

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Postgrado

SÍFILIS

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Carrera de Especialista Universitaria en Dermatología

Directora: Prof. Dra. Flora STOICHEVICH

Autor: Maria Catalina GAREIS

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y de corte transversal sobre pacientes que acudieron a la consulta en un Servicio de Dermatología de un Hospital General de la ciudad de La Plata, en el período de tiempo comprendido entre marzo de 1999 y diciembre de 2003. Se practicó el análisis estadístico mediante el Test de las Diferencias de Proporciones.

Sobre un total de 34.700 pacientes asistidos en ese período de tiempo, se hallaron 375 casos de sífilis, los cuales fueron analizados de acuerdo a sexo, edad, incidencia anual, forma clínica de presentación de la enfermedad, lugar de procedencia, formas de ingreso y derivación al Servicio; fueron estudiadas además las tendencias sexuales, conductas promiscuas y hábitos tóxicos.

Las gestantes representaron el 51,5% del total de las mujeres; el 34% de las mismas dio a luz un recién nacido con sífilis congénita.

Fue realizada una investigación de asociación con HIV y otras coinfecciones sexualmente transmisibles.

Se destacó la importancia de las medidas de prevención, derivación oportuna, control prenatal, rescate de los contactos, asociación con otras coinfecciones y hábitos de riesgo, para lograr una detección precoz y un tratamiento oportuno de la enfermedad.

Palabras clave: Sífilis, Variables epidemiológicas, Diagnósticos diferenciales, localizaciones.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa con afectación sistémica, de evolución crónica, con períodos de exacerbación e intervalos de latencia, cuyo agente causal es el *Treponema Pallidum* subespecie *Pallidum*, bacteria microaerófila perteneciente a la familia *Spirochaetaceae*.^(1,2) De los treponemas identificados, solo cuatro causan enfermedad en el ser humano: *T.pallidum* ssp *pallidum* (sífilis), *T.pallidum* ssp *pertenue* (frambesia o pian), *T.pallidum* ssp *endemicum* (bejel) y *T.carateum* (pinta), siendo estos cuatro microorganismos parásitos obligados del hombre.

Se trata de una enfermedad que ocurre en todo el mundo, variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico.

El contagio se produce, en la mayoría de los casos por vía sexual y por pasaje transplacentario de madre a hijo durante el embarazo; la inoculación accidental y la sífilis adquirida por transfusión sanguínea son extremadamente raras en la actualidad.^(1,2) es una enfermedad que responde favorablemente a los tratamientos antibióticos adecuados.

Aunque el origen es aún incierto, diferentes corrientes históricas lo sitúan en Asia o en América previamente a los viajes de Colón, diseminándose en Europa por los marineros intervinientes en los distintos conflictos bélicos. La teoría evolucionista sugiere que es posible que la sífilis se haya desarrollado a partir de la frambesia entre los años 15000 y 3000 A.C.^(2,3)

El nombre “Sífilis” se adjudica al poema de Girolamo Fracastoro quien, en 1530, narró las desventuras de un pastor llamado Syphilo que, castigado por el dios Apolo, sufrió

una enfermedad repulsiva. También se conoce a la enfermedad con el nombre de lúes, término introducido por Jean Fennel, en el siglo XVI, que significa plaga o pestilencia en latín.

En la edad media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, y devastó pueblos y ciudades enteras. Desde principios del siglo XVI se consideró un azote para la humanidad, siendo recordada la epidemia que padeció el 15% de la población europea en esos tiempos.⁽⁴⁾

Durante el transcurso del siglo XX acontecieron los grandes avances científicos relacionados con la enfermedad: en 1905 el zoólogo Fritz Schaudinn y el dermatólogo Erich Hoffmann descubrieron el agente causal, en 1906 se desarrollaron por primera vez las serorreacciones para sífilis por Wassermann, Neisser y Bruck, y en 1928 Fleming descubre la penicilina. En el año 1941 comienzan a usarse las pruebas no treponémicas como test diagnóstico y, dos años después, se introduce la penicilina como tratamiento de la enfermedad.

Con el advenimiento de las técnicas de Inmunofluorescencia, en 1962, comienza a utilizarse la FTA-abs como prueba específica y con posterioridad, en la década de los 90, comienzan los estudios con PCR^(5,6).

Hacia fines del siglo se logra la secuenciación completa del genoma del *Treponema Pallidum*.^(7,8)

Actualmente la investigación inmunogénica es promisoría y permite hipotetizar sobre la creación de vacunas eficaces debido al conocimiento de posibles proteínas inmunógenas de la espiroqueta encontrándose los protocolos en fase de investigación. La distinta polaridad de respuestas inmunes y sus variaciones a perfiles Th1 y Th2 durante el transcurso de la enfermedad explicarían la evolución de la misma con brotes y remisiones.^(8,9)

La sífilis mostró un marcado aumento de la tasa de incidencia en los países occidentales a partir de 1955; entre los años 1958 y 1960 se manifestó un descenso de esta enfermedad, y ocurrió un aumento a partir de los años 70 (según datos de la OMS). Desde esa época se consideró la existencia de millones de sifilíticos repartidos en forma desigual a nivel mundial y se explicó la diseminación y reaparición de la enfermedad a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas y a los puertos como grandes reservorios de treponemas.⁽¹⁰⁾

Estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual en el mundo, y de ese total 8,5 millones son por sífilis.^(10,11)

Durante la década de los ochenta se produjo un resurgimiento de la enfermedad con un desproporcionado aumento de casos en los varones homosexuales que, poco a poco, fue decreciendo debido a la adquisición de prácticas sexuales más seguras. Coincidiendo con este descenso, aparece un rápido incremento de sífilis en los heterosexuales, reflejado en la frecuencia de la infección detectada en mujeres y neonatos ^(4,10,11)

Según estimaciones de la OMS, en 1995 el número de casos nuevos en el mundo fue de 12 millones con una incidencia estimada del 0.4% de la población mundial, correspondiendo a América latina y Caribe un total de tres millones de dichos casos, donde la sífilis afecta a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables.

Mediante un estudio realizado en Centroamérica en el año 2003, titulado Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) se determinó que el índice de prevalencia de sífilis en hombres homosexuales oscilaba entre un 5% en Honduras y un 13%

en Guatemala. En Sudamérica, en consumidores de drogas de Argentina y Uruguay se estimó una prevalencia de sífilis del 4.2% y 4.1% respectivamente.⁽¹¹⁾

A su vez, la incidencia de sífilis congénita en el mismo estudio fue de 0.5 por mil nacidos vivos en Bolivia, 1 por mil nacidos vivos en Perú, 1.5 por mil nacidos vivos en Colombia, 2 por mil nacidos vivos en Paraguay, 0.5 por mil nacidos vivos en Chile, 1 por mil nacidos vivos en Argentina y 4 por mil nacidos vivos en Brasil.

En general, en el continente americano las tasas de incidencia de sífilis son de 2 a 5 veces más elevadas que en los países industrializados; además, se registró un aumento de la incidencia de sífilis congénita, hecho que podría estar relacionado con la optimización de la calidad del registro.

En otro estudio realizado por U.Laeger en Dinamarca que abarcó desde el año 1994 hasta el 2000 se investigó la incidencia de sífilis, HIV y gonorrea, comparando dichas enfermedades entre inmigrantes africanos y nativos de la ciudad de Danes. Se detectó que los inmigrantes presentaban una incidencia de sífilis y gonorrea cinco veces más alta que el grupo de nativos y una incidencia de HIV seis veces superior.^(12,13)

Por otra parte, en San Francisco (EEUU), entre los años 2000-2005, se realizó un análisis estadístico donde se estudiaron variables de sífilis entre ambos sexos, razas y grupos étnicos. Mediante este trabajo se concluyó que el número de casos aumentó de 2.1 a 2.7 por 100.000 habitantes y el 70% de estos casos correspondieron al sexo masculino. En cuanto a las variaciones raciales se detectó que la sífilis era 9 veces más frecuente en los individuos de raza negra que en los de raza blanca.

En cuanto a la situación de nuestro país, la República Argentina presentó un registro de 4934 casos en el año 2000, observándose un incremento a 6254 en 2002 y en 2003 fueron detectados 7345 casos nuevos, según estadísticas realizadas por el Ministerio de la Nación; el mayor número de casos registrados se concentra en Misiones, Tucumán, Jujuy y Mendoza.

La sífilis forma parte del grupo de infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales constituyen una de las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad,

discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo, constituyendo el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria.

Las ITS más frecuentes son vaginosis bacteriana, herpes genital, clamidiasis, gonorrea, candidiasis, infecciones por papiloma virus humano, hepatitis B, aftas, sífilis y VIH-SIDA. Es común la asociación de la sífilis con estas infecciones.^(1,2,3,10)

Según estimaciones de la OMS una de cada 100 personas realiza una consulta anual por estas enfermedades en los países industrializados, en tanto que en muchos países en vías de desarrollo las mismas están entre las 5 primeras causas de morbilidad.

La sífilis, como otras ITS , se encuentra encuadrada dentro del marco legal, con leyes que regulan la actividad médica y los derechos y deberes de los pacientes (ley 12331). Entre los puntos normatizados figura la denuncia obligatoria de la enfermedad y el tratamiento que por ley debe cumplir el paciente.

En la actualidad esta patología es reconocida como una enfermedad de la urbanización y los viajes, que reemerge con intensidad en situaciones críticas, tanto económicas como sociales, pero que por otro lado constantemente mantiene cierto nivel de presencia. La última recrudescencia se produjo a partir de la aparición del HIV con el que se establece una importante sinergia epidemiológica.

Según estudios realizados en nuestro país por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus, SIDA y ETS (LUSIDA), se considera a la escolaridad como el indicador más sensible para estimar el nivel socioeconómico de la población afectada por estas enfermedades, observándose que la franja más comprometida en la actualidad es aquella con menor instrucción y que se encuentra incluida desde el nivel primario incompleto al nivel secundario incompleto.^(10,11)

El *Treponema Pallidum* es capaz de penetrar en el organismo a través de las membranas mucosas intactas o a través de heridas de la piel; se estima que un 30% de los compañeros sexuales de los pacientes infectados desarrollarán sífilis. A partir de aquí, el

microorganismo se disemina por el cuerpo humano a través de los vasos linfáticos o sanguíneos; prácticamente se considera que cualquier órgano del cuerpo humano puede ser invadido, incluyendo el Sistema Nervioso Central.

Clínicamente la sífilis se divide en una serie de etapas: período de incubación, sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente y sífilis tardía.(1,2,3)

Cada estadio de la enfermedad presenta manifestaciones clínicas, inmunológicas, serológicas y anatomopatológicas distintivas.

La sífilis primaria aparece tres semanas después de la infección y está representada clínicamente por el chancro y las adenopatías satélites o regionales. El chancro sífilítico por lo general es una lesión erosiva secundaria a una pápula indolora, rica en treponemas. Puede estar oculto en el recto, canal vaginal, cuello uterino u orofaringe. El diagnóstico positivo se realiza por medio de la investigación del *T.Pallidum* en la serosidad del chancro, por el método del fondo oscuro. También puede realizarse la detección de anticuerpos que aparecen en sangre entre una y cuatro semanas después del chancro.

Los diagnósticos diferenciales incluyen chancro blando, herpes simple, granuloma inguinal, balanitis, herpes zoster, hidrosadenitis, micosis profundas, epiteloma espinocelular ulcerado y eritroplasia de Queyrat.(10)

La sífilis secundaria se manifiesta luego de 45 a 60 días luego de haber aparecido el chancro, se caracteriza por lesiones cutáneas múltiples, polimorfas, generalizadas, contagiosas y resolutivas espontáneamente, a veces coexistiendo en toda su plenitud, a veces poco floridas, con presentación en brotes. La afectación ganglionar es casi constante y muy frecuente es la afectación mucosa, con lesiones sumamente contagiosas.

Las lesiones cutáneas son tan polimorfas, que se le ha adjudicado a la enfermedad el nombre de la “gran simuladora”.

Durante el transcurso de los años 1998-2002 se realizó en Chicago (EEUU) un estudio retrospectivo sobre 962 personas con sífilis donde se detectó que en el

13% de las mismas la vía de transmisión responsable fue el sexo oral. Aunque esta práctica conlleva un riesgo bajo de transmisión de HIV, la presencia de lesiones sifilíticas incrementarían mucho el riesgo de contagio del retrovirus.⁽¹⁴⁾

El diagnóstico de la enfermedad durante este período secundario se realiza mediante la clínica y la positividad de las pruebas treponémicas específicas y no específicas.

Los diagnósticos diferenciales del secundarismo deben plantearse con la roseola medicamentosa, pitiriasis rosada de Gibert, enfermedades eruptivas, pitiriasis versicolor acromiante, eccematide acromiante, reacciones liquenoides y psoriasis.

Entre las formas raras de sífilis se encuentran la sífilis nodular y la sífilis maligna, esta última más frecuente en hombres, que transcurre quemando etapas, pudiéndose ver superposición de sífilis primaria y secundaria.

La sífilis latente es una variedad asintomática de sífilis que se caracteriza por poseer pruebas serológicas reagínicas reactivas, confirmadas con serologías treponémicas sin manifestaciones clínicas de la enfermedad; con fines epidemiológicos se clasifica a la sífilis latente en reciente y tardía.

La sífilis terciaria aparece años después de haberse iniciado la enfermedad, es infrecuente en la actualidad y se la divide en grave cuando compromete el sistema nervioso y el aparato cardiovascular y en benigna cuando involucra piel, mucosas y resto de órganos internos.^(15,16,17)

Las lesiones cutáneas de la sífilis terciaria se manifiestan por la presencia de tubérculos y gomas.⁽¹⁸⁾; según estudios realizados se detectó que el 25% de los pacientes que presentan gomas tienen participación del sistema cardiovascular.

Los diagnósticos diferenciales incluyen psoriasis (en la forma de presentación similar psoriasis), granuloma anular, sarcoidosis (en la descripta presentación similar sarcoidosis) y pioderma gangrenoso en la presentación tipo pioderma gangrenoso descripta en 1987 por Vaillant L. y col.⁽¹⁸⁾

Referente a la coinfección sífilis-HIV se ha detectado que del estado inmunitario del paciente afectado por el VIH dependerá la mayor o menor agresión de la infección por el *Treponema Pallidum*.

Con recuentos bajos de linfocitos CD4 la sífilis puede comportarse como la sífilis maligna con progresión a formas severas y mayor compromiso del SNC, acortamiento del período de latencia de la enfermedad originando menor eficacia de la terapéutica. A nivel serológico pueden observarse falsos negativos (fenómeno de prozona). En todo paciente VIH reactivo debe investigarse sífilis y viceversa, además de otras infecciones sexuales.^(19,20)

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada que no haya recibido tratamiento adecuado; forma parte de las infecciones congénitas o TORCH. Se produce con más frecuencia cuando el feto se infecta in útero, aunque es posible al pasar por el canal del parto. La tasa de transmisión es de un 80-90% durante los estadios tempranos de la infección, con un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la enfermedad.^(1,2,3,8)

El tratamiento adecuado de la madre antes de las 16 semanas de embarazo puede prevenir la sífilis congénita; si el diagnóstico y tratamiento se retrasan, la terapia adecuada puede no prevenir los estigmas de la sífilis prenatal.

Según estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud de la Nación la frecuencia de sífilis prenatal en la ciudad de Buenos Aires se estima en 5,5 casos por cada 100.000 habitantes. El principal motivo de sífilis congénita es la falta de cuidado prenatal incluyendo la promiscuidad de los padres, el uso de drogas intravenosas por parte de la madre; también intervienen fallas médicas en el control, en el registro de la enfermedad, mala interpretación de resultados serológicos o retardo en la iniciación terapéutica.⁽²¹⁾

La sífilis prenatal temprana es la que se desarrolla desde el nacimiento hasta los dos años de vida; las manifestaciones clínicas son variadas, un tercio de los recién nacidos son asintomáticos al nacer, otro porcentaje igual presenta signos inespecíficos y los restantes nacen muertos o sobreviven pocas horas.

La sífilis prenatal tardía se manifiesta desde los dos hasta los treinta años. Pueden presentar compromiso otológico, oftalmológicos (queratitis y coriorretinitis), variadas manifestaciones osteoarticulares y odontológicas y manifestaciones cutáneas como tubérculos y gomas.^(1,2,20)

En la embarazada, según las normas del Ministerio de Salud de la Nación deben solicitarse pruebas no treponémicas en el primer trimestre, tercer trimestre y parto si la última fue realizada más allá de 1 mes previo al mismo.

En cuanto a las pruebas serológicas utilizadas a los fines del diagnóstico se dividen en no treponémicas de las cuales la más usada en nuestro país es el Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) debiéndose solicitar cuali y cuantitativa y la Reagina Plasmática Rápida (RPR), que detectan anticuerpos anticardiolípidinas; se debe considerar que suelen dar falsos resultados negativos en fase inicial de la infección, infección perinatal reciente y en enfermos infectados de HIV y falsos positivos generalmente a títulos bajos en embarazo, colagenopatías, TBC y otras patologías infecciosas ; y las pruebas treponémicas , específicas: Test de Inmunofluorescencia (Fta-abs), aglutinación de partículas (TP-PA), y microaglutinación (MHA-TP) pudiéndose detectar falsos positivos en otras espiroquetosis.
^(1,2,20,21)

Para seguimiento clínico se utiliza curvas serológicas de pruebas no treponémicas.

El control de la madre durante el embarazo y la detección de enfermedades, en especial en poblaciones marginadas o en personas con conductas de riesgo, es muy importante, no solo para prevenir secuelas , a veces irreversibles en la madre y en el niño, sino también para disminuir los costos sociales y de salud., por lo cual se insiste en la realización de exámenes para la detección de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, además del seguimiento clínico y ecográfico.

En un informe realizado por el Banco Mundial en 1995 sobre el Desarrollo Mundial se estableció que la detección y el tratamiento prenatal de la sífilis es una de las intervenciones disponibles más costo-efectivas.

En base a varios estudios realizados en el período de tiempo comprendido entre 1992 y 1995 en una población de Africa Sub-sahariana en donde se detectó que el 4% de las embarazadas sobre un total de 20000 mujeres gestantes estudiadas presentaron positividad para la Prueba de Reagina Plasmática Rápida (PRP) con títulos superiores a 1:8 ; se estimó el costo por caso evitado de sífilis congénita que oscilaría entre 50 y 318 dólares.⁽¹⁹⁾

Recientemente el CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades) ha lanzado un plan nacional para la eliminación definitiva de la sífilis en los Estados Unidos, interpretando la existencia actual de una epidemia que afecta a los sectores marginales de la población acosados por la pobreza, el desempleo, la adicción a drogas, escaso acceso a la educación y a los sistemas de atención de la salud.

Dadas las características primordialmente cutáneas de su presentación clínica es fundamental reconocer sus actuales manifestaciones; se enfatiza la importancia de la evaluación de los contactos, considerándose factibles de infección a todas las personas que estuvieron en contacto con la persona infectada, independiente del estadio clínico de la enfermedad; la evaluación será clínica y serológica, el tratamiento según la valoración resultante y el seguimiento pautado.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es estimar la incidencia de sífilis en la población que concurrió a la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de la ciudad de La Plata durante entre marzo de 1999 y diciembre de 2003.

Se considera como objetivo secundario la determinación de la incidencia de sífilis por detección de contactos correspondientes a los pacientes incluidos en este estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que fueron atendidos en un Servicio de un Hospital General de Agudos de la ciudad de La Plata, en el período comprendido entre el 1° de enero de 1999 al 31 de diciembre de 2003 inclusive.

Del total de pacientes que consultaron se seleccionaron los aquellos que ingresaron con diagnóstico de sífilis al sector de Enfermedades de Transmisión sexual .

Las variables que fueron tenidas en cuenta para la realización del presente trabajo fueron edad, sexo, procedencia, factores de riesgo, formas clínicas de presentación de la patología, forma de ingreso de los pacientes al servicio y presencia de coinfecciones.

Los factores de riesgo analizados fueron alcoholismo, entendiéndose por tal de acuerdo a definición de la OMS trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia al alcohol expresado a través de la incapacidad de detener la ingestión de alcohol y la incapacidad de abstenerse del mismo; drogadicción entendiéndose por tal el consumo de drogas con fines distintos por los cuales fueron prescriptas que originan tolerancia y dependencia física y psíquica, investigándose puntualmente el consumo de heroína, cocaína y marihuana y promiscuidad, entendiéndose por tal la presencia de más de una pareja sexual.

Las coinfecciones investigadas fueron HIV, realizándoseles a todos los pacientes a los cuales se les detectó sífilis test de ELISA y Western blot al inicio y se repitió a los tres meses en los resultados negativos, papilomavirus (HPV) mediante el examen clínico y biopsia en los casos dudosos, hepatitis B y C solicitando serología específica para dichos virus, uretritis mediante el examen físico y bacteriológico en caso de supuraciones genitales y herpes simple diagnosticado por la clínica y estudio histopatológico.

Por otra parte además se realizó la búsqueda epidemiológica de los contactos considerando las parejas sexuales de los últimos tres meses para la sífilis temprana y del último año para los casos de sífilis tardía, evaluándolos clínica y serológicamente y tratados según la valoración resultante incluyendo a los casos con sífilis dentro de la presente muestra.

A todos los pacientes se les realizó tratamiento penicilínico según normas del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires y se realizó seguimiento clínico y serológico con el test de VDRL cuantitativa durante dos años para sífilis temprana y tres años para sífilis tardía.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con serología específica en determinaciones sanguíneas para sífilis positiva (Fta-abs) con o sin clínica compatible con la enfermedad y para los casos de neurosífilis clínica compatible con afección del SNC asociado a Fta-abs positiva en sangre y presencia de alguno de estos parámetros de laboratorio en LCR: VDRL reactiva, hiperproteíorraquia y pleocitosis.

Los criterios de exclusión fueron los pacientes que documentaron estar realizando tratamiento en otro servicio de la especialidad.

Para el estudio estadístico se aplicó el Test de la Diferencia de Proporciones .

RESULTADOS

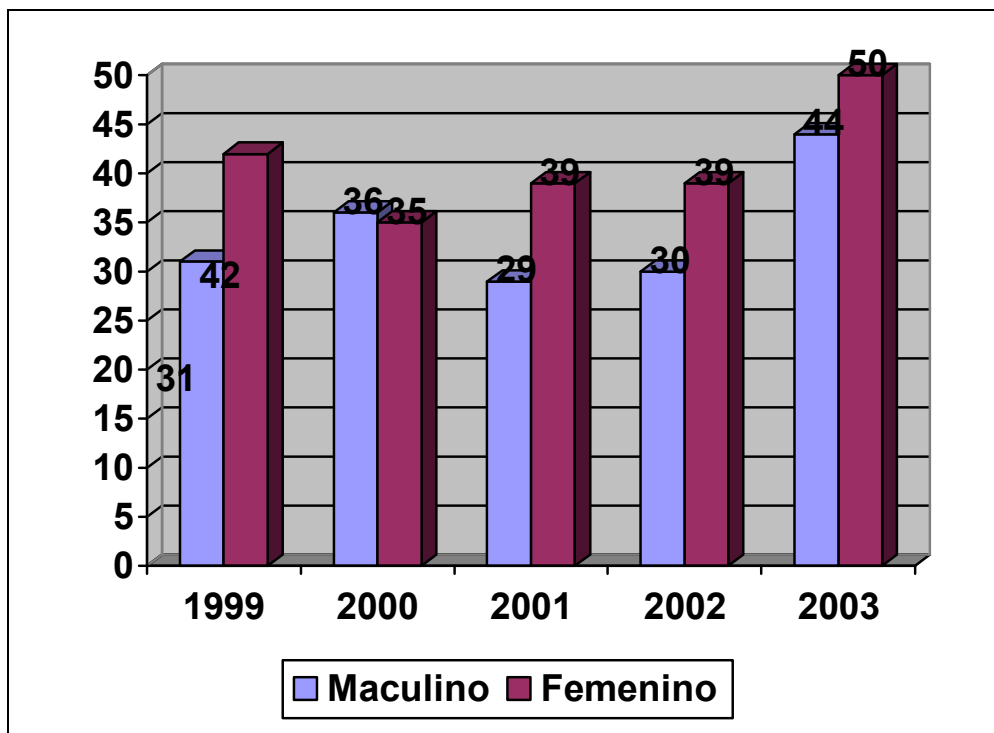
Sobre un total de 34.794 pacientes que consultaron al Servicio de Dermatología durante el período de tiempo comprendido entre el 1° de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003 inclusive, se constató la presencia de sífilis en 375 de ellos (1,077%).

De ello podemos inferir un incremento en el registro del número de consultas realizadas en el último año, destacándose que el porcentaje de casos se mantiene similar.

(Tabla 1)

	N° de consultas de 1° vez	N° de pacientes con sífilis	%
TOTAL	34794	375	1,07
1999	6730	73	1,08
2000	6558	71	1,08
2001	6290	68	1,08
2002	6384	69	1,09
2003	8832	94	1,06

TABLA I. N° de consultas de 1° vez y de pacientes con sífilis. Desde el año 1999 al 2003



Graf. I : Relación entre hombres y mujeres en la presentación anual de sífilis.

Mediante el Test de la diferencia de Proporciones se demostró que no existen diferencias significativas por sexo en la incidencia de la edad. (Tabla II)

EDAD	Nº Pac. femeninos	%	Nº Pac. masculinos	%	P
0-15	0	0	1	0,2	-
16-30	100	26,6	58	15,4	0,153
31-45	67	17,8	68	18,13	0,862
46-60	25	6,6	34	9,06	0,888
+ 60	8	2,13	14	3,73	0,288
TOTAL	200	53,3	175	46,6	-

TABLA II : Distribución de casos de acuerdo a la edad y al sexo.

Todos los pacientes incluidos en este trabajo fueron de nacionalidad argentina; en el Gráfico I se visualiza la distribución de los casos.

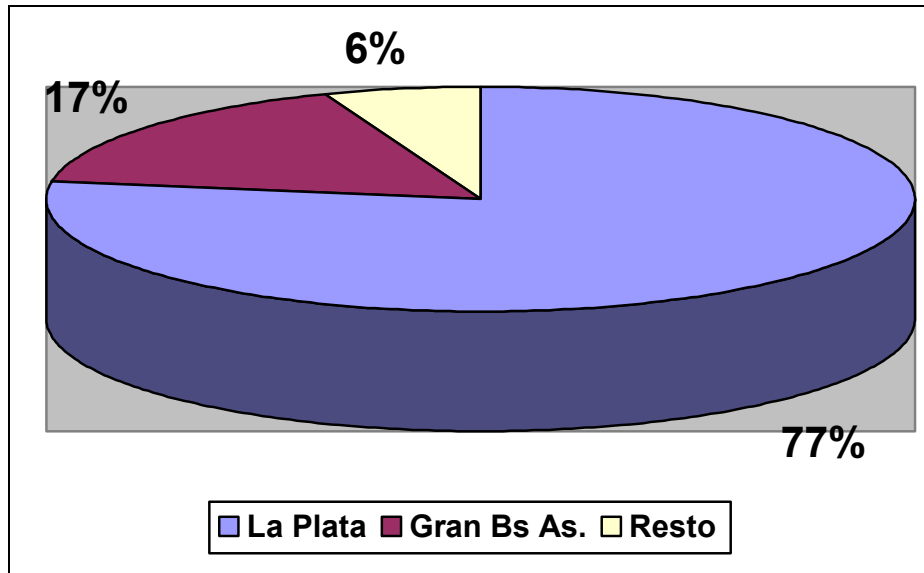


GRAFICO I : Distribución de los casos según el lugar de origen

De todos los servicios del Hospital, la mayor derivación se obtuvo del Servicio de Obstetricia con un total de 90 pacientes (31%), seguido por Clínica Médica con 64 pacientes (24%), Banco de Sangre con 44 pacientes (16,5%), Ginecología con 26 (9.7%), CUCAIBA con 23 (8,62%), Infectología con 19 (5.06%) Clínica de admisión con 11 (4,11%), Medicina Preventiva con 8 (3%) y Neurología con 8 pacientes (3%).

En cuanto a la forma clínica de presentación de la enfermedad, la mayoría de los casos fueron detectados como sífilis latente tardía. Se realizó el Test de Proporciones encontrándose diferencias altamente significativas entre los dos sexos ($P=0.000$) (GRAFICO III)

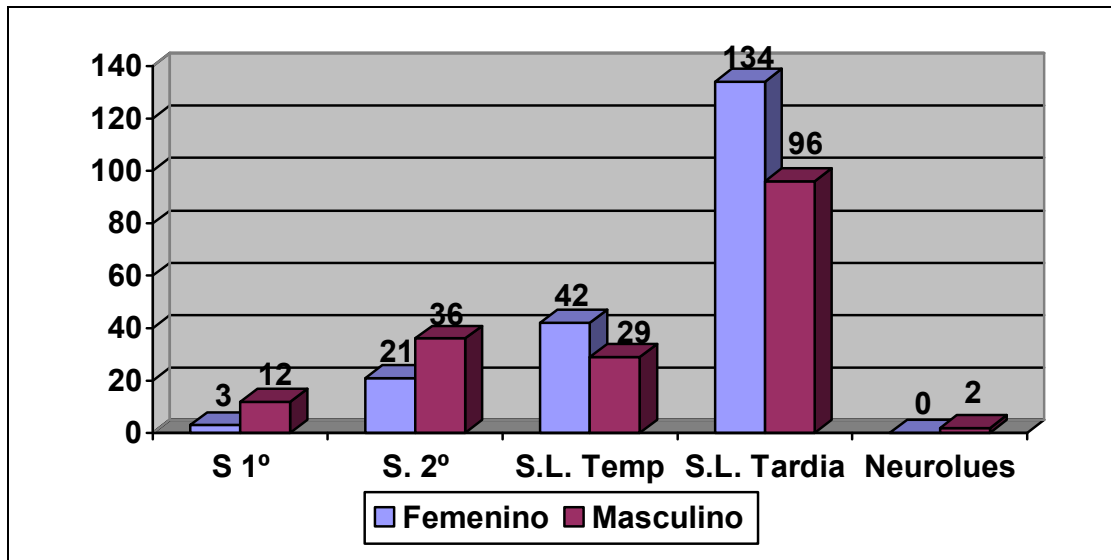


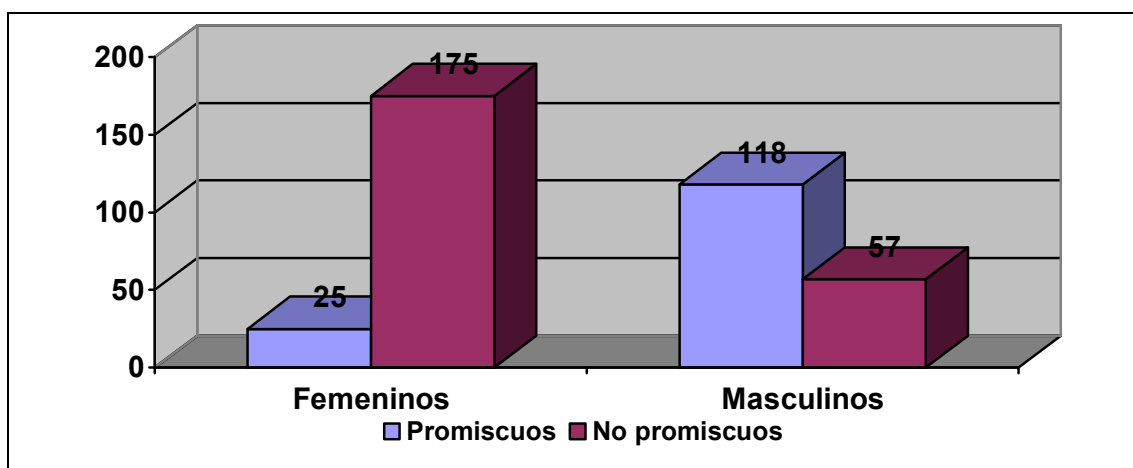
GRAFICO II : Relación entre Formas Clínicas de Presentación y Sexo

El 51,5% de las mujeres de infectadas estaba cursando un embarazo al momento de la detección de la enfermedad.

Del total de las mujeres embarazadas con sífilis el 66% completó el tratamiento sin complicaciones en el feto; del 34% restante que no realizó tratamiento adecuado el 32% dio a luz un Recién Nacido con sífilis congénita y un 2% fueron mortinatos sifilítico.

Fueron evaluados los hábitos promiscuos, donde se encontró que la mayoría de los pacientes de sexo masculino presentaban dichos hábitos .

Con el Test de diferencia de proporciones se encontraron diferencias altamente significativas entre los dos grupos (P=0.000) .(GRAFICO IV)



GRAF. III : Numero de casos de pacientes promiscuos de acuerdo al sexo.

En cuanto al estudio de los hábitos sexuales de los pacientes de este estudio el 100% de las pacientes de sexo femenino eran heterosexuales; en cuanto a los hombres el 91 % eran heterosexuales, el 4.3% homosexuales y el 4.7 % bisexuales.

El Test de las Diferencias de Proporciones arrojó diferencias altamente significativas entre los dos sexos. (P=0.000).

Por otra parte se encontró que los hábitos tóxicos (alcoholismo y drogadicción) estaban presentes en el 17% de los hombres con diferencias significativas entre los dos sexos mediante el Test de las Diferencias de Proporciones.(P=0.000) (GRAFICO V).

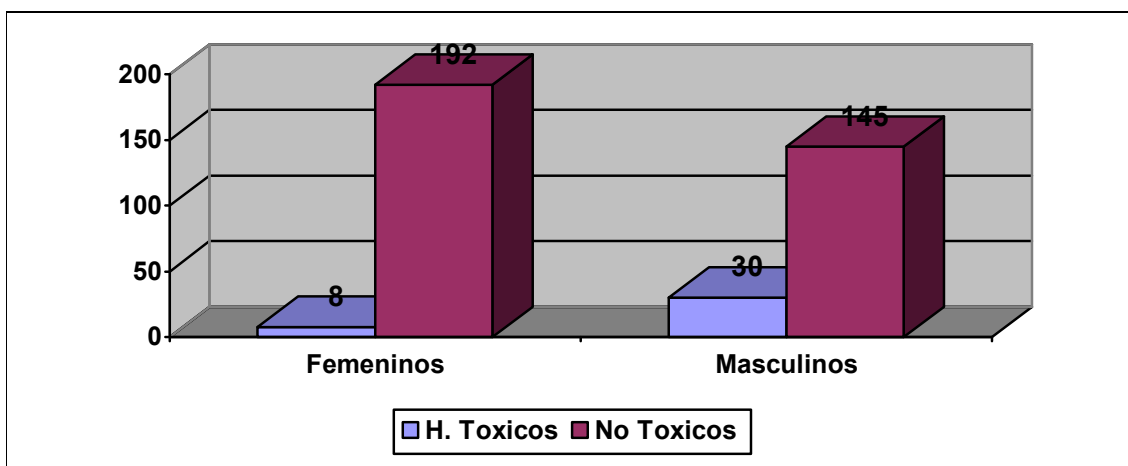


GRAFICO IV. Numero de casos de pacientes que presentaron hábitos tóxicos en ambos sexos.

Se investigó la presencia de otras coinfecciones de transmisión sexual en ambos sexos, encontrándose diferencias altamente significativas mediante el Test de Proporciones a favor del sexo masculino ($P=0.000$). (TABLA III)

COINFECCIONES	No casos femeninos	%	No casos masculinos	%
Papilomavirus	4	2	10	5,7
Uretritis	0	0	4	2,2
Herpesvirus	0	0	7	4
Hepatitis B	1	0,5	3	1,7
citomegalovirus	0	0	1	0,5

TABLA III. Número absoluto y porcentaje de pacientes con otras coinfecciones de transmisión sexual asociadas en ambos sexos.

A todos los pacientes con sífilis se le realizó estudio para detección de HIV, encontrándose reactivo en el 2% de las pacientes de sexo femenino contra el 13% de los pacientes de sexo masculino observándose diferencias altamente significativas con el Test de las Diferencias de Proporciones ($P=0.000$).

Por lo anteriormente expuesto se relacionó al sexo masculino con la presencia de mayor porcentaje de pacientes HIV reactivos, hábitos tóxicos, homosexualidad y promiscuidad.

En cuanto al seguimiento de la realización del tratamiento , el 41% de las mujeres completó el mismo, como así también lo hizo el 39.4% de los hombres. No se encontraron diferencias significativas utilizando el Test de las Diferencias de Proporciones ($P=0.888$).

Por otra parte y en forma conjunta con el Area de Servicio Social se realizó la evaluación de los contactos. Mediante esta búsqueda se detectaron 17 pacientes reactivos para sífilis en 1999 (23% de un total de 73 pacientes), 18 pacientes en 2000 (24% de 71 pacientes) 17 pacientes de 68 (25%) en 2001, 19 pacientes de 69 en 2002 (27.5%) y 13 de 94 en 2003 (13.8%). Mediante este estudio adquirió relevancia el rescate de contactos a los fines de detección de nuevos casos.

CONCLUSIONES

A pesar de todos los adelantos logrados durante el transcurso del Siglo XX, en lo referente al conocimiento de la sífilis, continúa siendo un grave y afligente problema sanitario.

La vigencia de este antiguo padecimiento, hace imprescindible que se extremen las medidas educativo-sanitarias hacia la comunidad y lograr que las mismas se cumplan, con ello se conseguiría un mejor control de la afección.

Aunque esta enfermedad afecta a cualquier sexo, edad y condición social, prevalece como otras ITS en los sectores de menor nivel socioeconómico y de instrucción precaria; se considera de utilidad el esclarecimiento con mayor acento en estos grupos, tratando de mejorar su nivel educativo entre otros aspectos.

- Se recomienda instruir a la población para poder disminuir el consumo de alcohol y drogas.
- Promover en la población femenina, las consultas ginecológicas para favorecer el diagnóstico temprano de sífilis y de otras enfermedades de transmisión sexual.

- Instruir a las mujeres gestantes para que no omitan los controles correspondientes y que los mismos incluyan las pruebas sexológicas para detección de sífilis y el seguimiento en los casos en que se considere necesario.
- Fomentar el diálogo fluido con los servicios afines en el ámbito hospitalario para arribar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Realizar un correcto registro de los casos, denunciar las ITS en forma obligatoria, prescribir el tratamiento adecuado de acuerdo al estadio clínico y constatar el seguimiento de los pacientes.
- Investigar en conjunto con el Area de Servicio Social todos los posibles contactos, con la finalidad de prevenir la diseminación de la enfermedad y/o la aparición de reinfecciones.

DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis del estudio anteriormente realizado se detecta un promedio de 70 casos por año de sífilis entre los años 1999-2002, ascendiendo a 94 casos registrados en 2003. Dicho incremento en el N° de casos detectados se debe al incremento en el N° de consultas recibidas en este último año, dado que la incidencia se mantiene similar.

El rango de edad dominante para los pacientes femeninos se encuentra entre los 16 y 30 años; para los pacientes de sexo masculino el rango de edad dominante se encuentra entre los 31 y 45 años. El rango de edad dominante en las mujeres se relaciona con la fuerte derivación obstétrica de la muestra.

La mayoría de las consultas proceden de la ciudad de la Plata, sólo un 16% del Gran Buenos Aires y 6% del interior del país.

En cuanto a las formas clínicas de sífilis que presentaban los pacientes al momento de detectarse la enfermedad, la amplia mayoría (61%) de los casos correspondieron al tipo de sífilis latente tardía, período asintomático que solo es detectable por pruebas serológicas.

Las mujeres embarazadas constituyeron el 51,5% del total de las mujeres con sífilis y el 34% de las mismas dieron a luz recién nacidos con sífilis congénita.

En coincidencia con el trabajo realizado por Laeger en Dinamarca (12) y por Berdasquera en Cuba (11), los hábitos promiscuos y las conductas homosexuales prevalecieron en los pacientes de sexo masculino.

Por otra parte, se constató que el 14% de los hombres y el 2.5% de las mujeres presentaban otras infecciones de transmisión sexual; entre los hombres se encontró Papilomavirus(HPV), Herpesvirus (VHS), uretritis, Hepatitis B (VHB) y Citomegalovirus (VMC); en mujeres sólo fueron detectadas coinfecciones por HPV y VHB.

En todos los pacientes se solicitó serología para HIV; se diagnosticó su positividad en mayor porcentaje de hombres (13%) que de mujeres (2%).

En un alto porcentaje de casos, mediante el método de rescate de contactos, se arribó al diagnóstico de sífilis.

El tratamiento fue realizado en forma completa y adecuada, para ambos sexos, solo en el 40% de los casos; en todos los pacientes se administró penicilina, no registrándose casos de alergia medicamentosa.

Mediante este estudio además se constató que el 8% de los casos consultó en forma espontánea, el 13% por rescate de contacto y la gran mayoría (79%) de los casos por derivación interna.

Los servicios de Obstetricia, Clínica Médica y Banco de Sangre representaron el 71,5% de las derivaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1- Marini M., Oxilia M., Sífilis. En Marini M., Oxilia M...1 Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del SIDA ° Ed. Editorial Marymar S.A. Buenos Aires 1999, Cap 3:15-50 y Cap 15:199-204.

2- Vigliolia P., Sífilis. En Vigliolia P., Woscoff A.. Enfermedades de transmisión sexual y sida. !° Ed Lopez Libreros Editores SRL. Buenos Aires 1997, 15-20.

3- Sanchez M., Sífilis. En Freeberg I., Eisen A., Wolf K., Goldsmith L., KaS., Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 6° Ed. Mc Graw-Hill Companies, Inc., New Cork 2003, Cap 228:2445-2475

4- TramontE Donald, Treponema pallidum (sífilis). Rn Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas. Principios y Práctica. 5° Ed. Editorial Médica Panamericana 2002. Buenos Aires 2002; Cap:24:3005-3024.

5- Hay P., Clarke J., Strugnell R., Taylor-Robinson D., Goldmeier D., Use of the polymerase chain reaction to detect DNA sequences specific to pathogenic treponemes in cerebrospinal fluid. FEMS Microbiol Lett 1990; Cap 56:233-238.

6- Burstein J., Grimpel E., Lukehart S., Norgard M., Radolf J., Sensitive detection of Treponema pallidum by using the polymerase chain reaction. J Clin Microbiol 1991; J Clin Microbiol 1991; 29 (1):62-69.

7- Fraser C. et al., Complete Genome Sequence of Treponema pallidum, the Syphilis Spirochete. Science 1998; Vol 281:375-388.

8- Morgan C., Lukehart S., Van Voorhis W., Immunization with the N-Terminal Portion of Treponema pallidum Repeat Protein K Attenuates Syphilitic Lesion Development in the Rabbit Model. Infect Immun 2002; 70 (12): 2611-6816.

9- Troielli, Patricia Respuesta Inmune en la patogenia de la sífilis. SAD Vol VII N° 2 2001.

10-Harris ,SA.La sífilis en el momento actual.en:Picazo JJ, Bouza E (eds) Infección 1999.Servisistem 2000 SL, Bilbao, 1999, pp 177-216

11- Berdasquera C, Alvarez M. Sífilis :pasado y presente. Revista cubana de Higiene y epidemiología V42 N°2 agosto 2004.

12-Laeger Ugeskr.Sexually transmitted infections among immigrants in Denmark.2000 Nov 13;162(46):6237-40.

13- JAMA.Primary and secondary syphilis.United States, 2003-2004.Vol 295N° 16, April 26, 2006.

14- Di Clemente RJ Sexual Risk behaviours associated with having older sex partners: a study of black adolescent females.Sex transm Dis, 2002 Jan;29(1):20-4.

15- Tejeiro e Auster M., Bonafina O., Sífilis terciaria ulcerogomosa.A propósito de un caso insólito.Rev Arg Dermatosisif 1993 ;224-227.

16- Handsfield H., Lukehart S., Norris S., Holmes K., Demonstration of Treponema pallidum in a Cutaneous Gumma by Indirect Immunofluorescence.Arch Dermatol 1983; Vol 119: 677-680

17- Zochling N., Schuluepen E., Soyer H., Kerl H., Volkenandt M.Molecular detection of Treponema pallidum in secondary and tertiary syphilis.British J Dermatol 1997; 136: 683-686.

18- Vaillant L., Body S., Grangeponde M., Moneguer du Sorbier C., Le Marchand D., Lorette G., Ulceration de jambe. A type of pyoderma gangrenosum.Ann Dermatol Venereol 1987 ; 114 :699-702

19- Hook,E Syphilis control.A continuing challenge.The New England Journal of Medicine.vol 351:122-124.July,2004.

20- Kaminsky A., Jaimovich L., Sífilis.Rev Asoc Med Arg 1991; Vol.93(3): 116.

21- Olansky S.Late benign syphilis.Med Clin.North Am 1994; 48:653-665.

22- Pavia C., Niederbuhl C.,Acquired resistance and expression of a protective l response in guinea pigs infected with Treponema pallidum Nichols.Infect in 1995 vol 3 :215-216.

23- Stella S., Matsuda J., Mc Elgunn P., Ellis C.. Nodular late syphilis.J Am Acad Dermatol 1989;9: 269-272.

24- Brown D., Frank J., Diagnosis and Management of Syphilis. American Family Physician 2003; Vol 68(2): 283-29.

25- Pembroke A., Michell P., Mckee P., Nodulo-squamous tertiary syphilide. Clin Exp Dermatol 1980; 5:361-364.

26-Seoane M., Carrera L.La sífilis histórica ignorada osteocutánea. Una observación.Rev Arg Dermatosisif 1996; 146-147.

27-Yobs A., Olansky S., Rockwell D., Clark J., Do Treponemes Survive Adequate Treatment of Late Syphilis?. Arch Dermatol 1965; vol 91:379-389.

28-Weedon D. Infecciones por espiroquetas, en Weedon D., Strutton G.:Piel.Patología, Ed Original.Edit Marbán Libros, S.L., España 2002; cap 24: 549-553.

29- Peri., Lofgren R., Secondary and tertiary syphilis presenting as sarcoidal reactions of the skin.CUTIS 1994; Vol 34:253-259

30- Morgan C., Molini B., Lukehart S., Van Boris W., SAgregation of B and T Cell Epitopes of Treponema pallidum Repeat Protein K to Variable and Conserved Regions During Experimental Syphilis Infection.J Inmun 2002; 169:952-957.

31-ClarckE.,DanboltN., The Oslo study of the natural course of untreated syphilis.Med Clin North Am 196.

32-Sun E., Molini B., Barrett L., Centurion L., Lukehart S., Van Voorhis W., Subfamily Treponema pallidum repeat protein family: sequence variation an immunity.Microbes Infect 2004; 6(8): 725-737.