

Reactivación de la sífilis en Málaga

María V. Barrera, Ricardo J. Bosch, Matilde Mendiola, Marta Frieyro, Rosa Castillo, Almudena Fernández y Enrique Herrera

Servicio y Cátedra de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Facultad de Medicina. Málaga. España.

Resumen.—*Introducción.* En nuestro medio, la sífilis, aunque no ha dejado de presentarse en ningún momento, era realmente rara en los últimos años. Queremos, sin embargo, llamar la atención sobre su reciente reactivación con ciertas peculiaridades de presentación.

Pacientes y métodos. Se estudian las características de 12 casos de sífilis diagnosticados en nuestro servicio de dermatología entre junio y diciembre de 2004.

Resultados. De los 12 pacientes, con edades comprendidas entre los 20 y 48 años, sólo una era mujer, y seis eran homosexuales. Cinco de éstos y un heterosexual estaban, además, infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Tres pacientes fueron diagnosticados en el período primario, mientras que los otros nueve mostraban alteraciones propias del secundarismo, aunque cinco de ellos no tenían conciencia de haber tenido chancro ni adenopatías. La serología fue clave en el diagnóstico dada la gran variedad de manifestaciones clínicas y todos respondieron bien al tratamiento penicilínico.

Conclusión. Conviene realizar serología luética en pacientes con cuadros sospechosos de sífilis secundaria, especialmente en pacientes homosexuales y portadores de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana.

Palabras clave: sífilis, reactivación, homosexualidad, virus de la inmunodeficiencia humana.

REVIVAL OF SYPHILIS IN MALAGA

Abstract.—*Introduction.* In our milieu, syphilis has been truly rare in recent years, although it has never ceased to be present. However, we would like to draw attention to its recent revival, presenting with certain peculiarities.

Patients and methods. The characteristics of 12 cases of syphilis diagnosed in our dermatology department between June and December 2004 were studied.

Results. Only one of the 12 patients, whose ages ranged from 20 to 48, was female, and six were homosexual. Five of the latter and one heterosexual were also infected with the human immunodeficiency virus. Three patients were diagnosed in the primary stage, while the other nine showed alterations characteristic of the second stage, although five of them were not aware of having had chancres or adenopathies. Serology tests were key to the diagnosis, because of the great variety of clinical manifestations. All of the patients responded well to penicillin treatment.

Conclusion. Luetic serology should be performed in patients with symptoms that suggest secondary syphilis, especially in homosexuals and those who are HIV positive.

Key words: syphilis, revival, homosexuality, human immunodeficiency virus.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual con más de 500 años de historia. En el siglo pasado, tras la introducción del eficaz tratamiento penicilínico, en los países desarrollados se consiguió un dramático descenso en su incidencia a partir de la década de 1950¹. Los casos que se seguían diagnosticando desde entonces sufrieron un claro descenso en los últimos años de la centuria, posiblemente por las mayores precauciones que motivó la pandemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, recientemente viene detectándose en diferentes países europeos un incremento en el diagnóstico de la enfermedad, sobre todo en el colectivo de homosexuales²⁻⁴.

En nuestro medio se ha producido también esta reactivación. Como prueba, y para exponer algunas de sus características, aportamos 12 casos diagnosticados

en nuestro servicio entre los meses de junio a diciembre del año 2004.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han revisado los casos de sífilis atendidos en el servicio de dermatología del hospital clínico universitario Virgen de la Victoria de Málaga en un período de 7 meses (junio a diciembre de 2004). De cada paciente se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo, procedencia, conducta sexual, manifestaciones clínicas, serología para lúes y VIH, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de 12 casos de sífilis, cuyos datos se resumen en la tabla 1. Se trataba de 11 varones y una mujer, cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 48 años, con una edad media de 28,4 años. Dos de los pacientes eran extranjeros, un alemán y un holandés, y el resto españoles. Al preguntar por su

Correspondencia:

Ricardo J. Bosch. Cátedra de Dermatología. Facultad de Medicina. Bulevar Louis Pasteur, 32. 29071 Málaga. España. ricardobosch@aedv.es

Recibido el 4 de diciembre de 2005.

Aceptado el 17 de abril de 2006.

TABLA 1. DATOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS

Caso	Edad (años)	Sexo	VIH	Conducta sexual	Clínica
1	21	V	-	Heterosexual	Chancro en glande
2	34	V	+	Homosexual	Adenopatías inguinales bilaterales
3	48	V	+	Homosexual	Úlcera perianal
4	39	V	-	Heterosexual	Erupción papulosa con clavos con collarete en palmas y plantas
5	27	V	+	Homosexual	Exantema en tronco, palmas y plantas
6	22	V	-	Heterosexual	Exantema en tronco, palmas y plantas
7	33	V	-	Homosexual	Adenopatías generalizadas
8	21	V	+	Heterosexual	Condilomas planos
9	23	M	-	Heterosexual	Alopecia en claros
10	32	V	-	Homosexual	Exantema morbiliforme y caída de cabello
11	20	V	+	Homosexual	Exantema y alopecia en claros
12	21	V	+	Heterosexual	Erupción maculosa con afectación de palmas y plantas

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; V: varón; M: mujer.



Fig. 1.—Características lesiones palmares con collarete descamativo en el caso 4.



Fig. 2.—Lesiones papulosas en glande que desaparecieron con el tratamiento penicilínico, correspondientes a condilomas planos en el caso 8.

conducta sexual, 6 varones manifestaron ser homosexuales. En seis de los pacientes se detectó mediante pruebas sexológicas solicitadas tras la preceptiva autorización, infección por VIH, que en 2 casos no era conocida previamente.

En todos los casos se trataba de sífilis precoz. Tres pacientes fueron diagnosticados en estadio primario. Los tres eran en varones, con chancros en el glande en uno y en la zona perianal en otro, mientras que un tercero fue visto por persistencia de adenopatías inguinales bilaterales tras la curación espontánea reciente del chancro. Los otros 9 pacientes mostraron alteraciones de secundarismo luético, sin que en refirieran haber tenido ningún tipo de alteración que pudiera corresponder al período primario de la enfermedad en 5 casos. En éstos el motivo de consulta fue una erupción maculosa o papulosa en tronco, que en cuatro de los casos afectaba a palmas y plantas, con los característicos clavos sifilíticos con collarite descamativo de Biett en dos (fig. 1), y acompañado de una caída difusa de cabello en uno. Un paciente fue diagnosticado por mostrar serología luética altamente positiva y negatividad para VIH, tras consultar por adenopatías generalizadas persistentes que desaparecieron con el tratamiento penicilínico. La presencia de lesiones papulosas genitales compatibles con condilomas planos que desaparecieron con el tratamiento ocurrió en un caso (fig. 2), y en otros 2 pacientes fue decisiva para la sospecha clínica la existencia de una alopecia en claros.

En todos los casos el diagnóstico se basó en la positividad serológica tanto reagínica a títulos altos (VDRL y RPR), como treponémica (TPHA y FTA), y fueron tratados con penicilina benzatina con buena respuesta clínica y serológica tras un seguimiento mínimo de 6 meses.

DISCUSIÓN

En la última década la incidencia de la sífilis en Málaga venía experimentando un importante descenso, pasando según el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SVEA) de 102 casos declarados en 1994 (tasa de 8,79 casos/100.000 habitantes), a 19 casos en 2003 (tasa de 1,62 casos/100.000 habitantes) (fig. 3). Sin embargo, en 2004 se ha producido un claro aumento en el número de casos, que se han duplicado respecto al año anterior. También en el resto de Andalucía y de España, según los datos oficiales del boletín epidemiológico nacional del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha producido un resurgimiento importante en los últimos 2 o 3 años. Así, en España la sífilis ha pasado de 706 casos declarados en el año 2000 a 1.156 casos en 2004, con un gran aumento de la incidencia en varones (fig. 4). También en el resto de Europa se ha observado esta tendencia en la mayoría de los países, siendo especialmente acusado en Inglaterra, Francia, Holanda, Suecia, Alemania, Irlanda y Noruega⁵. Una posible explicación para este aumento reciente de casos de sífilis parece residir en una relajación en las medidas de protección por una cierta pérdida del temor a la infección por VIH. El control relativo de esta enfermedad conseguido combinando varios agentes antirretrovirales ha podido transmitir a ciertos ambientes la falsa impresión de que no se trata ya de una enfermedad tan trascendente.

Por otro lado conviene destacar ciertas características peculiares de este rebrote de sífilis, que se muestran claramente en el grupo de pacientes que aportamos y que coinciden, en general, con los datos procedentes de otras zonas. Así, llama la atención la frecuente coexistencia de sífilis e infección por VIH, que en nuestros casos ocurrió en la mitad de ellos. La unión entre ambos procesos proviene fundamentalmente del hecho de compartir el mismo mecanismo de transmisión, y la coincidencia de factores epidemiológicos de riesgo tales como promiscuidad y ejercicio o consumo de prostitución^{1,6}. Se ha especulado sobre si la presencia de una de sífilis facilita el contagio por la presencia de puertas de entrada, o la infección por VIH facilita su progresión por fallo en la inmunidad, aunque no existen pruebas concluyentes. Lo que sí está estadísticamente comprobado es la existencia de un riesgo real de aumento significativo de infección por VIH entre los infectados de sífilis⁷. La detección rápida y tratamiento de los casos de sífilis puede ser un factor clave del éxito de los diferentes gobiernos para reducir nuevos casos de infección por VIH.

El claro predominio en varones en nuestra serie, 11 de los 12 casos, se constata también en otros países europeos, y parece estar en relación con la elevada prevalencia de la enfermedad entre homosexuales, lo que contribuye también a la alta frecuencia de coinfección por VIH⁸.

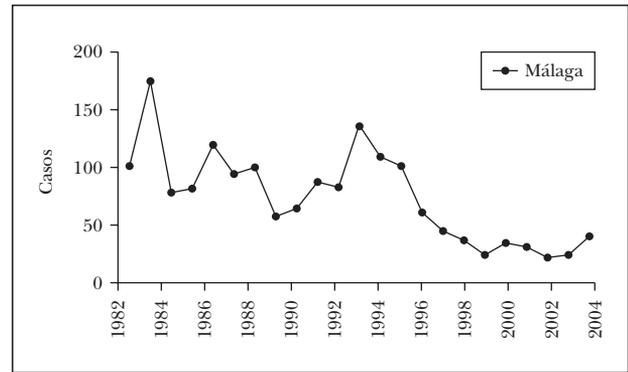


Fig. 3.—Evolución anual de casos de sífilis en Málaga. Período 1982-2004.

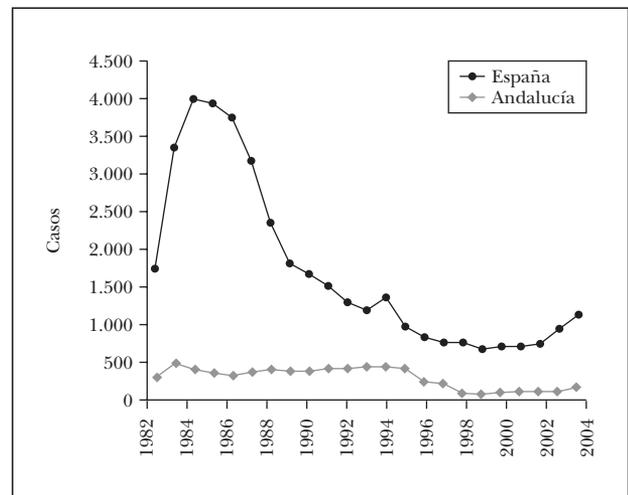


Fig. 4.—Evolución anual de casos de sífilis en España y Andalucía. Período 1982-2004.

El aumento de la tasa de incidencia de sífilis parece indicar, pues, cambios en la conducta sexual de la población, especialmente entre homosexuales^{9,10}. Se han indicado también como posibles causas los cambios en la composición de la población, con un aumento de inmigrantes procedentes de países con tasas de infecciones de transmisión sexual mucho más altas que las de nuestro país¹¹, y modificaciones en la política sanitaria y en la formación de los profesionales que pueden incidir en la eficacia de las distintas intervenciones sanitarias¹.

Desde el punto de vista clínico dos aspectos nos parecen dignos de resaltar. La frecuente ausencia, al menos aparentemente, de las manifestaciones propias del período primario, para la que no encontramos una explicación totalmente satisfactoria. Quizás influyan las localizaciones atípicas que pueden presentarse más a menudo entre homosexuales, o que el uso indiscriminado de antibióticos aborta estas manifestaciones sin llegar a resolver la infección. Por otro lado y, aunque ya

es conocida, nos parece importante destacar la gran variedad de cuadros clínicos que se han presentado. La sífilis es la «gran simuladora». Es preciso pensar en ella, y volver a incluir a la serología luética como una prueba casi de rutina ante prácticamente cualquier erupción cutaneomucosa, especialmente en pacientes de riesgo.

Por último cabe indicar que este preocupante aumento de la sífilis debe despertar una respuesta médico-sanitaria que consiga su control. Por un lado es conveniente incidir en la adecuada formación venereológica de los médicos generales y por supuesto de los dermatólogos. Además en la salud pública deben crearse las estructuras sanitarias adecuadas¹², donde los especialistas implicados en el tema puedan atender a los pacientes con rapidez y eficacia, y tomar las medidas correctas para frenar estos brotes.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Ibarra V, Oteo JA. ¿Otra vez la sífilis? *Med Clin (Barc)*. 2003;120:295-6.
- Doherty L, Fenton KA, Jones J, et al. Syphilis: old problem, new strategy. *BMJ*. 2002;325:153-6.
- Marcus U, Bremer V, Hamouda O. Syphilis surveillance and trends of the syphilis epidemic in Germany since the mid-90s. *Euro Surveill* 2004;9(12). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n12/0912-225.asp>
- Cusini M, Ghislanzoni M, Bernardi C, et al. Syphilis outbreak in Milan, Italy. *Sex Transm Infect*. 2004;80:154.
- Nicoll A, Hamers F. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ*. 2002;324:1324-7.
- Bosch RJ, González S, Herrera E. Enfermedades de transmisión sexual en pacientes con infección VIH. *Enf Trans Sex*. 1992;6:207-11.
- Wheater CP, Cook PA, Clark P, Syed Q, Bellis MA. Re-emerging syphilis: a detrended correspondence analysis of the behaviour of HIV positive and negative gay men. *BMC Public Health*. 2003;3:34.
- Sasse A, Defraye A, Ducoffre G. Recent syphilis trends in Belgium and enhancement of STI surveillance systems. *Euro Surveill*. 2004;9(12). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n12/0912-223.asp>
- Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton L, Mandal M. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sex Transm Infect*. 2003;79:291-3.
- Hopkins S, Lyons F, Mulcahy F, Bergin C. The great pretender returns to Dublin, Ireland. *Sex Transm Infect*. 2001;77:316-8.
- De Prada MA, Actis W, Pereda C. Panorámica de la inmigración en España. En: *Prevención del VIH en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001; p. 19-25.
- Fenton KA, Nicoll A, Kinghorn G. Resurgence of syphilis in England: time for more radical and nationally coordinated approaches. *Sex Transm Infect*. 2001;77:309-10.