

# Manifestaciones dermatológicas de la sífilis

Nancy Forero-Laguado \*  
María Juliana Peña-García \*\*

## Resumen

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Aproximadamente se presentan 10.6 millones de nuevos casos por año a nivel mundial y en nuestro país 32 casos por cada 100 000 personas. La infección se clasifica en sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria. La sífilis primaria se caracteriza por una úlcera indolora y dura (chancro), que aparece en genitales o en cualquier otra área de contacto, con resolución de dos a seis semanas con o sin tratamiento. La sífilis secundaria se manifiesta de seis semanas a seis meses después de la resolución del chancro primario; esta fase se presenta con varias manifestaciones sistémicas y dermatológicas tales como: el clásico exantema maculopapular en palmas y plantas, la alopecia en parches, los parches mucosos y el condiloma lata. La sífilis latente se define como el periodo después de la infección del *T. pallidum* en los pacientes seroreactivos, en ausencia de manifestaciones clínicas. Y la sífilis terciaria, la cual puede presentarse como neurosífilis (paresia, tabes dorsal), sífilis cardiovascular (aneurisma aórtico) o goma (infiltrado de monocitos y destrucción tisular en cualquier órgano). Para su diagnóstico se usan inicialmente pruebas no treponémicas como el VDRL y el RPR, pero al ser inespecíficas pueden generar falsos positivos con diversas enfermedades agudas o crónicas, por esta razón se confirman con pruebas treponémicas como el FTA-ABS y la MHA-TP. El manejo es principalmente con Penicilina, en casos de alergia se usa tetraciclina o doxiciclina, y ceftriaxona en casos de neurosífilis. El objetivo de este artículo es el enfoque en otros hallazgos dermatológicos diferentes al chancro sífilítico o a las úlceras que caracterizan la patología; se hace énfasis en mostrar cómo estos hallazgos, en ocasiones sutiles, pueden llevar al diagnóstico de las etapas avanzadas y que con mucha frecuencia se confunden con otras dermatosis o enfermedades sistémicas, proporcionando manejos erróneos que conllevan a la progresión de la verdadera enfermedad. De igual forma, se hace una revisión acerca de la actualidad sobre los últimos hallazgos en el diagnóstico y tratamiento, así como el panorama de la enfermedad en nuestro país. (MÉD. UIS. 2011;24(2):203-13).

**Palabras clave:** Sífilis cutánea. Sífilis latente. *Treponema pallidum*. Serodiagnóstico de la sífilis.

## SUMMARY

### Dermatologic manifestations of syphilis

Syphilis is a sexual transmitted disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*. Approximately 10.6 millions of new cases a year appeared worldwide and in our country 32 cases every 100 000 people. The infection is classified as primary, secondary, latent and tertiary Syphilis. Primary syphilis is characterized by painless and hard ulcer (chancro) that appears in genitals or any other contact area with a resolution from two to six weeks with or without treatment. Secondary syphilis is manifested from six weeks to six months after the resolution of primary chancro; this stage appeared with several systemic and dermatologic manifestations such as the typical maculopapular rash in palms and soles, alopecia in patches, mucous patches and condyloma latum. Latent syphilis is defined as the period after *T. pallidum* infection in seroreactive patients, in absence of clinical manifestations. And tertiary syphilis which may be presented as neurosyphilis, (paresis, tabes dorsalis), cardiovascular syphilis (aortic aneurysm) or gumma (monocytes infiltration and tissue destruction on any organ). Initially nontreponemal tests like the VDRL and the RPR are used for its diagnosis but when they are not specific, they may generate false positive reactions with several acute and chronic diseases, for that reason, they are confirmed with treponemal tests like the FTA-ABS and the MHA-TP. The treatment is with penicillin, principally, or doxycycline and tetracycline in allergic cases, and ceftriaxone in neurosyphilis cases. The objective of this article is the approach in others dermatologic findings different to the syphilitic chancro, or the ulcer that is typical of the pathology; emphasis is placed on show how these findings, in some cases subtle, can lead the diagnosis of the advanced stages and with frequency are confused with other dermatosis or systemic diseases, giving mishandling that lead to the progression of the real problem. Similarly is reviewed about the update in diagnosis and treatment, as well as the outlook of the disease in our country. (MÉD. UIS. 2011;24(2):203-13).

**Key words:** Syphilis cutaneous. Latent syphilis. *Treponema pallidum*. Syphilis serodiagnosis.

\*MD cirujano. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander.

\*\*MD. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Santander.

Correspondencia: Dra. Nancy Forero Laguado. Dirección: calle 103 N 14-14 Torre A apartamento 1303. Coavicons, Bucaramanga, Colombia. Teléfono: 6370383. e-mail: nancyfolaguado@hotmail.com.

Artículo recibido el 2 de Abril de 2011 y aceptado para publicación el 17 de Agosto de 2011.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis, como otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se ha convertido en una preocupación de salud pública, debido a un aumento cada vez mayor en la población sin hacer distinción de la edad en que se adquiere. Recientes estudios realizados en Colombia muestran que se han incrementado las cifras de sífilis en cerca de 32 nuevos casos por cada 100 000 personas, siendo los más afectados entre los 15 y 24 años de edad.

Cuando esta enfermedad se presenta en la etapa inicial, sobre todo en hombres, no es difícil diagnosticarla, contrario sucede en mujeres y en hombres homosexuales, cuyas lesiones pueden estar en la vagina y cérvix o en canal anal, respectivamente, al no ser evidentes, se genera progresión de la enfermedad a su etapa secundaria sin recibir tratamiento.

## DEFINICIÓN

La sífilis es una ITS crónica e indolente, contagiosa, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual se caracteriza por afectar múltiples sistemas incluyendo piel, mucosas y anexos cutáneos.

A menudo a esta enfermedad se le ha llamado “la gran simuladora”, debido a que su estadio secundario se asocia a un amplio espectro de manifestaciones clínicas dificultando su diagnóstico y tratamiento oportuno<sup>1</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

En 1999, el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones<sup>2</sup>; en Estados Unidos, antes del año 2000, la población afectada era principalmente hombres homosexuales o consumidores de drogas endovenosas, pero recientes estudios entre el 2002 y 2007 han demostrado un incremento en hombres heterosexuales.

El 81% de las mujeres fueron detectadas en etapa secundaria, al igual que el 78% de los hombres homosexuales, en contraste con el 57% de hombres heterosexuales que se encontraron en etapa primaria; las edades promedio están de 20 a 29 años en mujeres y en los hombres hay dos

pícos, entre 25 a 29 años y 35 a 44 años<sup>3,4</sup>.

En América Latina y el Caribe, se presentaron tres millones de casos nuevos; en Centroamérica, en el año 2003, la prevalencia de sífilis en hombres homosexuales fue del 5% y en trabajadoras sexuales del 6,8% en Honduras, un 13,3% en hombres homosexuales en Guatemala y en trabajadoras sexuales en El Salvador en un 15,3%. En consumidores de drogas en Argentina y Uruguay se estimó una prevalencia de sífilis del 4,2% y 4,1% respectivamente.

Según datos de los Servicios de Laboratorio y Sangre de la OPS, durante el año 2003, el 0,16% del total de la sangre transfundida en Latinoamérica no fue tamizada para sífilis. La prevalencia de sífilis en la población donante fue de 1,31%<sup>5</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año ocurre en el mundo más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en hombres y mujeres entre 15 y 49 años, la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida de África subsahariana y por América latina y el Caribe<sup>6</sup>. Según esta organización, en la actualidad aproximadamente 10,6 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en todo el mundo<sup>7</sup>.

En Colombia, el plan nacional de salud del 2010 mostró que la sífilis gestacional aumentó de 1,3 por 1000 nacidos vivos en el 2003 a 5,4 en el 2008 y sífilis congénita de 0,9 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 2,6 en el 2008<sup>8</sup>. Según un estudio realizado en Cali en el 2010, la incidencia anual de sífilis en la última década ha sido alrededor de 32 casos por cada 100 000 personas.

Entre 1,2 a 6,8% de los 23 190 hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad sexualmente activos, de diferentes barrios desfavorecidos socioeconómicamente en Cali, tenían valores de RPR en suero  $\geq 1:8$ . En el mismo estudio, el 13,8% de los hombres homosexuales, el 28,8% de las trabajadoras sexuales y el 39,2% de los transexuales en Cali también se encontraron seropositivos para la sífilis<sup>7</sup>.

## FISIOPATOLOGÍA

Como se comentó inicialmente, la sífilis es una

infección crónica de transmisión sexual causada por la bacteria *T. Pallidum*. Esta espiroqueta tiene un genoma inusualmente pequeño y carece de genes que codifican las funciones metabólicas y factores de virulencia clásicos<sup>9</sup>.

El microorganismo es muy sensible a las condiciones ambientales, sin embargo, es altamente infeccioso, sobreviviendo por décadas en el huésped sin tratamiento. En la sífilis temprana, las lesiones resultan de la respuesta inmune del huésped a los treponemas; la eliminación de la bacteria y la resolución de las lesiones tempranas son una respuesta de hipersensibilidad retardada, aunque algunos organismos escapan de esta, causando una infección persistente.

Un factor que contribuye a la cronicidad del *T. pallidum* es la escasez de proteínas de la membrana externa integral, haciendo que los organismos intactos sean virtualmente invisibles para el sistema inmunológico<sup>9</sup>.

El *T. pallidum* penetra en una amplia variedad de sitios anatómicos, incluyendo el sistema nervioso central, ojo, y la placenta, tejidos que cuentan con sistemas inmunes privilegiados. Los organismos sobreviven en estos tejidos, replicándose poco a poco y diseminándose a otros lugares.

Esta espiroqueta puede aprovechar su metabolismo lento para sobrevivir en los tejidos mediante el mantenimiento de la infección con muy pocos organismos en sitios anatómicos distantes el uno del otro, evitando su eliminación por no alertar la respuesta inmune del huésped, pasando meses o años en un ambiente de reposo, con los microorganismos dividiéndose muy lentamente<sup>10</sup>.

De hecho, es muy probable que el *T. pallidum* se someta a una tasa aún más baja de división durante la etapa latente, como la sífilis latente tardía, y empiece a dividirse a un ritmo mayor en ciertas zonas anatómicas en un pequeño porcentaje de individuos, lo que lleva a la sífilis sintomática tardía<sup>11</sup>.

### **ETAPAS DE PRESENTACIÓN DE LA SÍFILIS**

La sífilis se puede clasificar en sífilis temprana, comprendiendo los estadios de sífilis primaria, secundaria y latente temprana, las cuales ocurren en el primer año después de la infección. Por otro lado, con el nombre de sífilis tardía se hace referencia a la sífilis terciaria y latente tardía, que

suceden después del primer año de infección<sup>1,12</sup>.

## **SÍFILIS TEMPRANA**

### **Sífilis primaria**

El sitio de inoculación de la bacteria aparece inicialmente como una pápula indurada, que luego forma una úlcera indolora, de fondo limpio, bordes levantados y generalmente única, aunque puede ser múltiple en el 25% de pacientes inmunocompetentes y hasta un 70% en los pacientes inmunosuprimidos. Esta úlcera es también llamada “chancro”, en la cual se encuentran abundantes treponemas y por lo cual es posible realizar un diagnóstico microscópico de campo oscuro de un frotis de su fondo<sup>1</sup>. Puede presentarse dolor en un tercio de los pacientes, ya sea por sobreinfección bacteriana o en determinadas localizaciones como lengua y ano<sup>9</sup>. Las lesiones se ubican con mayor frecuencia en el glande, pene (ver figura 1), cuello uterino, vagina, canal anal, recto, boca y labios.

En mujeres y hombres homosexuales, es habitual que el chancro pase desapercibido debido a localizaciones no accesibles. Estas lesiones están asociadas a linfadenopatías indoloras, cauchosas, uni o bilaterales, que aparecen de 7 a 10 días después del chancro, pero en cerca del 30% de los pacientes pueden no aparecer<sup>9</sup>. Las úlceras son autolimitadas y desaparecen alrededor de la segunda semana con tratamiento y de tres a seis semanas sin tratamiento, desapareciendo sin lesión residual. La serología inicialmente es negativa, ya que no se han formado anticuerpos, tornándose positiva solo después de la octava semana de infección<sup>13,14</sup>.

Diagnóstico diferencial: además de la sífilis primaria, también se pueden presentar ulceraciones genitales por infección con virus del *Herpes simple*, *Haemophilus ducreyi* (chancroide), *Chlamydia trachomatis* serotipos L1, L2, L3 (linfogramuloma venéreo) y *Calymmatobacterium granulomatis* (Donovanosis, Granuloma inguinal)<sup>13</sup>.

### **Sífilis secundaria**

Se presenta entre la sexta semana y los seis meses posteriores a la inoculación. Después de la lesión primaria o chancro, la infección presenta diseminación hematogena con erupciones en piel y mucosas, acompañadas de síntomas constitucionales como febrícula, malestar



Figura 1. Úlcera de bordes levantados, fondo limpio en dorso de pene. (Tomado de Barrera E. Enfermedades ulcerativas de genitales. Hospital San Jose Tec de Monterrey. Mexico. 2003)<sup>14</sup>

general, cefalea, faringitis, anorexia, astenia, adinamia, artralgias, mialgias y linfadenopatías generalizadas. Se han reportado pacientes con sífilis secundaria sin historia de chancro, esto debido a que esta lesión pudo estar ubicada en sitios poco notorios.

Esta fase puede en ocasiones desarrollarse aún cuando el chancro está presente, principalmente en pacientes con VIH<sup>1,13</sup>.

La sífilis secundaria presenta múltiples manifestaciones dermatológicas, tales como: Rash o erupciones redondas maculopapulares (50% a 70%), papular (12%), macular (10%) y anular papular (6% a 14%), inicialmente bilaterales y simétricas, de color rojo pálido a rosa en pacientes de piel clara y color pardo en personas de piel oscura, con medidas entre 5 a 10 mm de diámetro<sup>9</sup>.

Se localizan en tronco y extremidades proximales, posteriormente se presentan lesiones eritematosas papulares de 3 a 10 mm que a menudo se necrosan. Estas se distribuyen en palmas de manos y plantas de los pies (ver figura 2)<sup>13,15</sup>.

Diagnóstico diferencial: pitiriasis rosada, eritema multiforme, enfermedades eruptivas virales, erupciones medicamentosas, linfoma, síndrome mononucleótico de diversas etiologías, lupus eritematoso sistémico y dermatofitosis<sup>16</sup>.



Figura 2. Rash maculopapular en palmas de manos. (Tomado de Tillet B, Macaluso J. Medicina Interna. Ateneo Hospital Pintos de Azul. Presentación de caso clínico. Varón de 39 años con fiebre y rash cutáneo. Argentina. 29 de julio 2010). 15

b) Parches mucosos: en el 10 al 15% de los pacientes con sífilis secundaria se presentan erosiones superficiales secas, de color gris plata con areola roja, en la mucosa del paladar, lengua (ver figura 3), faringe, laringe, glánde del pene, vulva, canal anal y recto, las cuales no son pruriginosas; sin embargo, son altamente infectantes por su alto contenido de treponemas<sup>13</sup>.



Figura 3. Parches mucosos en lengua. (Tomado de White G. Atlas Levene de Dermatología. Tercera Edición. 2006)<sup>18</sup>.

Diagnóstico diferencial: leucoplaquia, lupus eritematoso discoide, liquen plano reticular, candidiasis pseudomembranosa aguda, glositis, nevus blanco esponjoso<sup>17,18</sup>.

c) Condiloma lata: en el 10% de los pacientes se presentan lesiones elevadas de color blanco o gris, en áreas cálidas y húmedas como genitales, región perianal, periné (ver Figura 4) y zonas intertriginosas de pliegues glúteos, pliegues nasolabiales, axilas, interdigitales de los pies y bajo



Figura 4. Condiloma lata en área perineal de paciente masculino de 16 años. (Tomado de Pérez S. Novales J. Moreno G. Secundarismo sífilítico en pacientes inmunocompetentes, comunicación de dos casos. Revista del Centro Dermatológico Pascua)<sup>20</sup>.

las mamas. Estas lesiones luego se hipertrofian ormando unas placas condilomatosas que aparecen en el perineo, o alrededor del ano antes o poco después de las lesiones generalizadas<sup>12,19,20</sup>.

Diagnóstico diferencial: condiloma acuminado por virus del papiloma humano, liquen plano, balanitis, vulvitis, granuloma anular, molusco contagioso anogenital, papilomatosis vulvar vestibular, papiloma escamoso y xantoma verruciforme<sup>17</sup>.

d.) Alopecia en parches: se desarrollan pequeñas pápulas foliculares sífiloides en los folículos del cuero cabelludo, lo cual provoca alopecia en parches o en aspecto apolillado (ver Figura 5). Esto también puede presentarse en las cejas y barba, usualmente reversible con el tratamiento<sup>12</sup>.

Diagnóstico diferencial: tricotilomanía, hipotiroidismo, infección grave bacteriana o fúngica, esclerodermia, calvicie androgénica, alopecia areata y alopecia inducida por fármacos<sup>17</sup>.

e.) Otras manifestaciones

Linfadenopatías: la mayoría de los pacientes presentan nódulos palpables en la región cervical posterior, axilas, región inguinal, femoral y principalmente en el nodo epitrocLEAR, lo cual es sugestivo de sífilis secundaria<sup>19</sup>.

Hígado: se caracteriza por la elevación de los niveles de fosfatasa alcalina, a menudo con niveles normales o levemente anormales de las



Figura 5. Alopecia en parches o de aspecto apolillado. (Tomado de Cherneskie T, Augenbraun M, Blank S, Dunn A, FriedenberG E, Hermoso A, et al. Revisión y Actualización del Diagnóstico y Manejo de la Infección por Sífilis)<sup>12</sup>.

transaminasas<sup>21</sup>.

Gastrointestinales: el colon y recto pueden infiltrarse o ulcerarse progresivamente, generando una colitis ulcerosa que tiende a diagnosticarse erróneamente como linfoma<sup>21</sup>.

Musculoesqueléticas: puede presentarse sinovitis, osteítis y periostitis que usualmente se resuelven después del tratamiento<sup>21</sup>.

Renales: se puede afectar por depósitos de inmunocomplejos, generando glomerulonefritis o síndrome nefrótico<sup>21</sup>.

Neurológicas: del 1 a 2% de los pacientes con sífilis secundaria presentan síntomas o signos de afectación del sistema nervioso central, incluyendo meningismo, meningitis, cefaleas y cambios en el estado de conciencia, anormalidades en pares craneanos tales como sordera, accidentes cerebrovasculares, o signos medulares como hormigueo, debilidad e hiporreflexia<sup>19</sup>.

Oftalmológicas: en un 5 a 10% desarrollan iritis, uveítis anterior, posterior o panuveítis y con frecuencia granulomatosis. El 1 y 2% presentan parálisis ocular, nistagmo y oftalmoplejía. Otras manifestaciones incluyen necrosis retiniana y neuritis óptica<sup>13</sup>.

Es importante resaltar que los síntomas de la sífilis secundaria pueden persistir por semanas o meses antes de que remitan espontáneamente e incluso sin tratamiento. Sin embargo, es posible

que los síntomas reaparezcan durante el primer año de infección. La respuesta inmunológica del paciente controla la infección lo suficiente como para eliminar los signos y síntomas, aunque esto no erradica la infección completamente, lo que resulta es un estadio de infección latente<sup>13</sup>.

### **SÍFILIS LATENTE**

Resulta tras la involución de las lesiones de sífilis secundaria. Si esto ocurre cuando ha transcurrido menos de un año de la infección, se le llama latente temprana, la cual puede ser contagiosa y presentarse con recaídas. Se define como una serología reactiva en ausencia de enfermedad clínica, en compañía de cualquiera de los siguientes hallazgos en los últimos 12 meses: a.) historia de síntomas de sífilis primaria o secundaria; b.) conversión serológica; c.) un incremento de dos diluciones (cuatro veces) en el título no treponémico de una persona que previamente recibió tratamiento adecuado para una infección por sífilis; d.) exposición a un caso infeccioso de sífilis y e.) la única posible exposición ocurrió durante los últimos 12 meses<sup>12</sup>. Si por el contrario, la etapa latente se presenta después de un año de la infección, se le considera latente tardía, la cual se presenta como enfermedad inflamatoria poco progresiva capaz de afectar cualquier órgano y que por lo general es no contagiosa. El 60 a 70% de los pacientes no tratados permanecen en esta etapa durante toda su vida, la cual se define como un período asintomático solo detectable mediante pruebas serológicas positivas para sífilis y presenta los mismos hallazgos descritos para la fase latente temprana, con la diferencia en el tiempo de duración mayor a un año. En la mayoría de los pacientes es difícil determinar el tiempo de evolución de la enfermedad por lo que se considera sífilis latente indeterminada o de duración desconocida<sup>13</sup>.

### **SÍFILIS TARDÍA**

#### **SÍFILIS TERCIARIA**

Se desarrolla luego de 3 a 20 años de la infección, en pacientes que no han recibido tratamiento en etapas previas y por lo tanto es de presentación poco frecuente<sup>14</sup>. En esta fase de la enfermedad se presentan diversas manifestaciones, tales como:

Gomas: son lesiones granulomatosas que pueden ser múltiples o difusas, aunque por lo general se presentan solitarias. Estas varían de tamaño, desde lesiones microscópicas hasta alcanzar 10 cm de diámetro. Se localizan en cara, mucosas, boca, tracto respiratorio superior, tronco (ver figura 6) y otros órganos como el sistema nervioso central, periostio y el miocardio. Las gomas son lesiones cutáneas policíclicas o serpentinales, induradas, indoloras, nodulares, papuloescamosas, con posterior erosión, lo cual genera ulceraciones en incluso perforaciones óseas (ver figura 7). Estas lesiones pueden tener una cantidad escasa de espiroquetas e incluso en algunos casos ausentes<sup>13</sup>.

Diagnóstico diferencial: goma tuberculosa, tumores benignos o malignos, gomas micóticas, procesos leproso, tuberculosis verrugosa, neoplasias, piodermis vegetante, sarcoidosis o colagenopatías<sup>18</sup>.

Sífilis cardiovascular: la aortitis sífilítica se inicia por invasión de la pared arterial por la espiroqueta, localizándose en la vasa vasorum, produciendo una endarteritis en la primera porción del arco aórtico, trayendo como consecuencia dilataciones difusas de la aorta que terminarán en aneurismas saculares<sup>23</sup>. Estas dilataciones en las zonas adyacentes a las válvulas conllevan a insuficiencia aórtica. Si la inflamación llega al ostium coronario, produce isquemia miocárdica e infartos.

El aneurisma puede generar compromiso de estructuras mediastinales por compresión, entre ellas el esófago, la tráquea, los bronquios y nervios. Puede evidenciarse una masa pulsátil, que no diseca, pero sí puede romperse<sup>13</sup>.

Neurosífilis: se presentan manifestaciones de tipo oftalmológico, cambios de personalidad, confusiones, vértigo y convulsiones de tipo focal o generalizado.

Los hallazgos son diversos e incluyen: cambios en los reflejos, alteraciones en las pupilas, anomalías en la sensibilidad, coriorretinitis, retinitis pigmentosa, ptosis palpebral, atrofia óptica, signo de Babinski y tabes dorsal por degeneración de las raíces nerviosas de la columna posterior, ganglios espinales, craneanos y nervios periféricos<sup>13</sup>.

La sífilis neurovascular se manifiesta en



Figura 6. Goma policíclica en pared anterior de abdomen. (Tomado de White G. Atlas Levene de Dermatología. Tercera Edición. 2006)18

los primeros cuatro años posteriores a la infección. Se presenta como una meningitis aséptica, con cefalea, irritabilidad y fatiga mental; con compromiso ocular, irregularidad pupilar, ptosis, neuritis óptica, alteración de la conducta, convulsiones y compromiso del estado de conciencia. En casos graves también hay compromiso de la circulación cerebral por oclusión vascular<sup>13</sup>.

#### OTROS SISTEMAS AFECTADOS

Urinario: la nefritis hemorrágica es indistinguible de la originada por una glomerulonefritis postestreptocócica, que puede progresar a hiperazoemia y muerte. Alteraciones en la vejiga como: gomas o vejiga neurogénica por efecto secundario de la neurosífilis<sup>23</sup>.

Osteoarticular: artritis supurativa, hidrartrosis, sinovitis simétrica o de Clutton, sinovitis gomatosas o condroartritis ulcerativa o de Von Gie<sup>23</sup>.

Muscular: miositis de los gastrocnemios y el músculo esternocleidomastoideo, con vasculitis asociada<sup>23</sup>.

### DIAGNÓSTICO

#### MICROSCOPIA DE CAMPO OSCURO

Es un método directo y rápido pero requiere de experiencia y equipos adecuados<sup>14</sup>. En ella se visualiza directamente los treponemas móviles en forma de espiral, de lesiones infecciosas tales como: sífilis primaria (chancro), sífilis secundaria (condilomas y otras formas cutáneas) y lesiones tempranas de sífilis congénita<sup>11</sup>. La microscopía de campo oscuro es en realidad la única prueba que específicamente establece el diagnóstico



Figura 7. Perforación del cartilago nasal y piel por goma. (Tomado de Sifilius-Lues. Sfatulmedicucui.ro. Septiembre 2009 Disponible en: [http://www.sfatulmedicului.ro/galerii-foto/sifilisul-lues\\_28722](http://www.sfatulmedicului.ro/galerii-foto/sifilisul-lues_28722).

de la sífilis. Usando este método, un técnico bien capacitado puede hacer un diagnóstico correcto en el 100% de los casos no tratados de sífilis primaria<sup>19</sup>; no obstante, al ser operador dependiente, la sensibilidad puede variar de un 30 a 80%<sup>11</sup>. Desventajas: no se recomienda para lesiones orales debido a problemas de especificidad con espiroquetas no patógenas de la cavidad oral. Deben leerse inmediatamente pues es importante identificar la motilidad. Los resultados falsos negativos aumentan con el uso de sustancias tóxicas como jabón y agua, y la sensibilidad disminuye a medida que la lesión cura<sup>12</sup>.

#### PRUEBA DE ANTICUERPOS FLUORESCENTES

Esta técnica tiene la ventaja de permitir la identificación del organismo cuando el frotis no puede ser examinado de inmediato. *El Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* recomienda el uso de anticuerpos monoclonales al ser específicos para antígenos de *T. pallidum*, por lo que se evita falsos positivos con otras espiroquetas<sup>12</sup>.

Utiliza un anticuerpo antitreponémico policlonal conjugado, marcado con fluoresceína. Para esta prueba es necesario usar microscopio de fluorescencia y disponer de un técnico capacitado con experiencia; además, no se tiene fácil acceso a ella<sup>13</sup>.

#### PRUEBAS SEROLÓGICAS

##### Pruebas no treponémicas

Consisten en la detección de anticuerpos

de reagina, contra el antígeno cardiolipina-colesterol-lectina. Miden los anticuerpos IgG e IgM y se utilizan como prueba de tamizaje para sífilis debido a que tienen alta sensibilidad. Las pruebas positivas se reportan como un título de anticuerpos y pueden emplearse para el seguimiento de la respuesta al tratamiento<sup>13</sup>. Ellas son: VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y RPR (*Rapid Plasma Reagin*). Son positivas entre los 10 y 20 días luego de la aparición del chancro. En nuestro medio, las pruebas VDRL o RPR con títulos de dilución de 1:8 o mayor son diagnósticas de la enfermedad. Los títulos menores pueden ser falsos positivos producidos por enfermedades infecciosas como pinta, lepra, leptospirosis, leishmaniasis, malaria, brucelosis, tuberculosis, endocarditis bacteriana, mononucleosis, infección por virus de inmunodeficiencia humana y otras virosis, enfermedades autoinmunes, cánceres, estados posvacunales o por el embarazo. También se presentan falsos negativos, cuya primera causa corresponde a la falta de anticuerpos diagnósticos en estadios tempranos de la infección; el 20 a 30% de los pacientes que se presentan con un chancro aún no han desarrollado una prueba de serología reactiva para sífilis<sup>13</sup>.

La segunda razón es el efecto de prozone que ocurre en 1 a 2% de pacientes con sífilis secundaria principalmente; es la ausencia de reacción debido a exceso de anticuerpos, bloqueando la reacción normal antígeno-anticuerpo y puede ocurrir durante la infección primaria tardía o la infección secundaria. Si hay sospecha clínica de infección secundaria, el laboratorio deberá diluir el suero por lo menos a la dilución de 1/16 para descartar el fenómeno prozona<sup>12</sup>.

Un descenso no significativo de los títulos o un nuevo ascenso después del tratamiento, hace sospechar fracaso terapéutico o reinfección<sup>11</sup>. Ambas pruebas son reactivas en casi todos los pacientes con sífilis secundaria y latente (> 98%), y son menos sensibles en los pacientes con sífilis primaria; los títulos se reactivan en sólo 80 a 86% de los pacientes<sup>19</sup>. Según estudios del CDC, se reporta que el VDRL presenta una sensibilidad en la sífilis primaria del 78%, en la secundaria de 100%, en la latente de 95%, en la tardía de 71% y la especificidad es del 98%. El RPR presenta una sensibilidad en la sífilis primaria de 86%, en la secundaria de 100%, en la latente de 98%, en

la tardía de 73% y su especificidad es del 98%<sup>1</sup>.

### Pruebas treponémicas

Son más complejas y suelen utilizarse como pruebas confirmatorias cuando la prueba no treponémica es reactiva. Los ensayos utilizan antígenos de *T. pallidum* de la cepa *Nichols* y se basan en la detección de anticuerpos dirigidos contra los componentes celulares treponémicos. Estas son: la de absorción de anticuerpos fluorescentes treponémicos (FTA-ABS), la de microhemaglutinación de anticuerpos contra *T. pallidum* (MHA-TP) y el ensayo de aglutinación de partículas del *T. pallidum* (TPPA), las cuales se positivizan más precozmente (7 a 10 días), son más específicas, tienen menor frecuencia de falsos positivos y son más perdurables<sup>12</sup>. Estas pruebas confirman el diagnóstico de la sífilis pero no indican si la enfermedad está activa o curada; a menudo siguen siendo reactivos por años después del tratamiento primario y la serología de sífilis será positiva en la mayoría pero no en todos los casos de la sífilis primaria. Por lo tanto, si la serología es negativa en un paciente con sospecha de sífilis primaria, se debe repetir. Los falsos positivos de FTA-ABS son muy raros (1%) y pueden verse en pacientes con niveles elevados de gamma globulinas o anticuerpos antinucleares, embarazadas, conectivopatías, cirrosis, anemia hemolítica autoinmune, diabetes tipo I y lepra.

Son útiles cuando existen dudas diagnósticas (VDRL menor de 8 UI, que puede ser falso positivo)<sup>12</sup>. Según estudios del CDC, la prueba de FTA-ABS tiene una sensibilidad para sífilis primaria del 84%, sífilis secundaria 100%, sífilis latente 100%, tardía 96% y una especificidad del 97%<sup>1</sup> (ver figura 8 y tabla 1).

### NUEVAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Inmunoensayo enzimático (EIA): es un método de captura de anticuerpos usando antígeno treponémico recombinante. Está disponible comercialmente y tiene una sensibilidad de 100% y una especificidad de 99% en mujeres embarazadas<sup>13</sup>.

Inmunoblotting: detecta anticuerpos IgG específicos de treponema<sup>13</sup>.

Reacción en cadena de la polimerasa: detecta DNA del *T. pallidum*. No se encuentra estandarizada

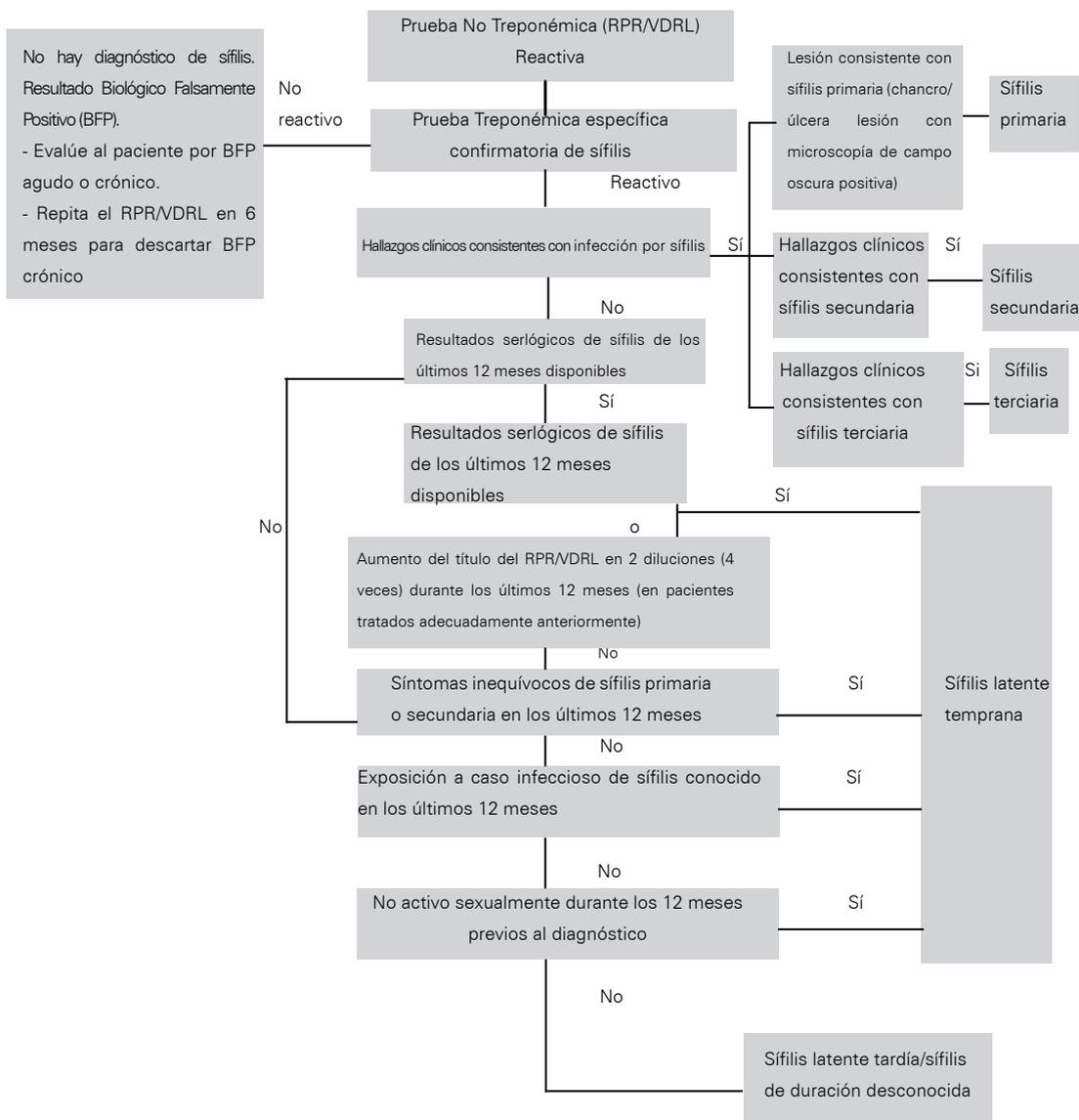


Figura 8: algoritmo de las etapas de la sífilis para una serología reactiva en pacientes que no han sido tratados por sífilis previamente<sup>13</sup>.

y por lo tanto se utiliza solamente en algunos laboratorios de investigación<sup>13</sup>.

**TRATAMIENTO**

El tratamiento debe ser integral y precoz tanto para el paciente como para su pareja; se debe indagar comportamientos sexuales que puedan incurrir a otras ITS. La penicilina es el antibiótico de elección, con eficacia probada para cualquiera de los estadios de la enfermedad (ver tabla 2)<sup>1,12</sup>.

**SEGUIMIENTO**

El seguimiento se debe hacer con VDRL cuantitativo en los meses 3, 6, 12 y 24 después de terminado el tratamiento. El descenso de los títulos de anticuerpos es más rápido en los pacientes con sífilis precoz. Para considerar que el descenso es significativo, el nivel de anticuerpos debe descender en por lo menos cuatro veces (dos diluciones). En los pacientes con sífilis primaria y secundaria, el VDRL

**Tabla 1. Interpretación de cada uno de los cuatro posibles escenarios serológicos. Tomado de Cherneskie T, Augenbraun M, Blank S, Dunn A, Friedenberg E, Hermoso A, et al. Revisión y Actualización del Diagnóstico y Manejo de la Infección por Sífilis<sup>13</sup>**

Pruebas Treponémicas (FTA-ABS/ TP-PA / MHA-TP / IgG EIA)		
Pruebas No Treponémicas (RPR/VDRL)	Resultado No reactivo	Resultado Reactivo
<b>Resultado No reactivo</b>	No hay diagnóstico de sífilis *Infección por sífilis en periodo de incubación *Sífilis primaria muy temprana	Sífilis Primaria muy temprana *Sífilis Secundaria con fenómeno prozona *Sífilis tardía no tratada con RPR serorevertido *Sífilis previamente tratada *Prueba no-treponémica de resultado falsamente negativa *Prueba treponémica específica de resultado falso positivo (poco común)
<b>Resultado Reactivo</b>	*Resultado Biológico falsamente positivo *Prueba treponémica de resultado falsamente positivo (poco común)	Diagnóstico positivo de Sífilis *Enfermedad de Lyme *Enfermedad endémica treponémica no transmitida sexualmente

**Tabla 2. Tratamiento de la sífilis según su estadio.**

Estadio	Tratamiento de elección	Alternativa	Control
<b>Sífilis temprana menor de un año</b>	Sífilis primaria: Penicilina G benzatínica 2,4 MUI IM en dosis única. Puede repetirse a la semana, especialmente en embarazadas o no adherente a controles. Sífilis secundaria y latente precoz: Penicilina G benzatínica 2,4 MUI IM en dosis única, algunos expertos recomiendan segunda dosis con intervalo de una semana	Alérgicos a la penicilina no embarazadas: -Tetraciclina 500mg cada 6 horas (o Doxiciclina 100mg cada 12 horas) VO por 14 días -Si no tolera la tetraciclina Eritromicina 500mg cada 6 horas por 14 días. -Ceftriaxona 1gr IM o IV por 10 días	3, 6, 12 meses Después del tratamiento el VDRL se hace negativo al año
<b>Sífilis tardía, mayor de 2 años no neurosífilis</b>	Penicilina G benzatínica 7,2 MUI Intramuscular en 3 dosis, con 1 semana de intervalo	Tetraciclina 500mg cada 6 horas (o Doxiciclina 100mg cada 12 horas) Vía oral por 28 días	3, 6, 12 meses El VDRL se vuelve negativo en aproximadamente dos años, pero en algunos pacientes las pruebas serológicas reagínicas siguen siendo reactivas, con niveles bajos de anticuerpos
<b>Neurosífilis o manifestaciones oculares o auditivas atribuidas a sífilis</b>	Penicilina G cristalina 12 a 24MUI intravenoso al día divididas en 6 dosis diarias, durante 10 a 14 días  *No se recomienda penicilina G benzatínica para el tratamiento de la neurosífilis pues no alcanza niveles terapéuticos en líquido cefalorraquídeo.	Aunque no se recomienda la Ceftriaxona 1gr al día intramuscular o intravenoso por 14 días, para el tratamiento de la neurosífilis, puede aceptarse como antibiótico de alternativa para pacientes con neurosífilis y sífilis secundaria concomitante.	3, 6, 12, 18, 24 meses  Punción lumbar cada 6 meses

cuantitativo debe descender dos tubos (cuatro veces) en seis meses y tres tubos (ocho veces) en 12 meses. Para la sífilis tardía, el título suele descender cuatro veces en 12 a 24 meses; si eso no sucede o aparecen síntomas atribuibles a sífilis se considera fracaso terapéutico, siempre que se descarte la reinfección. Esta última se sospecha si los títulos ascienden, los compañeros sexuales no fueron tratados o existe promiscuidad

sexual. En el caso de neurosífilis, además de los controles serológicos, el estudio del líquido cefalorraquídeo debe repetirse cada seis meses. Se deben continuar los controles hasta que todos los parámetros alterados se normalicen. Si el número de células no decreció en seis meses o el líquido no se normalizó en dos años, hay que considerar el retratamiento<sup>24</sup>.

## CONCLUSIONES

La sífilis es una ITS causada por una espiroqueta: el *T. pallidum*. Es transmitida por contacto directo a través de lesiones durante el estadio primario y secundario por el acto sexual, o por vía transplacentaria y afecta cualquier órgano, causando múltiples manifestaciones clínicas. Las manifestaciones en los estadios tempranos como en la sífilis primaria y secundaria, son principalmente dermatológicas como: el chancro en la sífilis primaria, rash maculopapular, condiloma lata, alopecia en parches, parches mucosos en sífilis secundaria y gomas y perforación del cartílago nasal en la sífilis terciaria; s pueden confundir con otras dermatosis, por eso es importante tenerla siempre presente e indagar antecedentes de conductas sexuales. Frecuentemente, la sífilis en estadios tempranos es asintomática en las mujeres y en hombres homosexuales, por la ubicación poco accesible de las lesiones y cuando existen signos y síntomas normalmente son inespecíficos. La sífilis puede causar morbilidad a largo plazo, como problemas renales, musculoesqueléticos, cardiovasculares y neurológicos, principalmente en sus estadios secundario y terciario.

El diagnóstico con las pruebas no treponémicas y la confirmación del mismo por las pruebas treponémicas, en cuanto sospechemos la enfermedad, nos permitirán ofrecer el tratamiento más adecuado en cada uno de los estadios, evitando así complicaciones por la progresión de la enfermedad. Es por esto que debemos conocer los hallazgos dermatológicos y las manifestaciones sistémicas que permitan sospechar la sífilis, ser enfáticos en las conductas sexuales de los pacientes para no dejar pasar esta patología, conllevando a posteriores problemas en salud pública y en la calidad de vida de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control . Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2006. MMWR, August 4, 2006;55(RR-11).
- World Health Organization. Sexually transmitted diseases: three hundred and thirty-three million new curable cases in 1995. Geneva; 1995.
- Centers for Disease Control. Primary and secondary syphilis, United States, 2003-2004. MMWR, March 17, 2006; 10(53):69-273.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2007. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; December 2008.
- Valderrama J (2005) Eliminación de la Sífilis Congenita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Biblioteca Sede OPS (2005). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>.
- Carcamo CC, Blitchtein-Winicki D, Valverde R A. Estudio basal de prevalencia de sífilis 1999, VIH y comportamientos asociados en población privada de libertad, Perú. Rev perú med exp salud publica. 2003;20(1):9-14.
- Cruz AR, Pillay A, Zuluaga AV, Ramirez LG, Duque JE, Aristizabal GE, et al. (2010) Secondary Syphilis in Cali, Colombia: New Concepts in Disease Pathogenesis. PLoS Negl Trop Dis 4(5): e690. doi:10.1371/journal.pntd.0000690.
- Plan Nacional de Salud Pública en cifras. Avances y Retos. Bogotá. Colombia. Junio 23 de 2010. Disponible en: [http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/salud\\_cifras/salud06.pdf](http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/salud_cifras/salud06.pdf).
- LaFond RE, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. Clinical Microbiology Reviews. 2006;19(1):29-49.
- Radolf JD, Hazlett KRO, Lukehart SA. Pathogenesis of Syphilis. In: Radolf JD, Lukehart SA, editors. Pathogenic Treponemes: Cellular and Molecular Biology. Norfolk, UK: Caister Academic Press. pp. 197-236.
- Larsen S A, Norris S J, Pope V. Treponema and other host-associated spirochetes. In: Murray P R, Baron E J, Pfaller M A, Tenover F C, Tenover R H, editors. Manual of clinical microbiology. 7th ed. Washington, D.C.: ASM Press; 1999. pp. 759-776.
- Cherneskie, T. An Update and Review of the Diagnosis and Management of Syphilis. Region II STD/VIH Prevention Training Center; New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York, NY: 2006.
- Parra M, Muller EA, "Obstetricia Integral siglo XXI" En: Colombia 2009. ed:Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia ISBN: 978-958-44-6067-7 v. 1 pags. 515.
- Barrera E. Enfermedades ulcerativas de genitales. Hospital San Jose Tec de Monterrey. Mexico. 2003. Disponible en: [http://www.dreduardobarrera.com/enfermedades\\_ulcerativas\\_genitales.htm](http://www.dreduardobarrera.com/enfermedades_ulcerativas_genitales.htm).
- Tillet B, Macaluso J. Medicina Interna. Ateneo Hospital Pintos de Azul. Presentación de caso clínico. Varón de 39 años con fiebre y rash cutáneo. Argentina. 29 de julio 2010. Disponible en: <http://elrincondelamedicinainterna.blogspot.com/2010/07/ateneo-hospital-pintos-28072010-varon.html>.
- Falabella R, Chaparro JV, Barona MI, Dominguez L. Fundamentos de medicina: dermatología. 6ª ed. Medellín [Colombia]: Fondo Editorial(CIB); 2002; p. 254-63.
- Wolff K, trad. Carini F, Rodriguez F, Gismondi MI, Gorraiz F, et al. Fitzpatrick dermatología en medicina general. 7ª ed. Buenos Aires[Argentina]: Panamericana; 2009: vol.4 p. 1955-68.
- White G. Atlas Levene de Dermatología. 3ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2006; p. 177-86.
- Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. Clin Microbiol Rev. 2005;18(1):205-16.
- Pérez S. Novales J. MorenoG. Secundarismo sifilítico en pacientes inmunocompetentes: comunicación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2005;14(3): 52-155.
- Plazola NG, Figueroa R. Sífilis. En: Casanova G, Ortiz FJ, Reyna J. Infecciones de transmisión sexual. México: Ed. Alfil; 2004.
- Sfatulmedicucui.ro [en línea]. Sífilisul-lues [Septiembre 2009]. Disponible en: [http://www.sfatulmedicucui.ro/galerii-foto/sifilisul-lues\\_287](http://www.sfatulmedicucui.ro/galerii-foto/sifilisul-lues_287).
- Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. Infectio. 2008;12(2):349-56.
- Walker GJA. Antibióticos para sífilis diagnosticada durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.