



Sífilis secundaria: investigación clínico-epidemiológica

Teodoro Carrada Bravo*

RESUMEN

La sífilis causada por *Treponema pallidum* es una enfermedad sistémica y polimórfica, con manifestaciones clínicas muy variadas. El diagnóstico se fundamenta en la historia clínica cuidadosa, la observación del microorganismo por microscopía de campo oscuro y la confirmación por métodos serológicos. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria se inician de 4 a 10 semanas después de haberse manifestado el chancre; el exantema se ha registrado en más del 70% de los enfermos, pero en la exploración física se ha encontrado en 90% de los examinados. El exantema macular se distingue por manchas rosadas, rojas o color cobre, distribuidas en los costados, los hombros, los brazos, el tórax y el dorso. La mácula no tratada se transforma en maculopapular o papuloesquamosa y afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies. La erupción sifilítica puede ser también pustulosa, anular o folicular, pero nunca es vesiculosa. La sífilis secundaria desaparece sin tratamiento, aunque la cuarta parte de los enfermos tienen recaídas durante cuatro años después de la infección, principalmente en el primer año. No se ha podido cultivar *Treponema pallidum*, por lo tanto, el examen en campo oscuro de los exudados y las seropruuebas no treponémicas (VDRL) sirven para diagnosticar la infección; éstos deben confirmarse mediante seropruuebas treponémicas más específicas, como el método de inmunofluorescencia (ABS-ATF). Se comunica un caso clínico de sífilis secundaria y la investigación epidemiológica de 112 sexoservidoras estudiadas en Irapuato, Guanajuato, México.

Palabras clave: sífilis secundaria, exantemas, diagnóstico, epidemiología, sexoservidoras, tratamiento.

ABSTRACT

Syphilis caused by *Treponema pallidum* is a systemic and highly polymorphic disease with various clinical manifestations. Diagnosis of syphilis is based on careful clinical evaluation, detection of the organism by darkfield microscopy and disease confirmation by serodiagnostic test. Signs and symptoms of secondary syphilis begin 4 to 10 weeks after appearance of a chancre. Rash has been recorded in more than 70% of patients, but it is found on physical examination in more than 90% of them. A macular rash is characterized by 3 to 10 mm pink, red, or copper-colored lesions distributed on the flanks, shoulders, arms, chest and back. Untreated macula can become maculopapular or papulosquamous, affecting hands and soles in 50-60% of cases. The syphilitic rash also can be pustular, annular, or follicular, but never vesicular. Secondary syphilis resolves without treatment, although one quarter of the patients develops recurrences during four years after infection, most frequently in the first year. *Treponema pallidum* cannot be cultured, darkfield examination of exudates plus non-treponemal serologic test (VDRL) provide evidence of infection, with positive results confirmed by treponemal more specific fluorescent test (FTA-abs). A clinical case of secondary syphilis is presented, as well as an epidemiologic research study of 112 sex-workers of Irapuato, Guanajuato, Mexico.

Key words: secondary syphilis, rash, diagnosis, epidemiology, sex-workers, treatment.

En la bibliografía médica a la sífilis o lúes se le conoce como la gran imitadora, ya que “suele esconderse bajo la máscara de cualquier otra enfermedad”.¹ A partir del chancro duro

primario las espiroquetas se diseminan por vía linfohematogena e inducen la síntesis de anticuerpos treponémicos y complejos inmunitarios circulantes.² En una serie de 2,269 casos de sífilis secundaria, la piel se afectó en 81.1% de éstos, la cavidad oral y la faringe en 36.3%, los genitales en 19.9%, el sistema nervioso central en 9.9%, los ojos en 4% y las vísceras en 0.2%.^{3,4} Se comunica un caso clínico de sífilis secundaria, registrado en una sexoservidora, así como la metodología diagnóstica e investigación epidemiológica del grupo humano afectado, el tratamiento y prevención de la enfermedad.

* Infectólogo-microbiólogo. Jefe de Educación Médica e Investigación, Hospital General de Zona y Medicina Familiar 2, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Teodoro Carrada Bravo. Av. Reforma 702, Fraccionamiento Gámez, CP 36670, Irapuato, Guanajuato, México. E-mail: teocamx@yahoo.es
Recibido: mayo, 2004. Aceptado: diciembre, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

CASO CLÍNICO

Sexoservidora de 20 años de edad, quien acostumbraba buscar clientes en cervecerías y bares nocturnos. Durante los últimos cinco años trabajó en el Hotel Corsario, cercano a la central camionera de Irapuato, Guanajuato. Recordó haber sido tratada por flujo purulento en cinco ocasiones y padeció condilomas anales, tratados por el proctólogo.

Inició su enfermedad el 20 de febrero del 2000, después de una “gira de trabajo” por varias ciudades fronterizas del norte de México, con malestar, anorexia, cefalea, mialgia, artralgia, febrícula vespertina, ardor de la boca y garganta, disfagia y erupción cutánea florida.

A la exploración física se observó exantema con manchas planas, de color rosado (figura 1), forma redondeada u ovoide y contorno esfumado, separadas por piel sana y sin infiltración perceptible al tacto; las manchas desaparecían bajo presión. Al inicio brotaron en el tórax, extendiéndose por todo el cuerpo, no

cursaron con prurito ni signos de rascado. La dermatosis afectó también las palmas de las manos y las plantas de los pies (figura 2), sin dañar la cara. En los genitales había pápulas húmedas, de 6 a 13 mm de diámetro, planas, hipopigmentadas, con superficie macerada y mal olor (figura 3); al juntarse en zonas húmedas reciben el nombre de condilomas planos. En la cavidad oral había placas mucosas semimembranosas y simétricas, indoloras, de color gris-blanquecino, dispuestas en el paladar blando, las amígdalas y la faringe (figura 4). La lengua estaba “tapizada” de placas ovoides, doble contorno rojo-blanquecino y centro ligeramente levantado (figura 5).

A la palpación se demostró linfoadenopatía generalizada, los ganglios inguinocrurales, axilares, cervicales, epitrocleares, femorales y supraclaviculares eran de gran tamaño, muy duros e indoloros al tacto. El bazo aumentó ligeramente de tamaño. El primer médico general que la revisó diagnosticó rubéola, pero los estudios serológicos resultaron negativos. En el



Figura 1. Exantema maculopapular (roseola) en la cara anterior del tórax, el abdomen y los brazos; no pruriginoso, desaparecía a la presión. En el diagnóstico diferencial debe considerarse la rubéola, sarampión, mononucleosis infecciosa, dengue y tiña versicolor.



Figura 2 Pápulas eritematoescamosas discretas. Esta distribución es característica de la sífilis secundaria.



Figura 3. Pápulas en coliflor en los genitales, confluentes, blanquecinas y levantadas, planas y húmedas. La morfología es compatible con el diagnóstico de condilomas planos.



Figura 5. La lengua mostraba cinco lesiones en forma de "lágrima", la periferia más roja y el centro blanquecino.



Figura 4. Placas mucosas bucales. Lesiones blanquecinas, levantadas y planas, bordes bien definidos, distribuidas en el paladar blando, las amígdalas y la garganta. El enantema oral, rico en treponemas, suele ser muy infeccioso. El título sérico con prueba MHA-TP fue 1:81,920.

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de la sífilis secundaria

Pitiriasis rosada	Exantemas víricos
Psoriasis	Escabiosis
Eritema multiforme	Escarlatina
Tiña versicolor	Erupción medicamentosa
Infección primaria por VIH	Síndrome de reconstitución inmunitaria por VIH
Liquen plano	



Figura 6. La microscopía de campo oscuro del exudado obtenido de los condilomas confirmó la existencia de espiroquetas; la morfología y motilidad de la bacteria son características de *T. pallidum*.

cuadro 1 se resume el diagnóstico diferencial de la sífilis secundaria.

Laboratorio

La microscopía de campo oscuro con el exudado obtenido de los condilomas resultó positiva para *T. pallidum* (figura 6) y la serología de sífilis con prueba de VDRL positiva, a título de 1:512. Las seropruuebas de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (ABS-ATF) y microhemaglutinación para *T. pallidum* (MHA-TP) resultaron, ambas, positivas. En el cuadro 2 se resume la indicación clínica y la sensibilidad de las seropruuebas más usadas en el diagnóstico de la sífilis. La serología para el virus de la inmunodeficiencia hu-

Cuadro 2 Sensibilidad comparada de las pruebas serológicas en la sífilis no tratada (porcentaje medio de positividad [intervalo] en las etapas distintas de la sífilis del adulto)

Prueba*	Primaria	Secundaria*	Latente	Terciaria**
VDRL	78 (74-87)	100	95 (88-100)	71 (37-94)
ABS-ATF	84 (70-100)	100	100	96
MHA-TP	76 (69-90)	100	100	94

* La especificidad de estas pruebas es de 97 a 99%.

** El VDRL puede resultar negativo.

Fuente: modificado de citas 11 y 12.

mana (VIH-1) y los cultivos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* fueron negativos. Se estableció el diagnóstico de sífilis secundaria, condilomas planos y placas bucales luéticas. El tratamiento fue con penicilina G-benzatínica, a dosis de 2.4 millones de unidades, por vía intramuscular, repetido a la semana.

Investigación epidemiológica

Se notificó el caso a los servicios de salud. Se investigó a 104 sexoservidoras y a ocho trabajadores administrativos del Hotel Corsario. A 89 mujeres y 23 hombres se les realizó examen clínico completo, así como pruebas de VDRL y de MHA-TP I y se les solicitó consentimiento informado por escrito.

Un varón de 19 años de edad, encargado de la limpieza, tenía chancros duros y múltiples en el pene (figura 7), positivos en campo oscuro. Otro sexoservidor, de 23 años, mostró lesiones papulares pardorojizas, hiperpigmentadas en las palmas de las manos (figura 8), signo de gran ayuda para la sospecha clínica de sífilis.

Una mujer de 24 años tuvo lesiones papuloescasmosas, psoriasiformes y retroauriculares (figura 9). Un sexoservidor de 21 años, quien practicaba sexo sólo con hombres, manifestó lesiones cutáneas ovoides y escamosas, en "concha de ostión" (figura 10), en los pies tenía erosiones superficiales y lesiones ulceronecróticas dolorosas (sífilis maligna rupioide) (figura 11). Los cultivos de la uretra y el ano para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* resultaron también positivos. El cantinero de 56 años de edad, empleado más antiguo del hotel, mostraba ulceración crónica y profunda de una pierna, con los bordes rasgados e irregulares, se había diagnosticado como varicosa (figura 12), aunque en realidad correspondió a goma sifilítico tardío. Uno de los empleados administrativos, de 27 años de edad, se

manifestó asintomático, con título de VDRL 1:4 y MHA-TP positiva, se le diagnosticó sífilis latente.

A todos los casos con lesiones manifiestas se les hizo prueba de VDRL(+), a título mayor de 1:32, así como



Figura 7. Bajo el prepucio retraído había chancros duros múltiples. El diagnóstico se confirmó mediante microscopía de campo oscuro (+) y pruebas de VDRL (+), a título de 1:64.



Figura 8. Exantema indoloro, no prurítico del tronco y el pene. En las palmas de las manos había pápulas hiperpigmentadas, color cobre. El enfermo tuvo anorexia y pérdida de peso durante tres meses, además de úlcera indolora del pene que curó espontáneamente dos meses antes.



Figura 9. Sexoservidora con lesiones eritematoescamosas psoriasiformes, bien definidas. Las escamas finas perilesionales eran más evidentes en el espacio.

prueba confirmatoria de MHA-TP(+); por lo tanto, se consideraron casos de sífilis activa, potencialmente trasmisibles. En total se confirmaron siete casos de sífilis, sólo uno tuvo gonorrea y uretritis por clamidias asociadas. Ninguna de las personas investigadas fue VIH positiva, todas recibieron tratamiento con penicilina benzatínica, a dosis suficiente, y se les citó para seguimiento serológico de sífilis en 1, 3, 6 y 12 meses. La dinámica de trasmisión epidemiológica y los aspectos socioculturales y económicos del grupo afectado son objeto de otra publicación.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En general, la sífilis es una enfermedad más de signos que de síntomas, puede afectar cualquier órgano y no son raros los casos atípicos. En esta investigación se confirmó el polimorfismo clínico de la treponematosis y la capacidad de simular a la rubéola, la psoriasis, las úlceras varicosas, etc., como bien decía Sir William



Figura 10. Varón que sólo tuvo relaciones sexuales con hombres. En el brazo derecho manifestó lesión concéntrica “en concha de ostión”, y dos más pequeñas en el antebrazo homolateral.

Osler.⁵ La dermatosis sifilítica suele ser simétrica y macular (morbiliforme) o papuloescamosa, de localización palmoplantar y pustular; son menos frecuentes los tipos foliculares o nodulares, pero la lúes vesiculosa, propia de la forma congénita temprana, no aparece en adultos. Los condilomas planos y las placas mucosas fueron positivos al estudio de campo oscuro, por lo tanto son infecciosos y clínicamente útiles para fundamentar el diagnóstico de sífilis secundaria.^{6,7}

La investigación epidemiológica local de las enfermedades de trasmisión sexual es necesaria para el diseño racional de acciones preventivas y para potenciar las intervenciones de salud pública. Los datos



Figura 11. En la planta y el borde del pie se observó erosión epidérmica de límite escamoso y fino. Se ven cuatro úlceras necróticas de color negruzco, muy dolorosas. El VDRL (+), a título de 1:128, y MHA-TP (+).

recogidos sirven para notificar parejas sexuales de manera confidencial, cotejar estadísticas sanitarias y realizar análisis epidemiológicos. Los médicos deben confirmar la sospecha clínica con ayuda del laboratorio y notificar, sin excepción, todos los casos confirmados, incluso los examinados en consultorios particulares.⁸⁻¹⁰

La profusión de pruebas serológicas comercialmente disponibles para sífilis ha causado confusión. Las inmunoglobulinas no treponémicas de clases IgM e IgG son específicas contra el complejo antigenético cardiolipina-lecitina-colesterol (reagina). En la práctica clínica se acostumbra solicitar el VDRL estandarizado, técnica sencilla y de bajo costo que sirve para confirmar el diagnóstico y hacer seguimiento de la reacción postratamiento. Sin embargo, la prueba pudiera resultar falsamente positiva a títulos bajos, de 1:8 o menos, sobre todo en los drogadictos por vía endovenosa, los sujetos mayores de 70 años y los afectados por lupus eritematoso y otras enfermedades autoinmunitarias. En los sujetos con prueba no treponémica falsamente positiva la sífilis se excluye por negatividad de pruebas treponémicas (ABS-ATF o MHA-TP). Por lo regular, en la sífilis secundaria las seropruuebas son reactivas al 100%; el resultado negativo excluye la posibilidad de sífilis, aunque el enfermo tenga lesiones mucocutáneas compatibles.¹¹⁻¹³

A pesar de los adelantos tecnológicos y la efectividad de los fármacos antisifilíticos disponibles, la



Figura 12. Los gomas sifilíticos son procesos granulomatosos con tendencia a la necrosis. La masa filante-gomosa se abre para formar úlceras socavadas en la cara, el cuero cabelludo, el tronco y las pantorrillas. Se confirmó el diagnóstico mediante histopatología y pruebas de MHA-TP y AB-ATF positivas.

endemia sifilítica internacional se ha mantenido, principalmente, entre grupos humanos de conducta sexual riesgosa: drogadictos endovenosos, homosexuales que no usan condón protector, trabajadores migrantes (braceros), sexoservidores, empleados de bares gay, de centros de diversión nocturna, etc. Lo cierto es que los métodos de control convencionales no han servido para contener las epidemias.^{14,15} Se diseñaron estrategias para reducir la frecuencia de sexo anal no protegido,¹⁶ pero no lograron abatir las tasas de las enfermedades de transmisión sexual o, bien, no se aplicaron a escala suficiente para lograr impacto significativo en la población. Se requieren mejores pruebas diagnósticas, nuevos medicamentos con pocos efectos

indeseables y medidas de prevención más efectivas; por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa existe pero no se ha estandarizado el procedimiento.¹⁷

La eficacia de la azitromicina debe valorarse a corto plazo.¹⁸ La identificación de antígenos inmunogénicos¹⁹ de *T. pallidum* puede ser útil para elaborar vacunas.²⁰ En México se ha hecho muy poco por mejorar el ambiente físico, sociocultural, económico y legal de los sexoservidores, así como de otros grupos marginados y estigmatizados.²¹ Es evidente la apatía de las autoridades, además del escaso interés de los organismos sociales para enfrentar los peligros crecientes de la feroz “epidemia oculta”. Se espera que este trabajo sirva como material educativo y motivador en la interminable lucha contra el mal gálico milenario.

REFERENCIAS

1. Sánchez M, Luger A. Syphilis. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. Dermatology in general medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993;pp:2703-43.
2. Golden MR, Marra ChM, Holmes KK. Update on syphilis. Resurgence of an old problem. JAMA 2003;290:1510-5.
3. Chapel TA. Physicians recognition of the signs and symptoms of secondary syphilis. JAMA 1981;246:250-61.
4. Garnet GP, Aral SO, Hoyle DV, Cates W Jr, Anderson RM. The natural history of syphilis: implications for the transmission dynamics and control of infections. Sex Transm Dis 1997;24:185-200.
5. Stokes J, Beerman H, Ingraham N. Modern clinical syphilology. 3rd ed. Filadelfia: WB Saunders, 1945;pp:3-245.
6. Rompalo AM, Joesef MR, O'Donnell JA. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. Sex Transm Dis 2001;28:158-65.
7. Holmes KK. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1999;pp:3-1225.
8. Hook EW III, Marra CM. Acquired syphilis in adults. N Engl J Med 1992;326:1060-9.
9. Calderón-Jaimes E, Conde-González C, Juárez-Figueroa L, Uribe-Zuñiga P, Uribe-Salas F, Olamendi-Portugal M, et al. Prevalencia de anticuerpos en 1098 mujeres dedicadas a la prostitución en la Ciudad de México. Rev Invest Clin 1994;46:431-6.
10. Juárez-Figueroa LA, Meléndez-Betancourt LA, Conde-González CI. Hallazgo de sífilis al término del embarazo en mujeres de Cuernavaca, Mor. Rev Invest Clin 2001;53:375-7.
11. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of test for syphilis. Clin Microbiol Rev 1995;8:1-21.
12. Carrada-Bravo T. El diagnóstico de laboratorio de la sífilis. Rev Mex Patol Clin 2003;50:82-96.
13. Carrada-Bravo T. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med UNAM 2003;46:236-42.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis among men who have sex with men—New York City, 2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001;51:853-6.
15. Bellis MA, Cook P, Clark P, Syed Q, Hoskins A. Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status. J Epidemiol Community Health 2002;56:235-6.
16. Johnson WD, Hedges LV, Diaz RM. Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CDO01230.
17. Wicher K, Horowitz HW, Wicher V. Syphilis in the shadow of HIV and Lyme disease: the laboratory diagnosis of syphilis. J Spirochetetul Tick-borne Dis 1998;5:27-37.
18. Hook EW III, Stephens J, Ennis DM. Azithromycin compared with penicillin G benzathine for treatment of incubating syphilis. Ann Intern Med 1999;131:434-7.
19. Hart G. Syphilis test in diagnostic and therapeutic decision making. Ann Intern Med 1986;104:368-76.
20. Morgan CA, Lukehart SA, Van Voorhis WC. Immunization with the N-terminal portion of *Treponema pallidum* repeat protein K attenuates syphilitic lesion development in the rabbit model. Infect Immun 2002;70:6811-6.
21. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. AIDS 2000;14(Suppl 1):S11-21.