B, Pueyo I, Suárez J, et al. HIV/STI co-infection among men who have sex with men in Spain. *Euro Surveill*. 2009;14. pii=19426.
- Jakopanec I, Grjibovski AM, Nilsen Ø, Aavitsland P. Syphilis epidemiology in Norway, 1992–2008: resurgence among men who have sex with men. *BMC Infect Dis*. 2010;10:105.
- Dupin N. Sexually transmitted infections in France in 2009. *Rev Prat*. 2010;60:520–5.
- Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sex Transm Infect*. 2010;86:6–14.
- Seña AC, Torrone EA, Leone PA, Foust E, Hightow-Weidman L. Endemic early syphilis among young newly diagnosed HIV-positive men in a southeastern US state. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22:955–63.
- Peterman TA, Furness BW. The resurgence of syphilis among men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis*. 2007;20:54–9.
- Couturier E, Michel A, Janier M, Dupin N, Semaille C. Syphilis surveillance in France 2000–2003. *Euro Surveill*. 2004;9:8–10.
- Righarts AA, Simms I, Wallace L, Solomou M, Fenton KA. Syphilis surveillance and epidemiology in the United Kingdom. *Euro Surveill*. 2004;9:21–5.
- Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis: United States 2003–2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55:269–73.
- Repiso B, Frieyro M, Rivas- Ruiz F, de Troya M. Uso de preservativo y número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con sífilis. *Actas dermosif*.
- Koss CA, Dunne EF, Warner L. A Systematic Review of Epidemiologic Studies Assessing Condom Use and Risk of Syphilis. *Sex Transm Dis*. 2009;36:401–5.
- Semple S, Patterson T, Grant I. Psychological characteristics and sexual risk behaviour of HIV+ men who have anonymous sex partners. *Psychology Health*. 2004;19:71–87.
- Folch C, Muñoz R, Zaragoza K, Casabona J. Sexual risk behavior and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Euro Surveill*. 2009;14. pii=19415.
- Garfalo R, Herrick A, Mustanski BS, Donenberg GR. Tip of the iceberg: young men who have sex with men, the Internet, and HIV risk. *Am J Public Health*. 2007;97:1113–7.
- Ogilvie GS, Taylor DL, Trussler T, Marchand R, Gilbert M, Moniruzzaman A, et al. Seeking sexual partners on the internet: a marker for risky sexual behaviour in men who have sex with men. *Can J Public Health*. 2008;99:185–8.
- Fernández-Dávila P. «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gac Sanit*. 2007;21:471–8.
- Centers for Disease Control Prevention (CDC). Transmission of primary and secondary syphilis by oral sex—Chicago, Illinois, 1998–2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53:966–8.
- Campbell MS, Gottlieb GS, Hawes SE, Nickle DC, Wong KG, Deng W, et al. HIV-1 superinfection in the antiretroviral therapy era: are seroconcordant sexual partners at risk? *PLoS One*. 2009;4:5690.
- Hurtado I, Alastrue I, García de Olalla P, Albiach D, Martín M, Perez-Hoyos S. Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *Gac Sanit*. 2010;24:78–80.
- Ryder N, Bourne C, Rohrsheim R. Clinical audit: adherence to sexually transmitted infection screening guidelines for men who have sex with men. *Int J STD AIDS*. 2005;16:446–9.
- Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;3:CD001230.