

## Sífilis secundaria. A propósito de un caso

M.C. Rodríguez Caldero<sup>a</sup> y C. Burgos Díez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia y <sup>b</sup>R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. SACYL Área Oeste de Valladolid.

### INTRODUCCIÓN

De distribución mundial, la sífilis se considera enfermedad de transmisión sexual, a pesar de la sífilis congénita (transmisión materno-fetal) y la sanguínea (en período bacteriémico), hoy casi inexistente. Se han declarado 700 casos nuevos en España en el último año, 16 en Castilla y León (5 en Valladolid); con la tendencia descendente de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). La población de riesgo también se ha modificado. En los años ochenta eran la mayoría varones (homo y bisexuales). Hoy, debido al cambio de hábitos sexuales por la epidemia de sida, es más frecuente en varones y mujeres heterosexuales.

### EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 26 años que trabaja de dependiente en una franquicia de ropa. Acude a consulta por unas lesiones rojas algo pruriginosas de 8 días de evolución en palmas y plantas de los pies (figs. 1 y 2).

Entre los antecedentes familiares y personales cabe citar que no es alérgico a medicamentos ni a sustancias ambientales, y no ha estado enfermo salvo en la infancia, que padeció sarampión, varicela y una amigdalitis fuerte. Sin traumatismos, ni intervenciones quirúrgicas. Nunca ha fumado, toma alcohol con moderación algunos fines de semana, no consume drogas ilegales y lleva una vida activa debido a su trabajo. Su dieta es normocalórica y variada, algo pobre en verduras pero con frutas y lácteos. Vive en un piso compartido. Parece animado y contento.

### Consultas anteriores

#### Primera consulta: agosto de 2000

Se encuentra cansado y le parece que está perdiendo pelo. Acaba de empezar en el nuevo trabajo y está algo nervioso. Tensión arterial (TA) 131/58 mmHg; frecuencia car-

**Figura 1.** Lesiones rojas pruriginosas en palmas de las manos y dorso de los pies.

**Figura 2.** Lesiones rojas pruriginosas de 8 días de evolución en plantas de los pies.

diaca (FC) 66 lpm. Peso 73 kg; talla 179 cm; índice de masa corporal (IMC) 22,5%. Sarro en boca sin caries y con buena oclusión. Resto de exploración física normal (buena coloración de piel y mucosas, pelo fuerte y negro, sin alopecia. Auscultación pulmonar y cardíaca normal). En la analítica se apreció una bioquímica normal (glucemia: 90 mg/dl, colesterol 111 mg/dl, TG 44 mg/dl; gammaoxalato-transaminasa (GOT) 18 UI/l; GPT 16 UI/l. GGT 12 UI/l), el hemograma fue normal: sideremia 85 mcg/dl, ferritina 76 ng/ml; plaquetas 203 10<sup>3</sup>/l. El electrocardiograma (ECG) fue normal. Se pone recuerdo de VAT aconsejándole acudir a su dentista para realizar limpieza de boca; se le prescribe un complejo vitamínico.

Correspondencia:  
M.C. Rodríguez Caldero.  
C/ García Morato 14, 5º A.  
47007 Valladolid.  
Correo electrónico: cristinarguez@terra.es.

Recibido el 31-10-2002; aceptado para su publicación el 13-02-2003.

**Segunda consulta: agosto de 2002**

Gran cansancio y sensación de mareo. Exploración normal, sin signos de vértigo. Analítica: GOT 62 UI/l; GPT 118 UI/l y GGT 64 UI/l, resto normal.

**Situación actual**

Las pápulas rojas no desaparecen a la presión. Se pide consulta a dermatología y nueva analítica con marcadores de hepatitis B y C que fueron negativos. Se prescribe crema de corticoides y se le cita a los 8 días (ya que la consulta con dermatología se demorará) y se comentará el caso en el centro de salud.

Como continúan las pápulas (quizá más extendidas y secas), se rehace la historia interrogando al paciente sobre su vida sexual. Dice no haber tenido úlceras, ni adenopatías y quizá hace un año tuvo una relación sexual de riesgo, no siendo posible profundizar en el tema para averiguar contactos. En la exploración se aprecian dos vesículas en pene. Se pide ecografía abdominal, análisis de orina: hematíes (+) y sedimento con uratos amorfos y algún hematíe; marcadores de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (–) y serología para sífilis: *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) 1/32. TPHA (+). Ac IgG anti *T pallidum* (+). Ac IgM anti *T pallidum* (+). Se inicia el tratamiento con penicilina G benzatina 2.400.000 U, explicándole la enfermedad y se le cita al día siguiente para hacer encuesta epidemiológica, pero no acudió. A la semana viene para continuar el tratamiento. Nos manifiesta que es homosexual y practica sexo anal.

**DISCUSIÓN**

Enfermedad sistémica crónica causada por el *Treponema pallidum*, moderadamente contagiosa (10% tras coito único y hasta 50% tras contactos repetidos). A grandes rasgos podemos diferenciar sífilis precoz, tardía y congénita

**Sífilis precoz**

Infección tras contacto con lesiones primarias o secundarias, donde se encuentran los treponemas. Pueden pasar de 10 a 90 días (período de incubación). Es posible distinguir sífilis primaria, secundaria y latente.

**Sífilis primaria**

Aparece el chancro sifilítico, úlcera indolora, redonda, de fondo y bordes duros; desaparece espontáneamente en 2-6 semanas, sin secuelas. A veces existen adenopatías regionales no dolorosas no fistulizantes y duras. La serología es positiva a los 10-15 días de aparecer las lesiones primarias.

**Sífilis secundaria**

Tras un período de latencia que oscila desde semanas hasta dos años. La espiroquetemia explica la fiebre y postración, dolor faríngeo, adenopatías y gran polimorfismo de erupciones cutaneomucosas: la sífilide macular (roseola sifilítica), que desaparece a la vitropresión, es la más temprana en tronco y pliegues y desaparece espontáneamente; las sífilides papulosas más tardías y características (por

todo el cuerpo, incluyendo cabeza, palmas y plantas), se descaman simulando una psoriasis, y con el tiempo pueden necrotizarse y formar pústulas. En pliegues húmedos (vulva o periné) pueden aparecer condilomas planos, muy contagiosos, y en mucosas placas blanquecinas. Puede haber afectación multisistémica: hepática (aumento de transaminasas), renal (proteinuria y glomerulonefritis), ósea (periostitis), ocular (uveítis o iritis), artritis, gastritis, y neurológica (cefalea síntoma de irritación meníngea).

**Sífilis latente**

Ausencia de síntomas con serología positiva y líquido cefalorraquídeo (LCR) normal. El treponema puede diseminarse intermitentemente por la sangre (una madre puede transmitírselo al feto). Fase latente precoz (un año desde la infección) y latente tardía (después del primer año).

**Sífilis tardía**

Aparece a los 2-6 años de la infección (en un tercio de pacientes no tratados) con lesiones multisistémicas, muy destructivas, algunas irreversibles a pesar del tratamiento. Contiene pocos treponemas, lo que disminuye el riesgo de contagio. Son lesiones tuberosas y gomosas: cutaneomucosas, óseas, cardiovasculares (aortitis, aneurisma aórtico), nerviosas (meningismo, accidente cerebrovascular –ACV–, y más tarde tabes dorsal y parálisis general progresiva).

**Sífilis congénita**

Es la infección del feto vía transplacentaria en cualquier momento del embarazo, aunque las lesiones suelen aparecer en el cuarto mes. Si la madre se encuentra en período precoz las posibilidades de contagio son del 90%, disminuyendo hasta el 40% en la tardía. Antes del quinto mes suele producirse un aborto espontáneo. Si es próximo al parto, el niño nace vivo pero enfermo el 90% de las veces.

Nuestro paciente presentaba claramente una sífilis precoz en período secundario, pasando desapercibida la sífilis primaria, que seguramente ocurrió en agosto del año 2000, cuando acude por primera vez a la consulta por astenia. Se hace el diagnóstico de sospecha por las sífilides papulosas en palmas y plantas, que posteriormente confirmaremos con las pruebas de laboratorio.

**DIAGNÓSTICO**

– Identificación del *T. pallidum*: examen en campo oscuro a partir del exudado del chancro primario, inmunofluorescencia directa y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

– Pruebas serológicas: la infección produce dos tipos de anticuerpos, el reagínico inespecífico (IgG e IgM) y el antitreponémico específico.

– Pruebas reagínicas: prueba rápida de reagina plasmática (RPR) y VDRL igualmente sensibles se positivizan entre la primera y sexta semana. Indican actividad de la enfermedad, y valoran cuantitativamente la respuesta al tratamiento, ya que disminuyen su titulación hasta negativizarse. De elección en el estudio del LCR.

**Tabla 1. Causas más frecuentes de falsos positivos en las pruebas serológicas luéticas**

Prueba	Causas
VDRL (hasta un 40% de FP)	Fallo técnico Embarazo Edad superior a 65 años Drogadicción Transfusiones sanguíneas repetidas Anemia hemolítica autoinmune Infecciones víricas: hepatitis, mononucleosis, etc. Infecciones bacterianas: neumococo, leptospira, borrelia, micobacterias, <i>chlamydia</i> , micoplasma, parásitos
FTA-ABS (< 1% de FP)	Embarazo Drogadicción Infecciones víricas Síndromes linfoproliferativos Lupus

FP: falsos positivos; VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*; FTA-ABS: absorción de anticuerpo treponémico fluorescente.

– Pruebas treponémicas: absorción de anticuerpo treponémico fluorescente (FTA-ABS), Microhemaglutinización de anticuerpos contra *T. pallidum* (MHA-TP) y hemaglutinización treponémica (HATTS). Son las primeras que se positivizan y así permanecen indefinidamente. Se realizan para confirmar la positividad de las reagínicas (tabla 1).

## TRATAMIENTO

La penicilina sigue siendo de elección (tabla 2). Tras la primera inyección puede haber exacerbación de los síntomas: fiebre, mialgias y artralgias de unas horas de duración (reacción de Jarish-Herxheimer) por la destrucción masiva de treponemas y liberación de toxinas. Cede con analgésicos y no contraindica el tratamiento.

En este caso pautamos tres inyecciones de penicilina G benzatina de 2.400.000 U a intervalos de 7 días, desapareciendo las lesiones de los pies y las manos dos días después de la segunda inyección.

## Seguimiento

Se solicitan pruebas reagínicas a los 3, 6 y 12 meses. El descenso del 25% de la titulación de Ac indica curación, que sucede a los 3 meses en la sífilis primaria (llegan a negativizarse) y a los 6 meses en la secundaria (un pequeño porcentaje presentará títulos positivos bajos indefinidamente). En la neurosífilis se controla la modificación del recuento celular del LCR cada 3-6 meses en los tres años siguientes al tratamiento, que es cuando empieza a normalizarse.

**Tabla 2. Tratamiento de la sífilis**

Sífilis precoz (primaria, secundaria) y latente precoz
Penicilina G benzatina 2.400.000 U en 1 dosis IM. Si se asocia infección VIH, la misma dosis semanalmente, tres semanas. En alérgicos, clorhidrato de tetraciclina 500 mg cada 6 horas durante 15 días v.o
Sífilis latente tardía, de duración desconocida y sífilis tardía (excepto neurolúes)
Penicilina G benzatina 2.400.000 U en 1 dosis IM por semana, tres semanas
En alérgicos, clorhidrato de tetraciclina 500 mg cada 6 horas, durante 30 días, v.o
Neurosífilis
Penicilina sódica 2.400.000 U cada 4 horas, durante 10 días
Sífilis en gestante
Igual que los anteriores, pero si es alérgica, eritromicina 500 mg cada 6 horas, 15-30 días, según sea precoz o tardía v.o
Sífilis congénita
Niño sintomático o asintomático con LCR anormal: penicilina G cristalina, 50.000 U/Kg/día al menos 10 días, im
Niño asintomático con LCR normal o hijo de madre sífilítica alérgica a penicilinas tratada con eritromicina: penicilina G benzatina 50.000 U/kg/día en dosis única IM en el momento del nacimiento

vo: vía oral; iv: vía intravenosa; im: vía intramuscular; LCR: líquido cefalorraquídeo.

Además de explicarle la enfermedad y aconsejarle que leyera algún texto sobre esta y otras ETS, se le programó el seguimiento indicándole la importancia del mismo. Comentamos la importancia de la prevención y la forma de mantener una sexualidad placentera pero segura.

## Bibliografía recomendada

- García J, Trilla A. Infecciones producidas por espiroquetas. En: Farre-Rozman, editor. Vol II. 11<sup>th</sup> ed. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Instituto de Salud Carlos III. Boletín epidemiológico semanal del Centro Nacional de Epidemiología 2002;10(6):49-60.
- López-Hontangas J, Frasquet J. Sífilis una revisión actual. SEIMC. Disponible en: [http://www.seimc.org/control/revi\\_Sero/sifilis.htm](http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis.htm)
- Maroto M, Cigüenza R. Enfermedades de transmisión sexual. 7 Días Médicos 2002; 530: 85-91.
- Martí J. Sífilis 2003. Asociación Española de Pediatría en AP. Disponible en: <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-sifilis.htm>
- Mensa J, Gatell J, Martínez J, Torres A, Vidal F, Serrano R. Infecciones en Urgencias. 3<sup>th</sup> ed. Barcelona: Ediciones Autores, 2001.
- Picazo J, Fuertes A. Diagnóstico serológico de la sífilis 1999. Disponible en: <http://www.fei.es/protocol/sero02E.htm>
- Pombo I. Patología infecciosa del tracto genital femenino. Medicine 2002;81.
- Pulido F, Acedo S. Enfermedades de transmisión sexual. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: 3<sup>th</sup> ed. Ediciones MSD, 1994.