

nias mediante aglutinación con látex Bichro-Dubli®. A todos los aislamientos identificados como *C. dubliniensis*, así como a los 2 de *C. albicans* clínicamente significativos (procedentes de hemocultivo y bilis) se les realizó estudio de sensibilidad frente a anfotericina B, anidulafungina, micafungina, caspofungina, posaconazol, voriconazol, itraconazol, fluconazol y 5-fluorocitosina, mediante el sistema Sensititre Yeast One® 09 (Trek Diagnostic Systems, UK). *C. dubliniensis* se identificó en 4 muestras respiratorias, procedentes de pacientes adultos derivados de diversas áreas hospitalarias y sin coinfección por VIH. Dichos aislamientos fueron sensibles a todos los antifúngicos analizados según criterios del *Clinical and Laboratory Standard Institute* (CLSI), presentando un rango de concentraciones mínimas inhibitorias frente a fluconazol de 0,125-1,0 µg/mL. Entre las cepas estudiadas de *C. albicans* no se encontró una mayor tasa de resistencia a fluconazol, a diferencia de lo descrito por otros autores⁸; tampoco se hallaron diferencias de sensibilidad con otros aislamientos clínicos previos de *C. dubliniensis* no incluidos en el estudio (datos no publicados). La prevalencia observada de los aislamientos identificados previamente como *C. albicans* fue del 3% (IC 0,95-7,97), inferior a lo observado por otros autores, que hallaron una prevalencia de *C. dubliniensis* en candidemias del 7%. Sin embargo, en nuestra serie, no se pudo identificar ningún aislamiento en hemocultivo, todos provinieron de vías respiratorias y su papel fue probablemente más como colonizador que como verdadero patógeno.

La prevalencia de *C. dubliniensis* en España no es muy elevada y los aislamientos no mostraron diferencias de sensibilidad frente a los antifúngicos habituales en comparación con *C. albicans*. No obstante, se requieren más estudios para obtener conclusiones en este punto, dado el bajo número de especímenes analizados.

Agradecimientos

A Mercedes Durán y Rocío Hernando por su colaboración y apoyo en la realización del estudio.

Bibliografía

1. Marie I, Hachulla E, Chérin P, Hellot MF, Herson S, Levesque H, et al. Opportunistic infections in polymyositis and dermatomyositis. *Arthritis Rheum*. 2005;53:155-65.
2. Sullivan DJ, Werterneng TJ, Haynes KA, Bennett DE, Coleman DC. *Candida dubliniensis* spp. nov.: phenotypic and molecular characterization of a novel species associated with oral candidosis in HIV-infected individuals. *Microbiology*. 1995;141:1507-21.
3. Moran GP, Sullivan DJ, Henman MC, McCreary CE, Harrington BJ, Shanley DB, et al. Antifungal drug susceptibilities of oral *Candida dubliniensis* isolates from human immunodeficiency virus(HIV)-infected and non-HIV-infected subjects and generation of stable fluconazole-resistant derivatives *in vitro*. *Antimicrob Agents Chemother*. 1997;41:617-23.
4. Sullivan D, Haynes K, Bille J, Boerlin P, Rodero L, Lloyd S, et al. Widespread geographic distribution of oral *Candida dubliniensis* strains in human immunodeficiency virus-infected individuals. *J Clin Microbiol*. 1997;35:960-4.
5. Ceballos A, Gaitán LA, Ruesga MA, Ceballos L, Quindós G. Prevalencia de lesiones orales por *Candida* en una población con sida sometida a terapia antirretroviral altamente activa. *Rev Iberoam Micol*. 1998;15:141-5.
6. Jabra-Rizk MA, Johnson JK, Forrest G, Mankes K, Meiller TF, Venezia RA. Prevalence of *Candida dubliniensis* fungemia at a large teaching hospital. *Clin Infect Dis*. 2005;41:1064-7.
7. Sahand IH, Ortiz R, Pemán J, Moragues MD, Quindós G, Pontón G. Identificación rápida de *Candida dubliniensis* mediante la prueba de Bichro-Dubli®. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:576-8.
8. Marcos-Arias C, López J, Sahand IH, Eguía A, De-Juan A, Madariaga L, et al. Isolation of *Candida dubliniensis* in denture stomatitis. *Arch Oral Biol*. 2009;54:127-31.

Cristina García-González*, Ana María Mehliis y Julio García-Rodríguez

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisigg@hotmail.com (C. García-González).

doi:10.1016/j.eimc.2010.07.010

¿Yo con sífilis y tú con sida?

Me with syphilis and you with aids?

Sr. Editor:

La sífilis, al compartir con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) una de las principales vías de transmisión, ha estado desde los inicios de la epidemia, íntimamente ligada a su evolución siendo la co-infección de ambas un hecho bien conocido^{1,2}. Al igual que otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), su frecuencia disminuyó en las épocas en las que el VIH tenía una elevada mortalidad ya que, a falta de una terapia eficaz, se disponía de la prevención como única arma terapéutica. Desde que el tratamiento anti-retroviral (TAR) ha conseguido el control inmunoviroológico de la infección por VIH, estamos asistiendo a un preocupante rebrote de esta vieja enfermedad^{3,4}. Recientemente González López et al⁵ han publicado una serie de 347 pacientes con sífilis activa, atendidos durante un período de 5 años (69 casos por año), de los que el 49% se conocían portadores del VIH antes de desarrollar la sífilis.

Revisando los datos de las serologías luéticas positivas en nuestro hospital (*Rapid Plasma Reagin* [RPR], *Fluorescent Treponemal Antibody* [FTA] y anticuerpos IgG anti-*treponema pallidum*), observamos que sólo durante el año transcurrido entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009 se diagnosticaron 68 episodios de sífilis, siendo 61 de ellos en pacientes con infección por VIH. Cuarenta y siete conocían ya que eran portadores del VIH, con una

media de 6,5 años de infección, y en 14 el diagnóstico se realizó de forma simultánea. La edad media $\pm$ desviación estándar fue 41 ± 10 años (r : 21-74) y 62 (91%) eran varones. De ellos, 55 (81%) habían adquirido ambas infecciones mediante relaciones homosexuales. Treinta y ocho (56%) eran españoles y el resto inmigrantes, fundamentalmente de Latinoamérica (22, 32%) y Guinea Ecuatorial (4, 6%). En cuanto a las manifestaciones clínicas, se diagnosticó sífilis primaria en tres pacientes (4,4%) en los que se evidenció el chancro de inoculación, sífilis secundaria en 30 (44,1%) que consultaron por manifestaciones clínicas y serológicas compatibles (fundamentalmente fiebre y exantema) y sífilis latente de duración indeterminada en 34 (50%). Sólo se diagnosticó neurosífilis en un paciente que presentaba fiebre, cefalea y alteraciones del nivel de consciencia con pleocitosis, hiperproteínoorraquia y RPR positivo en líquido cefalorraquídeo.

Lo primero que llama la atención al analizar los datos, es el alto número de casos en los que existía co-infección por el VIH (61 pacientes). Este dato, sin embargo, no traduce la realidad epidemiológica de la sífilis porque en nuestras consultas se atiende mayoritariamente a población con VIH y la búsqueda de la sífilis se hace de forma activa cada vez que un paciente nuevo acude para realizar seguimiento. Por otro lado, el 77% de los coinfectados se sabían ya portadores del VIH y a pesar de ello, mantuvieron relaciones sexuales sin preservativo, de tal forma que ellos adquirieron sífilis y la pareja sexual pudo ponerse en riesgo de adquirir el VIH. Es bien conocido que en determinados círculos se practica el *serosorting* (escoger parejas sexuales que tengan el mismo

estado serológico para practicar sexo sin protección) pero aproximadamente la mitad de toda las infecciones por VIH se deben a la transmisión del virus por parte de personas sin diagnosticar o recientemente infectadas, que acostumbran a practicar sexo sin protección con parejas que, del mismo modo, creen no estar infectadas por VIH⁶. Además, el hecho de recibir TAR, estar asintomáticos (56% estaban en el grupo A de los CDC) y tener la carga viral del VIH indetectable (84% de los casos), probablemente contribuya a que los pacientes, que ya se conocen portadores del VIH piensen, que esta infección es una enfermedad controlada y de fácil tratamiento disminuyendo equivocadamente las medidas de prevención³. Por otro lado, en la mitad de los casos, no existían manifestaciones clínicas de sífilis, sino que el diagnóstico se hizo en la búsqueda rutinaria de la misma al acudir a la consulta para seguimiento de la infección por VIH. El desconocimiento de la propia enfermedad es también importante desde el punto de vista epidemiológico y podría, en parte, explicar la elevada frecuencia de transmisión de la misma, aunque el contagio a partir de la sífilis latente tardía es muy improbable.

La sífilis y el VIH continúan siendo un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto en la población autóctona como en la inmigrante⁷. Algunas personas seleccionan sus parejas sexuales en función del estado declarado al VIH, ignorando la posibilidad de que la pareja no diga la verdad o simplemente no sepa que se encuentra infectada. Así, el uso de preservativos, la percepción del riesgo real de los sujetos infectados y el diagnóstico precoz constituyen hoy por hoy los métodos más eficaces de prevención del VIH y otras ETS. Por ello, nuestra intención al comunicar estos datos no es describir una nueva serie de pacientes con sífilis y VIH, sino realizar una llamada de atención a todos los profesionales que atendemos consultas monográficas de VIH. Es nuestra obligación recordar a los pacientes que, aunque el control inmuno-virológico de la enfermedad disminuye el riesgo de transmisión, es la prevención la mejor arma de la que se dispone para evitar nuevas infecciones por el VIH,

reinfecciones o co-infecciones con otros agentes que se transmiten por vía sexual.

Bibliografía

1. Palacios R, de la Fuente J, Murillas J, Nogueira JM, Santos J, el grupo de estudio del sida (GESIDA). Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24 Suppl 2:S34–9.
2. Farhi D, Benhaddou N, Grange P, Zizi N, Deleuze J, Morini JP, et al. Clinical and baseline and follow-up features of syphilis according to HIV status in the post-HAART era. *Medicine (Baltimore).* 2009;88:331–40.
3. Marcus U, Bremer V, Hamouda O, Kramer MH, Freiwald M, Jessen H, et al. Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted in men having sex with men: changes in risk behavior from risk avoidance to risk reuction. *Sex Trans Dis.* 2006;33:11–7.
4. Menéndez B, Ballesteros J, Clavo P, del Romero J. Aumento de la sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid. *Med Clin (Barc).* 2005;125:756.
5. González-López JJ, Fernández-Guerrero M, Luján R, Fernández Tostado S, de Górgolas M, Requena L. Factors determining serologic response to treatment in patients with syphilis. *Clin Infect Dis.* 2009;49:1505–11.
6. Butler DM, Smith DM. Serosorting can potentially increase HIV transmissions. *AIDS.* 2007;21:1218–20.
7. Caro-Murillo AM, Gutiérrez F, Ramos JM, Sobrino P, Miró JM, López-Cortés LF, CoRIS. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en inmigrantes en España: características epidemiológicas y presentación clínica en la cohorte CoRIS, 2004–2006. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:380–8.

Eulalia Valencia*, Victoria Moreno, Germán Ramírez-Olivencia y Maite Gutiérrez

*Servicio de Enfermedades Infecciosas y Microbiología,
Hospital Carlos III, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evalencia.hciiii@salud.madrid.org (E. Valencia).

doi:10.1016/j.eimc.2010.07.012