

## Sífilis

La sífilis es una infección sistémica producida por el *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) subsp. *Pallidum* perteneciente a la familia Spirochaetaceae. Otras trepanomatoses que pueden afectar a humanos están producidas por el *T. pallidum* subsp. *Pertenue*, *T. pallidum* subsp. *Endemicum* y *Treponema carateum*, que causan el pian, bejel o sífilis endémica y pinta, respectivamente. Todas ellas son bacterias gramnegativas, con una forma helicoidal característica, siendo morfológicamente indistinguibles entre ellas. Únicamente *T. pallidum* subsp. *Pallidum* se transmite por vía sexual, tanto por sexo oral, vaginal o anal, con una infectividad de alrededor del 30%. La transmisión vertical se puede dar en los primeros 4 años tras la infección con una mortalidad fetal de más del 30-40%.

### Sífilis primaria

Después de un período de incubación de entre 3 y 4 semanas (intervalo entre 1 y 13 semanas), aparece una lesión primaria (chancro) en el sitio de la inoculación. La pápula eritematosa inicial se convierte en un chancro, que en general está constituido por una úlcera indolora con base firme que, cuando se fricciona, produce un líquido transparente con gran cantidad de espiroquetas. Los ganglios linfáticos circundantes pueden estar agrandados, ser duroelásticos e indoloros.

Los chancros pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero son más frecuentes en las siguientes áreas:

Pene, ano y recto en los hombres

Vulva, cuello uterino y periné en las mujeres

Labios o boca en ambos sexos

Alrededor de la mitad de las mujeres infectadas y un tercio de los hombres infectados no saben que tienen chancro, ya que causa pocos síntomas. Los chancros en el recto o la boca, por lo general en los hombres, a menudo pasan desapercibidos.

El chancro suele curarse en 3 a 12 semanas. Luego, los pacientes parecen completamente sanos.

### Sífilis secundaria

La espiroqueta se disemina a través del torrente sanguíneo y produce lesiones mucocutáneas generalizadas, hinchazón de los ganglios linfáticos y, con menor frecuencia, síntomas en otros órganos. Los síntomas típicos aparecen entre 6 y 12 semanas después de la identificación del chancro y alrededor del 25% de los pacientes aún conserva el chancro cuando surgen los síntomas. A menudo el paciente presenta fiebre, anorexia, náuseas y cansancio. También pueden presentarse dolor de cabeza (debido a meningitis), pérdida de la audición (debido a otitis), problemas de equilibrio (debido a laberintitis), trastornos visuales (debido a retinitis o uveítis), y dolor óseo (debido a periostitis).

Más del 80% de los pacientes presenta lesiones mucocutáneas; puede encontrarse una gran variedad de lesiones y cualquier parte de la superficie corporal puede estar comprometida. Sin tratamiento, las lesiones pueden desaparecer en pocos días o semanas, persistir durante varios meses o recidivar tras la curación, pero todas desaparecen finalmente, en general sin cicatrices.

#### Período de latencia

La sífilis latente puede ser precoz (< 1 año después de la infección) o tardía (≥ 1 año después de la infección).

No hay signos ni síntomas, pero los anticuerpos persisten y pueden detectarse con pruebas serológicas. Dado que los síntomas de los estadios primario y secundario a menudo son mínimos o el paciente los ignora, muchas veces el diagnóstico se realiza durante el período de latencia, cuando se buscan anticuerpos para detectar sífilis en exámenes de sangre sistemáticos.

La sífilis puede permanecer en estado de latencia, pero pueden producirse recidivas con lesiones cutáneas o mucosas contagiosas durante el período de latencia temprano.

A menudo los pacientes reciben antibióticos para tratar otras enfermedades, que pueden curar la sífilis latente y serían responsables de la inusual aparición del estadio latente tardío de la enfermedad en los países desarrollados.

#### Sífilis tardía o terciaria

Una tercera parte de los pacientes no tratados presenta sífilis tardía, aunque recién varios años o décadas después de la infección inicial. Las lesiones se pueden clasificar en términos clínicos como

##### Sífilis terciaria benigna

##### Sífilis cardiovascular

##### Neurosífilis

La sífilis terciaria benigna gomosa suele aparecer dentro de los 3 a los 10 años siguientes a la infección y puede afectar la piel, los huesos y los órganos internos. Los gomas son tumores blandos, inflamatorios y destructivos que se localizan en áreas características, aunque pueden invadir órganos o tejidos en forma generalizada. Crecen y curan lentamente y dejan cicatrices.

*Treponema Pallidum*, entra fácilmente mediante el contacto íntimo de mucosas o por la piel erosionada, rápidamente llega a los órganos linfáticos y a la sangre.

Después del período de incubación aparece la lesión primaria o chanco. En el sitio de entrada, constituida por una ulceración con intenso infiltrado de células mononucleadas como linfocitos, plasmocitos y macrófagos. En el secundarismo existen lesiones en piel o mucosas, generalmente ulcerativas y con abundantes *treponemas*.

En la sífilis tardía o terciaria las lesiones son de tipo destructivo, en algunos casos ocurre una reacción fibrótica con engrosamiento en las meninges, daños meningo vasculares y muchas veces lesiona los nervios craneanos, atrofiando el nervio óptico, la médula espinal también puede estar comprometida.

Se puede presentar el caso de que las lesiones granulomatosas terminaran en zonas de destrucción por necrosis de tipo gomoso, en cualquier sitio del organismo, con predilección por zonas mucocutáneas, hígado, huesos y testículos.

La sífilis se puede diagnosticar mediante el análisis de muestras de:

Sangre. Los análisis de sangre pueden confirmar la presencia de anticuerpos que el cuerpo produce para combatir la infección. Los anticuerpos contra la bacteria causante de la sífilis permanecen en tu cuerpo durante años, por lo que el examen se puede utilizar para determinar una infección actual o pasada.

Líquido cefalorraquídeo. Si se sospecha que tienes complicaciones de la sífilis en el sistema nervioso, tu médico también puede sugerirte que se te tome una muestra de líquido cefalorraquídeo a través de un procedimiento llamado punción lumbar.

El tratamiento de elección de la sífilis es la penicilina, en los casos de sífilis precoz una única dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI IM, tanto en pacientes VIH positivos como en negativos y en los casos de sífilis tardía 3 dosis de penicilina benzatina 2.400.000 UI IM, una dosis semanal durante 3 semanas. La sífilis latente de duración desconocida se tratará como una sífilis tardía. En los alérgicos a la penicilina, el tratamiento de elección es la doxiciclina 100 cada 12 h durante 2 semanas en la sífilis precoz y 28 días en la sífilis tardía. La eficacia de la doxiciclina como tratamiento ha sido demostrada en diferentes estudios, sin que se hayan objetivado diferencias significativas en el fracaso terapéutico en estudios comparativos entre penicilina y doxiciclina, independientemente del seroestatus. Estudios aleatorizados demostraron que la azitromicina es un tratamiento efectivo para la sífilis precoz, pero la descripción de fracasos terapéuticos y la detección de resistencias secundarias a la mutación en el 23s del rRNA ha hecho que se excluya de las recomendaciones habituales del tratamiento de la sífilis. El tratamiento de elección de la neurosífilis (incluyendo la afectación ocular o auditiva) es la penicilina por vía intravenosa, aconsejándose su desensibilización en los pacientes alérgicos. El tratamiento es igual en pacientes VIH negativos y positivos, sin necesidad de aumentar la dosis total en pacientes VIH positivos.