



Clínica cotidiana

Sífilis: ¿una enfermedad actual?

Alba Hidalgo Benito^a, Elpidio García Ramón^{a,*}, Irene García Álvarez^a, Sara Leticia de la Fuente Ballesteros^a, Verónica García Ramos^a, María Hernández Carrasco^a, Nerea García Granja^b

^aCentro de Salud Arturo Eyries. ^bCentro de Salud Circunvalación. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2018

Aceptado el 21 de enero de 2019

On-line el 23 de abril de 2019

Palabras clave:

Sífilis

Enfermedades de transmisión sexual

Dermatología

Atención primaria

Keywords:

Syphilis

Sexually transmitted diseases

Dermatology

Health primary care

R E S U M E N

La sífilis es una enfermedad producida por la espiroqueta *Treponema pallidum* y caracterizada por tres estadios clínicos sintomáticos secuenciales, separados por periodos de infección asintomática latente. Las manifestaciones más frecuentes son las úlceras genitales, las lesiones cutáneas y los síndromes neurológicos. Sin embargo, a veces algunas de estas presentaciones pasan inadvertidas y los pacientes se diagnostican de forma tardía.

Presentamos el caso de un varón de 35 años de edad con antecedentes personales de psoriasis, que consulta por lesiones palmo-plantares de reciente aparición y en el que la anamnesis resultó decisiva para el diagnóstico.

Queremos remarcar la importancia de sospechar esta enfermedad de transmisión sexual y remarcar el potencial riesgo de contagio que existe hoy en día en nuestra población.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Syphilis: is it a current disease?

A B S T R A C T

Syphilis is a disease caused by the spirochete *Treponema pallidum* and characterized by three sequential symptomatic clinical stages, separated by periods of latent asymptomatic infection. The most frequent manifestations are genital ulcers, cutaneous lesions and neurological syndromes. However, sometimes some of these symptoms go unnoticed and patients are diagnosed late.

We present a case of a 35-year-old male with a personal history of psoriasis, who consulted for palmoplantar lesions of recent appearance in which the history was decisive for the diagnosis.

We want to emphasize the importance of suspecting this sexually transmitted disease and highlight the potential risk of infection that exists today in our population.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.008>

2254-5506 / © 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 35 años de edad, con antecedentes personales de psoriasis con buen control, sin medicación habitual en el momento actual. No es fumador ni tiene otros datos clínicos de interés.

Acude a su médico de familia por la aparición reciente de un exantema en las palmas de las manos y las plantas de los pies, no pruriginoso ni doloroso.

Durante la exploración física se aprecian placas eritematosas con descamación en los codos y los nudillos, compatibles con psoriasis ya conocida. Además, se observa exantema máculo-papuloso en el tronco (Fig. 1), las plantas de los pies (Fig. 2) y las palmas de las manos (Fig. 3) que, inicialmente, se encuadra en el mismo proceso clínico.

Se decide aplicar tratamiento tópico de las lesiones con calcipotriol y metilprednisolona. Sin embargo, el paciente acude acompañado por su pareja, también varón, que se muestra preocupado por tener unas lesiones similares. Ante esta situación, se decide solicitar una analítica con serologías para hepatitis, VIH y sífilis y se le cita a la semana siguiente para ver la evolución.

Al cabo de siete días, el resultado de la analítica muestra un hemograma y bioquímica normales. Los resultados serológicos son negativos frente a hepatitis A, B y C, así como a VIH. La serología de sífilis indica anticuerpos anti *Treponema pallidum* positivos, VDRL en suero negativo, TPHA (o FTA-ABS) positivo límite y anticuerpos anti *Treponema pallidum* IgG e IgM negativos. Al tratarse de unos resultados no concluyentes de infección sifilítica, se consulta con el Servicio de Microbiología, desde donde se recomienda la repetición de la serología para intentar aclarar los resultados.

Se vuelve a interrogar al paciente, que niega relaciones sexuales de riesgo recientes o haber padecido ninguna lesión genital u oral previa, pero reconoce relaciones sexuales anteriores con otra pareja. En cualquier caso, se repite la exploración física y se presta especial atención a la cavidad bucal y a la región anal. No se visualizan úlceras, heridas, ni otras lesiones. No existen adenopatías palpables. El paciente niega sintomatología compatible con afectación nerviosa y la exploración neurológica resulta rigurosamente normal. En ese momento, se aconseja a su pareja que consulte a su médico de atención primaria para descartar el contagio de la infección.

En una segunda analítica se ponen de manifiesto anticuerpos anti *Treponema pallidum* positivos, VDRL en suero 1:2 y TPHA positivo; los anticuerpos anti *Treponema pallidum* IgG e IgM continúan negativos.

Cuando acude de nuevo a la consulta, refiere que han aparecido nuevas lesiones palmo-plantares. Se administran entonces 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica intramuscular. Pocos días después, se le cita nuevamente y se aprecia una rápida mejoría del exantema máculo-papuloso, que ahora es muy tenue.

Los resultados de la serología de su pareja resultan negativos y ambos niegan haber tenido más contactos sexuales recientes.

Comentario

La sífilis, también conocida como lúes, es una enfermedad infecciosa de afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*, perteneciente al orden de las espiroquetas.



Figura 1 – Exantema maculo-papuloso en el tronco.



Figura 2 – Exantema maculo-papuloso en la planta del pie.

En España, según los registros del Centro Nacional de Epidemiología, la tasa de pacientes diagnosticados de sífilis en los últimos 15 años se ha multiplicado por cinco. Un 87 % de los casos fueron hombres, la mayoría de ellos en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años². Este aumento exponencial es más acusado entre hombres que tienen sexo con hombres, el grupo más vulnerable al contagio de esta enfermedad. También ha aumentado la incidencia de sífilis congénita: se han notificado en España cuatro nuevos casos en 2014.

Existen múltiples variables que han podido influir en el aumento de la incidencia de sífilis en la población; es fundamental el hecho de que existe un importante aumento de las conductas sexuales de riesgo al haberse relajado la sensación de peligro entre la población joven³.



Figura 3 – Exantema maculo-papuloso en las palmas de las manos.

El mecanismo más frecuente de transmisión es mediante contacto sexual directo con las lesiones (genital, bucogenital y anogenital), aunque también puede hacerlo por otras vías, como a través del contacto de la piel o por vía transplacentaria. El riesgo de transmisión es de alrededor del 30 % en un solo encuentro sexual con una persona con sífilis primaria y oscila entre 60 y 80 % cuando se transmite de una madre infectada al feto. Cabe destacar que la infección no confiere inmunidad contra la reinfección¹

Las presentaciones clínicas dependen fundamentalmente del tiempo desde la primoinfección. En la [tabla 1](#), se resumen las manifestaciones más frecuentes según el estadio clínico.

Sífilis primaria

Tras un periodo de incubación de 3 a 90 días, aparece una lesión primaria que comienza como una pápula, típicamente (aunque no siempre) indolora, que aparece en el sitio de la inoculación⁴. Esta pápula inicial se ulcera después para producir el clásico chancro de sífilis primaria, una úlcera de 1 a 2 cm con un margen elevado e indurado, con base limpia y exudado seroso con gran cantidad de espiroquetas. Los ganglios linfáti-

cos circundantes pueden estar agrandados, ser duroelásticos e indoloros⁵.

Los chancros en el recto o la boca, por lo general en los hombres, a menudo pasan desapercibidos. Al cabo 4-6 semanas el chancro se resuelve espontáneamente, aunque las adenopatías pueden persistir. Tras la infección, la bacteria se disemina rápidamente por vía linfática y sanguínea, por lo que el 25 % de los pacientes que no reciben tratamiento progresarán a sífilis secundaria precoz.

Sífilis secundaria

Las manifestaciones aparecen tras 6-8 semanas de haberse resuelto el chancro, aunque en algunos casos puede estar aún presente. Se trata de la fase más florida de la infección, con afectación multisistémica, por lo que clásicamente se conoce como «la gran simuladora»⁵.

La piel es el órgano más afectado durante este estadio. La forma de presentación más frecuente es un exantema máculo-papular o pustular con collarite de descamación periférica de las lesiones, de inicio en el tronco y diseminación posterior; puede afectar a la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. El exantema persiste dura varias semanas hasta un año.

El exantema papuloso también puede afectar a las mucosas (placas mucosas), el cuero cabelludo (alopecia en placas) o las zonas intertriginosas (condilomas planos, lesiones muy contagiosas por la alta presencia de treponemas); pueden producirse también hepatitis, periostitis, glomerulonefritis...

Sífilis latente

Período asintomático de duración variable, solo diagnosticable por serología.

Sífilis terciaria

Aparece años después de la infección inicial y puede afectar a cualquier órgano. La presentación más frecuente es en forma de goma, lesiones granulomatosas con necrosis central que se resuelven dejando cicatriz, localizadas en la piel y los huesos. También puede manifestarse como neurosífilis (tabes dorsal, sífilis meníngea, sífilis meningovascular, demencia...) o sífilis cardiovascular (especialmente aortitis).

Tabla 1 – Estadios de la sífilis.

	Tiempo	Manifestaciones clínicas
Sífilis primaria	9-90 días (Media: 21 días)	Chancro único Linfadenopatía regional
Sífilis secundaria	6-8 semanas tras la resolución del chancro	Exantema maculopapular (afectación palmoplantar) Parches mucosas Condiloma lata Afectación sistémica
Sífilis latente temprana	1 año tras la infección	Asintomáticos Recaídas en el 25%
Sífilis latente tardía	1 año tras la infección	Asintomáticos ¿Curación espontánea?
Sífilis terciaria	10-20 años	Goma sífilítico Neurosífilis Sífilis cardiovascular

Tabla 2 – Interpretación de resultados de pruebas diagnósticas.

	Historia previa de sífilis tratada	Sin historia previa de sífilis tratada
Ambos test (+)	Títular pruebas treponémicas. Si aumento x 4 → reinfección → tratar	Iniciar tratamiento
Pruebas treponémicas (+) Pruebas no treponémicas (-)		<ul style="list-style-type: none"> Asintomático: repetir pruebas no treponémicas en 2 semanas Sintomático: repetir pruebas treponémicas.
Pruebas treponémicas (-) Pruebas no treponémicas (+)	Resultado muy improbable.	Falso positivo

Ya que el *Treponema pallidum* no puede aislarse en cultivo, para el diagnóstico de sífilis el médico de atención primaria tiene a su disposición las pruebas serológicas:

- No treponémicas o reagínicas (RPR o VDRL). Tradicionalmente se han utilizado como primer escalón en el cribado debido a su bajo coste y la posibilidad de cuantificarlas para su uso como respuesta al tratamiento. Su resultado se expresa de forma titulada: mayor grado de actividad cuanto mayor sea el título de dilución. En nuestro medio, se consideran diagnósticos de enfermedad diluciones superiores a 1:8.
- Treponémicas (FTA-ABS o TPHA). Detectan los anticuerpos antitreponémicos en términos cualitativos y son muy específicas para detectar sífilis. Si una prueba reagínica positiva no se confirma con una prueba treponémica, se considera que el resultado de la prueba reagínica es biológicamente falso positivo.

Para una adecuada interpretación de los resultados de la serología, utilizaremos el esquema resumido en la tabla 2.

Además, desde atención primaria, es fundamental realizar un estudio de contactos. Todas las parejas sexuales de los tres meses anteriores (si se diagnostica sífilis primaria) y del año anterior (en presencia de sífilis secundaria) deben ser evaluadas y, si están infectadas, deben ser tratadas⁶.

En cada estadio de la enfermedad el diagnóstico diferencial será con patologías distintas⁶:

- Sífilis primaria: deben considerarse todas las causas de úlceras genitales, en especial el herpes simple genital y otras como el traumatismo genital, la erupción fija medicamentosa, el carcinoma genital, el chancroide y el linfogranuloma venéreo.
- Sífilis secundaria: con lesiones cutáneas (pitiriasis rosada, psoriasis en gotas, exantemas), lesiones mucosas (liquen plano, aftas crónicas, enfermedad mano-boca-pie) y condilomas planos (verrugas por virus del papiloma humano, carcinoma epidermoide).
- Sífilis terciaria: lupus vulgar (tuberculosis cutánea).

El tratamiento consiste en la administración de una sola dosis de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica por vía intramuscular.⁵ Esto produce concentraciones sanguíneas elevadas durante 2 semanas para curar la sífilis primaria, la secundaria y la latente temprana (de menos de 1 año). Suelen administrarse 1,2 millones de unidades en cada glúteo para reducir las reacciones locales.

La sífilis latente tardía (de más de 1 año) o la sífilis latente de duración incierta requieren inyecciones adicionales de 2,4 millones de unidades al cabo de 7 y 14 días de la inyección inicial.

Conclusiones

- La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que presenta un aumento exponencial de casos en la actualidad en nuestro entorno, por lo que no debemos olvidarnos de ella al realizar el diagnóstico diferencial de otras patologías.
- Una anamnesis y exploración física detalladas ayudarán al médico de familia a sospechar y diagnosticar esta enfermedad.
- El tratamiento con penicilina G benzatínica produce una rápida respuesta de las manifestaciones clínicas, así como de los valores analíticos.
- Resulta necesario realizar un estudio de contactos para evitar su propagación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morris SR. Sífilis - Enfermedades infecciosas [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/s%C3%A9filis> [citado 8 de marzo de 2019]
2. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida; 2017. p. 7-8.
3. García Polanco MD. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014; 2: 38-6.
4. Hicks CB, Clement M. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in HIV-uninfected patients - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-hiv-uninfected-patients?search=sifilis&source=search_result&selected-Title=3-150&usage_type=default&display_rank=3#H3638352602 [citado 10 de marzo de 2019].
5. Gallardo Arenas M, Flor Montalvo ME. Sífilis. AMF. 2018; 14: 276-81.
6. Torrell Vallespín G, Masferrer i Niubò E. Sífilis. A propósito de un caso. AMF. 2010; 6: 330-7.