

ASSOCIACIÓ DE MICROBIOLOGIA, HIGIENE I MEDICINA PREVENTIVA

LA SÍFILIS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DE LABORATORIO

AGUSTÍN ALOMAR MUNTAÑOLA

Esquema de la clínica de la sífilis y relación con las pruebas de laboratorio:

El contagio (normalmente por relaciones sexuales). Se produce a través de:

- Mucosa indemne.
- Piel con abrasión mínima.

Período de incubación: 10 a 90 días (promedio: 21 días).

Sífilis primaria o chancro: Lesión única, exulcerada, indolora, inducida, acompañada casi siempre de adenopatía regional. Localizaciones más frecuentes: genitales (en el hombre surco balanoprepucial), perianales, labios, lengua, dedos de las manos.

El diagnóstico de laboratorio se puede hacer con el examen en campo oscuro del exudado rico en treponemas. También con Test de Inmunofluorescencia DFATP (direct fluorescent antibody test for *T. pallidum*).

A la semana de aparición del chancro se positivizan las pruebas serológicas; la primera en positivizarse es el FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absortion), luego el RPR (Rapid Plasma Reagin) y a los 8 ó 10 días el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

El chancro cura espontáneamente sin tratamiento aproximadamente en unas seis semanas (entre tres y doce semanas).

Sífilis secundaria o secundarismo: Empieza entre 2 a 10 semanas post curación del chancro; pueden producirse brotes sintomáticos de lesiones durante unos dos años.

Características de este período son:

- Lesiones de piel y mucosas más o menos evidentes: roséola macular, secundarismo papuloso, lesiones palmo plantares, lesiones mucosas, condilomas planos genitocrurales.
- Adenopatías generalizadas.
- Alopecia difusa (como piel roída, 5 %).

— Síntomas generales de: febrícula, dolor de cabeza, artralgias, algias faríngeas.

— Es un período muy contagioso.

El diagnóstico de laboratorio es muy válido, pues las serologías son 100 % positivas, tanto las treponémicas como las reagínicas; se aconsejan VDRL y FTA-ABS.

Sífilis latente: Períodos asintomáticos en que las serologías son positivas, que van desde que termina la clínica del secundarismo hasta que se desencadene o no clínica de sífilis terciaria. Se divide en:

Latencia precoz: Los primeros cuatro años; es una época contagiosa; las serologías acostumbran a ser positivas.

Latencia tardía: Posterior a los cuatro años de evolución de la enfermedad. Puede durar toda la vida y son válidas las pruebas treponémicas (FTA-ABS).

Sífilis terciaria: Se da sólo en un tercio de los pacientes no tratados; normalmente diez años o más después del proceso del chancro.

Este 30 % de pacientes que desarrollan procesos de terciarismo según el estudio de Oslo se distribuyen de la siguiente manera:

— 15 % desarrollarán procesos benignos, principalmente gomas en piel, en huesos o vísceras.

— 10 % sífilis cardiovascular.

— 8 % neurosífilis con sus variantes de tabes dorsal o parálisis general progresiva (PGP).

En este estadio sólo son válidas las pruebas treponémicas FTA-ABS, TPI (T. pallidum immovilitation o Test de Nelson), test de compleja técnica, o el MHA-TP (Microhemaglutination Test for T. P.).

En el líquido cefalorraquídeo se estudian el contenido celular y proteico y el CDRL. Si la enfermedad lleva más de cuatro años de evolución y el LCR no está afectado ya no se afectará en el futuro.

Sífilis congénita neonatal o precoz: Aparición de lesiones antes de los dos años post nacimiento. Se puede practicar el FTA-ABS IgM con la idea de detectar los primeros anticuerpos producidos por el recién nacido y no anticuerpos transmitidos de la madre. Es un test con futuro, pero no totalmente seguro en estos momentos. Todavía se aconseja el practicar VDRL seriado mensualmente durante seis meses.

Sífilis congénita tardía: Aparición de lesiones y estigmas después de los dos años: alteraciones oculares, sorderas, incisivos de Hutchinson, nariz en silla de montar, rágades peribucal, etc.

El diagnóstico de laboratorio es por FTA-ABS, pues el VDRL en este período puede ser poco reactivo e incluso no reactivo.

En conclusión, ante una sospecha de sífilis se debe practicar primero una serología reagínica RPR o VDRL, y si es positivo practicar pruebas treponémicas, aconsejándose en la actualidad el FTA-ABS.

Para el control del tratamiento se practicarán VDRL seriados durante dos años: si el tratamiento es correcto se irá negativizando, aunque puede persistir ligeramente positivo muchos años. Los tests treponémicos no sirven para control de tratamiento, pues serán positivos de por vida.

BIBLIOGRAFIA

1. HAROLD W. JAFFE: The laboratory Diagnosis of Sifilis. Ann. Inter. Med., 83, ps. 846-850, 1975.
2. SPARLING, P. F.: Diagnosis and treatment of Sifilis. N. Engl. J. Med., 284, p. 642, 1971.