

Sífilis

Definición

La sífilis es una enfermedad contagiosa, sistémica venérea o congénita causada por una espiroqueta. Comienza en las membranas mucosas y se disemina de forma rápida a los ganglios linfáticos cercanos y el torrente sanguíneo. La transmisión ocurre principalmente por contacto sexual durante las etapas primaria, secundaria y latente temprana de la infección. Es posible la transmisión de una madre al feto.

Etiología

La sífilis está producida por *Treponema pallidum* spp. *pallidum*, bacteria de distribución universal que se transmite por vía sexual y maternofetal, y afecta únicamente al ser humano. Los treponemas son bacterias de forma helicoidal (familia Spirochaetaceae), largas y finas (6-15 mm × 0,15 mm) y presentan entre 6 y 14 espiras. El citoplasma está rodeado por una membrana trilaminar, cuya lámina externa es rica en fosfolípidos y lipopolisacáridos y pobre en proteínas. Gracias a los flagelos insertados en ambas puntas y que recorren toda la bacteria, el organismo realiza un movimiento rotatorio característico.

Fisiopatología

Treponema pallidum penetra por las mucosas intactas o por la piel lesionada, alcanza el sistema linfático y se disemina a todo el organismo por vía sanguínea. En el sitio de inoculación y cuando la concentración de bacterias llega a 10^7 se produce una lesión denominada chancro.

Después de un período asintomático produce lesiones mucocutáneas con sintomatología general. Tras un nuevo período asintomático puede evolucionar a un tercer estadio con afección predominantemente neurovascular.

La escasez de proteínas de la membrana externa del microorganismo favorece su escape a la respuesta del hospedador, y los fenómenos inflamatorios locales que desarrolla con la respuesta inmunitaria son los principales responsables de las manifestaciones clínicas. La lesión básica que produce es una vasculitis en forma de endarteritis obliterante, con infiltrado linfoplasmocitario. En la lúes primaria y secundaria hay una elevada concentración de bacterias, por lo que las lesiones son muy contagiosas. En la lúes terciaria, la endarteritis obliterante afecta a los vasos vasorum, especialmente en la sífilis cardiovascular y meningovascular. Los gomos son lesiones pseudogranulomatosas alrededor de endarteritis de pequeños vasos sobre todo en piel y huesos.

Cuadro clínico

Sífilis primaria

La lesión primaria de la sífilis es el chancro duro. Se presenta en la zona de inoculación aproximadamente a las 3 semanas después del contagio, aunque el período de incubación varía entre 3 y 90 días. El chancro se inicia como una mácula

rojo-cobrizo única que progresa a una pápula o placa que posteriormente se erosiona o ulcerosa. Está bien delimitado, de 0,3 a 3 cm de diámetro, de superficie de color rosa asalmonado, liso, brillante, con secreción mucosa y base indurada. Clásicamente se refiere como una lesión indolora, en ocasiones puede ser dolorosa, principalmente cuando se produce sobreinfección. La localización más habitual es el área genital: pene y más específicamente, glande y surco balano-prepucial en los varones, y vulva, periné y cérvix en las mujeres. En los hombres que tienen relaciones con hombres, es frecuente la afectación anorrectal y también la extragenital, siendo los labios la zona más frecuentemente afectada. Los chancros extragenitales tienden a ser dolorosos, menos indurados y de bordes más sobreelevados. El 80% de los casos de los chancros genitales se asocian a una o más adenopatías locorreionales. Se detectan a los 7-10 días de la aparición del chancro. Son adenopatías duras, no supurativas, rodaderas, uni o bilaterales, inguinales o inguinocrurales, indoloras en el 60% de los casos. Cuando la afectación es anal o de genitales internos en la mujer, las adenopatías se localizan en profundidad, en zona ilíaca o perirrectal. Dejado a su evolución, el chancro cura en aproximadamente 3-6 semanas sin dejar cicatriz (o con una leve cicatriz indurada), mientras que las adenopatías pueden persistir durante varios meses.

Sífilis secundaria

El estadio de sífilis secundaria corresponde a la fase de diseminación hematológica y linfática de la enfermedad. Se desarrolla habitualmente entre 4 y 10 semanas después de la aparición del chancro. Las erupciones cutáneas son la forma clínica más habitual de presentación y las desarrollan entre el 75% y el 90% de los pacientes con sífilis secundaria. La morfología de las mismas puede ser muy variada; se han descrito múltiples formas clínicas que remedian a otras dermatosis, por lo que se conoce a la sífilis como la gran simuladora. Entre las erupciones más habituales se encuentran el exantema maculoso o roseoliforme (roséola sifilítica), el maculopapular, el folicular, el anular y el pustuloso. Tienden a ser asintomáticas y a autolimitarse en días o semanas sin dejar habitualmente cicatriz, por lo que las formas más leves pueden pasar desapercibidas. El exantema maculoso se caracteriza por tenues máculas aisladas, de 3 a 10 mm de tamaño, redondas u ovaladas, rosadas, distribuidas por tronco, extremidades superiores, muslos y nalgas, aunque tienen predilección por situarse simétricamente en flancos y pliegues de flexión de las extremidades superiores. Es característica la afectación de palmas y plantas. Un aspecto clínico infrecuente es la despigmentación en collar secundaria a la resolución de las lesiones localizadas en cuello y parte superior de tronco, conocida clásicamente como el collar de Venus. El exantema papuloso junto con el exantema macular son las dos sífilides más frecuentes y pueden presentarse asociados. Se han descrito dos tipos clínicos principales según las pápulas sean de pequeño tamaño (sífilide papulosa miliar o liquenoide) o de gran tamaño (sífilide lenticular o numular). También se describen lesiones papuloescamosas con un collar descamativo en la periferia, sífilides córneas en palmas y plantas (clavos sifilíticos), lesiones psoriasiformes y sífilides anulares en escarapela (placas rodeadas por pequeñas pápulas). Una variante de sífilis secundaria poco frecuente (menos del 1% de todos los casos) pero clínicamente muy

llamativa es la llamada sífilis maligna. La clínica es polimorfa, con pápulas, placas, nódulos y vesiculopústulas que tienden a ulcerarse y cubrirse de costras rupioides que dejan cicatriz al curar. En esta presentación, la afectación palmoplantar no es frecuente, aunque sí suele haber afectación facial. Las sífilides pustulosas son la forma menos frecuente de sífilis secundaria. Se observan en pacientes inmunodeprimidos y pueden adoptar características acneiformes (tronco y extremidades superiores), características variceliformes (papulovesículas localizadas en cara, tronco y extremidades) y formas impetigiformes (cara y cuero cabelludo, y zona púbica). La afección mucosa se observa asociada a la afectación cutánea en alrededor del 50% de los pacientes. Se puede manifestar como enantema, placas mucosas y los condilomas planos. El enantema es difuso situado preferentemente en parte posterior de cavidad oral (paladar, úvula y amígdalas). Puede asociarse a laringitis, la cual se manifiesta por ronquera y afonía. Las placas mucosas son erosiones de base ligeramente sobreelevadas, de 5-10 mm de tamaño, cubiertas por una fina membrana, localizadas en mucosa bucal, lingual y labial, habitualmente indoloras y rápidamente evolutivas. Asimismo puede presentarse el mismo tipo de lesiones en la región anogenital, sobre todo en pacientes del sexo femenino. Los condilomas planos son lesiones papulosas, verrugosas o hipertróficas, que afectan áreas intertriginosas, como son pliegues inguinales, periné, escroto y zona perianal. En zonas húmedas como pliegues interdigitales y retroauriculares, así como en comisuras bucales, tienden a macerarse, erosionarse, fisurarse y cubrirse de un exudado grisáceo de olor fétido. Los anejos también pueden afectarse en forma de pérdida de pelo difusa o en pequeñas placas, denominada alopecia apolillada. Además de cuero cabelludo puede afectar la barba, las cejas o cualquier zona corporal. En ausencia de tratamiento, el 25% de los pacientes presentan brotes recidivantes de lesiones mucocutáneas, más habitualmente durante los primeros 2 años, aunque en algunos pacientes las recidivas pueden alargarse hasta los 4 años. En estos casos las lesiones cutáneas son cada vez menos numerosas, más circunscritas y morfológicamente más nodulares (sífilides nodulares). En la sífilis secundaria, la sintomatología constitucional es frecuente y puede acompañar o preceder a las manifestaciones mucocutáneas. Los síntomas generales son de intensidad variable e incluyen febrícula, cefalea, malestar general, anorexia, pérdida de peso, odinofagia, artralgias y mialgias. Se acompañan de linfadenopatías generalizadas, con ganglios de pequeño mediano tamaño, no supurativos ni dolorosos, localizados principalmente en región inguinal, suboccipital, cervical, retroauricular y epitroclear. En la fase de diseminación treponémica cualquier órgano puede resultar afectado. Es frecuente la anemia, la leucocitosis y la elevación de la VSG. La neurosífilis con las alteraciones del líquido cefalorraquídeo (LCR; hiperproteínorraquia y pleocitosis linfocitaria) son comunes en estadios tempranos de la infección no tratada. La hepatitis sífilítica (fundamentalmente, elevación de los valores séricos de fosfatasa alcalina), la infiltración extensa del tracto gastrointestinal, la afectación esquelética multifocal (sobre todo de huesos largos y calota craneal con osteólisis, sinovitis, osteítis, periostitis), la afección renal (glomerulonefritis por inmunocomplejos, síndrome nefrótico) y los trastornos oculares (fundamentalmente panuveítis) son manifestaciones menos frecuentes.

Sífilis latente

La sífilis latente se define como la sífilis con serologías positivas, pero sin manifestaciones clínicas de la enfermedad. Se divide en sífilis latente precoz (primer año después de la infección) y sífilis latente tardía (después del primer año de la infección). Sin tratamiento, la sífilis latente precoz se considera como un período infeccioso, ya que puede ser interrumpido por recidivas de sífilis secundaria.

Sífilis terciaria o tardía

Un tercio de los pacientes infectados no tratados desarrollarán manifestaciones clínicas conocidas como sífilis tardía o sífilis terciaria a partir del segundo año y hasta 25-30 años después de la infección. La patogénesis común a todas ellas es la endarteritis y la periarteritis de vasos pequeños y medianos. Se describen tres tipos: la sífilis tardía benigna, la sífilis cardiovascular y la neurosífilis.

Sífilis tardía benigna

El goma sifilítico es la lesión principal de la llamada sífilis tardía benigna o terciaria. Es una lesión nodular o nódulo-ulcerativa que afecta principalmente a piel (70%), mucosas (10,3%) y huesos (9,6%), aunque también puede afectar a hígado, cerebro y corazón. En la piel se localiza preferentemente en cuero cabelludo, frente, glúteos, zonas preesternal y tibial. Las mucosas más afectadas son la de paladar, lengua, amígdalas, faringe y nariz. En esta última localización y en paladar es característico que se ulceren y provoquen la destrucción de los tejidos de la zona. La afección ósea más habitual es la de los huesos craneales, tibia y clavícula, con periostitis que se manifiesta como hinchazón y dolor nocturno.

Neurosífilis

Neurosífilis asintomática: Clásicamente incluye a los pacientes sin síntomas ni signos neurológicos en los que se identifican alteraciones del LCR, tales como pleocitosis linfocitaria, hiperproteinorraquia o una prueba del VDRL positiva.

Neurosífilis sintomática: Sus principales formas clínicas, por orden cronológico de aparición son: sífilis meníngea (primer año), sífilis meningovascular (a los 5-10 años) y sífilis parenquimatosa, que incluye la parálisis general progresiva y la tabes dorsal.

Diagnostico

- La microscopia de campo oscuro permite identificar *T. pallidum* en el exudado de la lesión.
- Las pruebas serológicas no treponémicas incluyen la prueba de laminilla del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), la prueba rápida de inmunoglobulina E en plasma y la de inmunoglobulina E automatizada, que detecta anticuerpos no específicos.
- Los estudios serológicos treponémicos incluyen la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes, el análisis de hemaglutinación de T.

pallidum y el de microhemaglutinación, que detectan el anticuerpo específico antitreponémico y confirman los resultados positivos de la detección.

- El estudio del líquido cefalorraquídeo permite identificar neurosífilis cuando la concentración de proteínas totales es mayor de 40 mg/dL, la prueba de VDRL en laminilla es reactiva y el recuento de leucocitos rebasa los 5 monocitos/mm.

Tratamiento

- **Penicilina G benzatínica i.m.**
- **Pacientes no embarazadas alérgicas a la penicilina: tetraciclina o doxiciclina orales.**
- **Pacientes embarazadas con antecedente de anafilaxia a la penicilina: se recomienda el seguimiento de las reacciones de alergia mediante los estándares de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC).**
- **El recién nacido puede requerir tratamiento durante las 4 semanas siguientes al nacimiento.**
- **En pacientes alérgicos a la penicilina la doxiciclina es el tratamiento de elección. En el embarazo, la penicilina es de elección incluso en pacientes alérgicos; se recomienda la desensibilización a la penicilina.**