

SÍFILIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNA DE NATALES.

Syphilis: epidemiological aspects in Natales.

María Correa Vega,¹ Diego Núñez Leiva,¹ Andrea Bravo Castro,¹ Roxana Gayoso Neira.²

(1) Interno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

(2) Departamento de Ciencias Preclínicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

Correspondencia:

No registrada

Aprobado:

Marzo de 2010

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Rev Estud Med Sur 6(1): 20-23.

DOI:

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica, causada por el *Treponema Pallidum* (TP). La historia natural de la enfermedad, sugiere que el 35% de los pacientes desarrollarán un compromiso neurológico, cardiovascular o enfermedad gomatoza.⁵ **OBJETIVO:** Establecer el perfil epidemiológico de los pacientes con sífilis en la comuna de Natales entre enero 2004 y diciembre 2008. **MÉTODOS:** Se incluyeron los pacientes del Hospital Augusto Essman (Puerto Natales), con el diagnóstico confirmado de sífilis, según criterios presentes en las normas del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), en sus diversas etapas. Se utilizaron las fichas de enfermedades de notificación obligatoria (ENO), y las fichas clínicas del policlínico de enfermedades de transmisión sexual (ETS), obteniéndose un total de 106 pacientes. Los datos se analizaron con el programa Microsoft Office Excel® 2003. **RESULTADOS:** 47,0% de las mujeres estaban entre los 15-25 años, un 30,0% de los hombres entre 26-35 años. 50,6% se encontraban en etapa primaria, 18,4% no estaban catalogados, y un 33,0% tenían realizada la solicitud del VIH.

PALABRAS CLAVE: Sífilis; Comuna de Natales; enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Syphilis is an infectious disease with systemic compromised caused by *Treponema Pallidum* (TP). The natural history of the disease, suggests that 35% of patients will develop a neurologic compromise. **OBJECTIVE:** To establish the epidemiological aspects of the patients affected by syphilis in Natales between January 2004 and December 2008. **METHODS:** Patients of Augusto Essman Hospital (Puerto Natales) were included, with the confirmed diagnosis of syphilis, according to the actual criteria defined by Chilean Health Department (Minsal) in the different stages. The outgoing records from the Obligatory Notification Diseases were used, and the records from the Sexually Transmitted Diseases Clinic, analyzing 106 patients. The data were analyzed with Microsoft Office Excel® 2003. **RESULTS:** 47,0% of the female population between 15-25 years, 30,0% of male simple between 26-35 years, 50,6% in primary stage, 18,4% were not categorized, and 33,0% with HIV study solicited.

KEYWORDS: Ulcerative colitis, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

ETIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica, causada por el *Treponema Pallidum* (TP), perteneciente al orden de las Spirochaetaes, un espiral frágil, exclusivamente humano. La historia natural de la enfermedad, sugiere que el 35% de los pacientes desarrollarán un compromiso neurológico, cardiovascular o enfermedad gomatososa.⁵

El período de incubación va desde 3 a 90 días. La fase primaria consiste en el desarrollo de la primera lesión en piel y/o mucosas, conocida como chancro, que aparece en lugar de la inoculación, pudiendo ser única o múltiple, asociado en ocasiones a una adenopatía regional. Inicia como pápula y luego se úlceras (base limpia e indurada, no exudativa e indolora), curándose en 3-6 semanas, pudiendo persistir la adenopatía. Durante esta fase se puede realizar el diagnóstico con la identificación de TP en los fluidos de la lesión. A las 4 a 10 semanas se inicia la fase de sífilis secundaria, la que puede coexistir con la presencia del chancro. Se caracteriza por un exantema, maculopapular o pustular de 0,5 a 2,0 cm de diámetro, que afecta cualquier parte de la superficie corporal, siendo la ubicación palmoplantar la más sugerente. Cuando estas lesiones papulares ubicadas en mucosas se erosionan, reciben el nombre de condilomas planos. Las manifestaciones

sistémicas son diversas: periostitis, síndrome nefrótico, iritis, uveítis anterior y meningocefalitis (un 40% tendrá cambios en LCR). Si la sífilis sigue su curso, las manifestaciones clínicas desaparecerán, pero las pruebas serológicas persistirán positivas (sífilis latente); produciéndose recidivas, cada una de ellas con menos manifestaciones clínicas que en el primer episodio. La sífilis latente precoz se considera hasta un año después presentar el chancro (realizar punción del LCR para descartar neurosífilis), y corresponde a la etapa de mayor contagiosidad de la enfermedad. En la sífilis latente tardía ya no hay manifestaciones clínicas y los títulos serológicos están bajo o inclusive negativo.

Aproximadamente un tercio de los pacientes evolucionará a sífilis terciaria la cual incluye los siguientes cuadros: Neurosífilis, sífilis cardiovascular y enfermedad gomosa (rara).

EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos años, se ha visto un incremento con asociación al VIH/SIDA,¹ el que ha permitido la reemergencia de patologías que se creían controladas. La relación descrita en la literatura en 5:7 entre hombres y mujeres, siendo la vía de transmisión sexual la más frecuente.³

En Chile la incidencia acumulada en el año 2008, fue de 18,8 por 100 000 habitantes;⁴ 2,2% correspondió a sífilis congénita, un 27,0% a sífilis latente precoz.

Tabla 1. Casos y tasas de sífilis por región de ocurrencia año 2008: MINSAL.

Casos y tasas de Sífilis por región de ocurrencia. Chile, semanas 1 a 53 de 2008.					
Región	Año 2008 (&)		Mediana de casos 2003-2007	Año 2007	
	Casos acumulados semanas 1 a 53	Tasa de incidencia (*)		Casos totales	Tasa de incidencia (*)
Arica y Parinacota	76	40,3	21	28	14,9
Tarapacá	127	43,3	100	94	32,1
Antofagasta	329	59,3	177	250	45,1
Atacama	127	46,3	47	69	25,1
Coquimbo	158	23,0	70	132	19,2
Valparaíso	340	20,0	490	371	21,8
Metropolitana	1205	18,0	1271	1271	19,0
O'Higgins	79	9,2	121	113	13,2
Maule	70	7,1	64	62	6,3
Bío Bío	243	12,2	198	228	11,4
Araucanía	51	5,4	72	41	4,3
Los Ríos	10	2,7	45	16	4,3
Los Lagos	168	20,9	211	211	26,2
Aisén	45	44,3	57	52	51,2
Magallanes	80	50,9	60	28	17,8
País	3118	18,8	2975	2966	17,9

¹Estudiante Medicina Universidad de La Frontera; Temuco, Chile

²Departamento de Ciencias Preclínicas, Universidad de La Frontera; Temuco, Chile

La mayor cantidad de casos se presentó entre los 20 a 24 años de edad, siendo un 53,0% en mujeres.

Las regiones con mayor incidencia (por 100 000 habitantes), fueron Antofagasta (59,3), Magallanes (50,9) y Atacama (46,3) (Tabla 1).

Al comparar las tasas nacionales y de la comuna de Natales, vemos que esta última, supera ampliamente la tasa nacional (Tabla 2).

Tabla 2. Tasas de sífilis, a nivel nacional y en la comuna de Natales el año 2004 al 2008 (por cien mil habitantes).

Año	Nacional	Comuna Natales
2004	19,76	120,85
2005	17,33	78,71
2006	18,1	225,95
2007	17,9	68,3
2008	17,9	68,3

Considerando los cambios que se han visto en relación a esta enfermedad y su importancia en salud pública nuestro objetivo es establecer el perfil epidemiológico de los pacientes con sífilis en la comuna de Natales entre enero 2004 y diciembre 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionó a los pacientes del Hospital Augusto Essmann (Puerto Natales), con el diagnóstico de sífilis en sus diversas etapas, según criterios presentes en las normas del MINSAL. (Tabla 3) Fueron incluidos aquellos pacientes notificados (Formulario de enfermedades de notificación obligatoria, ENO), en el periodo de enero 2004 a diciembre 2008 (n=96); paralelamente se revisó las fichas clínicas de los pacientes controlados en el policlínico de ETS, durante el mismo periodo, agregándose así, 10 nuevos pacientes. De las fichas analizadas una correspondía a un paciente ya fallecido y 13 no pudieron ser localizadas; quedando así un total de 92 pacientes.

RESULTADOS

La muestra total fue de 92 pacientes (RN: 83 años); 53 hombres y 39 mujeres (8 embarazadas, 2 de ellas con lesión al momento del diagnóstico), siendo el promedio de edad en mujeres de 30,6 (DE=10,86) y en hombre de 37,9 (DE=15,94).

El rango de edad de mayor prevalencia fue de 26-35 años en hombres (30%), y 15-25 años en mujeres (47%). (Gráfico 1).

En los motivos de consulta (MC) según género (Gráfico 2), un 49% de los hombres acudió por presentar lesiones; un 28% de las mujeres fueron diagnosticadas en controles médicos. Un 27% no registraba el MC, ni el

examen físico, sólo el diagnóstico de sífilis. Las lesiones genitales fueron las más frecuentes en ambos sexos, 15% en hombres y 21% en mujeres (Gráfico 3).

Gráfico 1. Distribución de casos de sífilis según rango etario y género en la comuna de Natales, región de Magallanes, año 2004-2008.

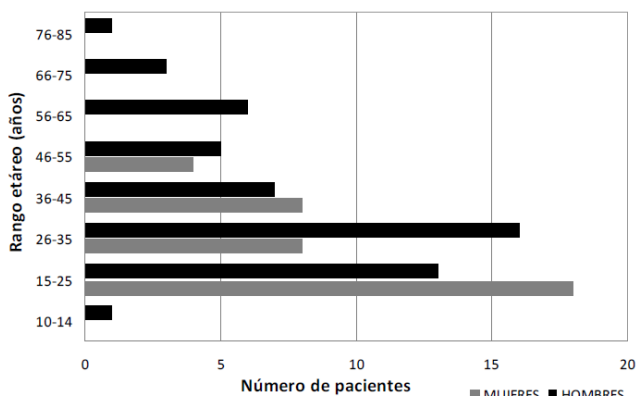


Gráfico 2. Motivo de consultas en pacientes con sífilis, Hospital Augusto Essmann, de la comuna de Natales, año 2004-2008.

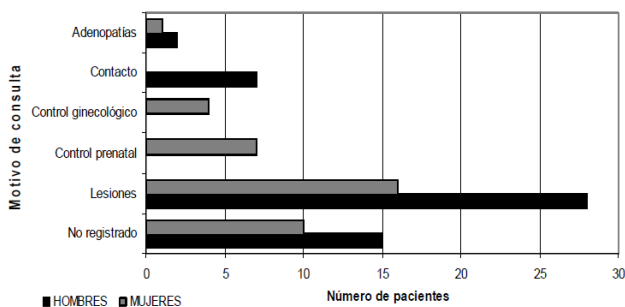


Gráfico 3. Distribución de lesiones en pacientes con sífilis, Hospital Augusto Essmann, de la comuna de Natales, año 2004-2008.

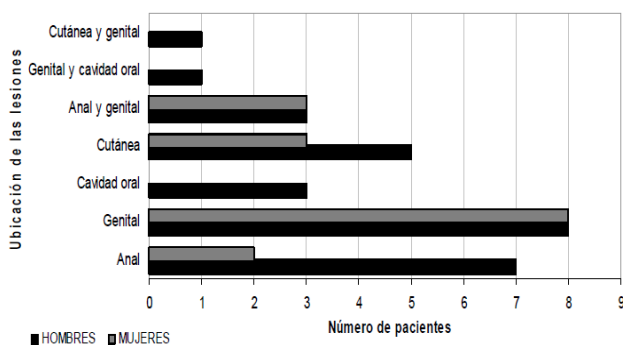


Tabla 3. Normas de manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual 2008, MINSAL.

1. Caso Sospechoso	
Primaria, Secundaria, Latente Precoz, Latente Tardía	Caso que corresponde a la descripción clínica.
2. Caso Confirmado	
a) Primaria	Caso sospechoso confirmado por laboratorio (*) o antecedentes de contacto con casos confirmados
b) Secundaria	Caso sospechoso de Sífilis secundaria y pruebas no treponémicas reactivas a títulos mayo-
c) Latente Precoz, Latente Tardía y Terciaria	Caso Sospechoso más confirmación de laboratorio.
Criterios de Laboratorio*	a) Test serológico no treponémico (VDRL/RPR) reactivo b) Test serológico treponémico (FTA-Abs/MHA-TP) reactivo c) Demostración clínica mediante microscopía directa.

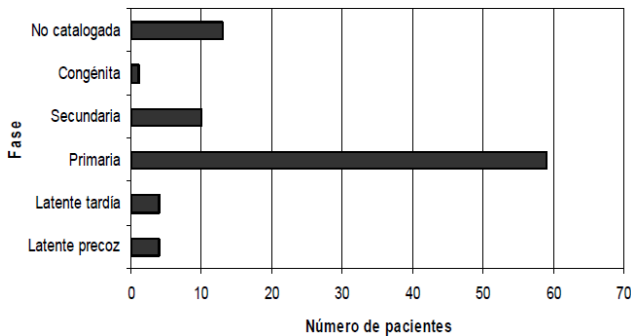
Al momento del diagnóstico un 60% de los pacientes se encontraban en la fase primaria de la enfermedad, y un 11% en la secundaria (Gráfico 4).

A 36 pacientes (39%) se les solicitó test de ELISA para VIH, de los cuales 3 se negaron, 2 no se lo realizaron, pese a firmar el consentimiento informado; 16 no fueron a buscar el resultado de su examen; y 15 volvieron con el resultado, no encontrándose casos de seropositividad. Un 8,7 % de los pacientes, presentaban otra ETS asociada (1 Hepatitis C, 2 Gonorrea, 4 Condilomatosis y 1 Linfgranuloma venéreo).

DISCUSIÓN

La sífilis es una enfermedad causada por una espiroqueta denominada Treponema Pallidum, la cual es exclusivamente humana. Es un problema de salud pública prevenible y tratable con medicamentos que son efectivos y de bajo costo. Un manejo adecuado evita secuelas, entre las que se incluyen lesiones cardiovasculares, nerviosas y malformaciones fetales.

Gráfico 4. Fase de la enfermedad al momento del diagnóstico en los pacientes del Hospital Augusto Esmann; 2004-2008.



Para su diagnóstico es esencial una buena historia clínica de factores de riesgos para ETS (uso de drogas ilícitas, trabajadores sexuales, relaciones sexuales sin preservativo, número de parejas sexuales), y un buen examen físico. En este estudio el principal método diagnóstico fue la presentación clínica, epidemiología y como examen de laboratorio se utilizó el VDRL.

Al analizar la distribución según género, se observó que los hombres suelen consultar entre los 26-35 años, debido a lesiones (54%), de ubicación predominantemente genital (23%). En cambio, las mujeres consultan entre los 15-25 años; un 36% consulta espontáneamente por lesiones de ubicación genital. En su mayoría, se pesquisaron en controles médicos (18% control prenatal y 10% en control ginecológico).

El 51% de los pacientes, no tenían la solicitud para estudio de VIH, a pesar de que hoy en día se reconoce una importante asociación con éste. El manejo para un paciente portador de VIH es completamente distinto, al de aquél que no lo presenta, haciéndose aún más importante la necesidad de solicitar dicho estudio (Tabla 4).⁶

Tabla 4. Tratamiento Sífilis

Sífilis primaria, secundaria o latente precoz
2,4 millones de UI de PNC-B (i.m.)
En caso de alergia: Doxiciclina 200mg cada 12 hrs. por 14 días (v.o.) o Tetraciclina 500mg cada 6 hrs por 15 días(v.o.)
En caso de pacientes embarazadas y alérgicas a la penicilina: Eritromicina 500mg cada 6hrs por 15 días (v.o.)
Latente tardía, sífilis latente de duración desconocida, y sífilis terciaria
7,2 millones de UI, administrada en 3 dosis de 2,4 millones de UI(i.m.) cada semana en intervalos de 1 semana
En caso de alergia: igual que en la anterior
Pacientes con VIH
PNC-G 4 millones UI cada 4 hrs. por 7 días (i.v.), o 5 millones de UI cada 6 hrs. (i.m)
En caso de alergia: Doxiciclina 200mg cada 12 hrs por 28 días (v.o.)

PNC:Penicilina (G: sódica; B: Benzatina),UI (unidades internacionales) i.v: intravenoso; i.m:intramuscular; v.o: vía oral. hr(s): hora(s)

En relación a casos de sífilis congénita, sólo se encontró un caso, debido a una ausencia de control prenatal. Este hecho demuestra la importancia de una pesquisa precoz de madres portadoras, y de un tratamiento adecuado y oportuno, evitando secuelas y malformaciones fetales, propias de la sífilis congénita.

El principal manejo de esta enfermedad, además del tratamiento farmacológico es una educación a la población respecto a los factores de riesgo, comunes a todas las ETS. Es esta complementariedad del manejo la que permite reducir nuevos casos y recidivas en los pacientes.-

REFERENCIAS

- 1- Pe1- Goldmeier D, Guallar C, Wing J. Syphilis: an update.Clin Med. 2003; 3:209-11
- 2- Da Ros C, Da Silva, Schmitt C. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. Asian Journal of Andrology. 2008; 10, 110-11
- 3- Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. Infectio. 2008; 12 (2): 349-356.
- 4- García M (EU), Martínez P (Med. Vet. MSP). SÍFILIS (CIE 10: A50-A54): Situación epidemiológica [Internet]. Ministerio de Salud (Chile): Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria; 2008 [citado en marzo del 2009]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/Atlas_BEM72/Sifilis.htm
- 5- Uberos J. Sífilis en niños: Congénita y adquirida [Internet]. Granada (España): Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria; 2009 [Actualizado en octubre del 2009; Citado en noviembre del 2009]. Available form: <http://www.sepeap.org/archivos/revisiones/infeccioso/sifilis.htm>
- 6- Lorraine D, Kevin F, Jane J, Thomas P, Stephen H, Deborah W, Adrian P. Syphilis: old problem, new strategy. BMJ. 2002; Vol. 325.
- 7- Bicillin L-A: The CDC's STD Guidelines [Internet]. US: King Pharmaceuticals, Inc.; 2006 [citado en marzo del 2009]. Disponible en: http://www.bicillin.com/cdc_std_guidelines.aspx.