

Benjamín Tondopó Domínguez¹, María Eugenia Coutiño Palacios², Luis Enrique Estrada Escobar², María Teresa Dávila Esquivel², T. de los A Jiménez Pirrón², José Horacio Cano Cervantes³, Lucía Arroyo Díaz⁴

Frecuencia de *Treponema pallidum* en adultos

Treponema pallidum frequency in adults

Fecha de aceptación: mayo 2006

Resumen

Introducción: la sífilis es una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) provocada por la bacteria *Treponema pallidum*; son organismos helicoidales sumamente finos y delgados, pertenecientes al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae que se caracterizan por tener una pared celular flexible y rodeando la pared se encuentran unas pequeñas microfibrillas, que en realidad tienen una estructura como si fueran flagelos, por tanto se consideran endoflagelos.

Objetivo: determinar la frecuencia de *Treponema pallidum*; establecer la fuente de transmisión y la fase de evolución en la cual se encontraba la infección en pacientes adultos.

Material y métodos: se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el que se realizaron un total de 689 pruebas de VDRL durante este periodo; sólo 14 (2.0%) resultaron positivas. Los pacientes fueron referidos a la consulta externa para el llenado del reporte epidemiológico. El cuadro clínico cursó en forma asintomática en 78% de los casos revisados.

Conclusiones: la sífilis demarca un gran problema de salud pública a nivel mundial y al igual que otras ITS, puede prevenirse mediante diferentes medios (carteles, radio, televisión, u otros), información acerca de las diferentes ITS, así como los factores de riesgo que pueden causar la adquisición de las infecciones transmitidas sexualmente.

Palabras clave: sífilis, *Treponema pallidum*, ITS.

Abstract

Introduction: syphilis is a Sexually Transmitted infectious Disease (STD) caused by the bacterium *Treponema Pallidum*, extremely fine and thin helical organisms, pertaining to Spirochaetales Order, from Spirochaetaceae family that characterize themselves to have a flexible cellular wall and, surrounding the wall are small microfibrils, that in fact have a structure as if they were flagellums, therefore are considered endoflagellums.

Objective: to determine *Treponema pallidum* frequency, to establish the source of transmission and the phase of evolution that was the infection in adult patients.

Material and methods: retrospective, cross-sectional and descriptive study, where 689 tests of VDRL were made during this period, only 14 (2.04%) were positive, the patients were referred to external consultant for filling a epidemiologist report, 78% of the reviewed cases, had an asymptomatic clinical picture.

Keyword: syphilis, *Treponema pallidum*, STD.

1. Jefe del Laboratorio de Diagnóstico Clínico e Investigación de la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas. Correspondencia Calle Central entre 10ª y 11ª Sur Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. benjamintondopo66@hotmail.com

2. Integrantes del Cuerpo Académico de Ciencias Básicas aplicados a la salud.

3. Alumno de pregrado colaborador del proyecto de investigación.

4. Colaboradora del proyecto de Investigación docente de la Preparatoria No. 2 del Estado.

Introducción

Se cree que la sífilis se introdujo en Europa desde América a partir de 1493 por marineros que volvían del nuevo continente y en el siglo XVI constituía un problema de salud pública de primer orden, pues 15% de la población europea la padecía, ocasionando en ella miles de muertes.

La sífilis es una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) provocada por la bacteria *Treponema pallidum*; son organismos helicoidales sumamente finos y delgados, pertenecientes al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae que se caracterizan por tener una pared celular flexible y rodeando la pared se encuentran unas pequeñas microfibrillas, que en realidad tienen una estructura como si fueran flagelos; por tanto se consideran endoflagelos. Tapiizando la pared celular se encuentra una bicapa externa, la cual tiene una estructura similar a la estructura de las capas de las bacterias Gram negativas; pero esta bacteria no es Gram negativa, no se tiñe con colorantes de Gram.

La sífilis se divide en tres estadios clínicamente diferentes y en dos estadios epidemiológicos asintomáticos. La sífilis temprana abarca el primer estadio (chancro), la enfermedad secundaria (lesiones mucocutáneas, linfadenopatías o ambas, con o sin compromiso sistémico) y recidivas clínicas. La enfermedad latente se subdivide en estadio temprano (menor a 1 año) y uno tardío (mayor a 1 año). La enfermedad terciaria (tardía) generalmente se presenta con alteraciones cutáneas cardiovasculares o neurológicas.

La lesión primaria chancro aparece entre los 10 y los 90 días después de la exposición. En los primeros días el chancro consiste en una pequeña erosión superficial, indolora; hacia el quinto día adquiere su aspecto característico de ulceración redondeada de 1 a 2 cm de diámetro, tinte rojo barnizado o recubierto por una membrana blanquecina de base indurada.

En su forma clásica el chancro es indoloro e involuciona espontáneamente entre 1 y 6 semanas sin dejar cicatriz. Suele ser único, pero entre 20 y 47% de los casos puede ser múltiple.

El secundarismo sífilítico aparece semanas o meses después de la desaparición del chancro, pero rara vez coincide con la lesión primaria.

La etapa de la sífilis secundaria representa la forma clínica más contagiosa de la enfermedad, y puede tener manifestaciones sistémicas y cutáneas variadas. Los síntomas más comunes incluyen dolor de garganta, cefalea, pérdida de peso, fiebre y dolor de músculo esquelético.

A las lesiones cutáneas se les conoce como sífilides, que de acuerdo con su morfología podemos distinguir a la forma maculosa, papulosa, pápulo-costrosa, pápulo-escamosa y pápulo erosiva. A nivel de los anexos produce alopecia en áreas conocidas como "mordidas de ratón".

De acuerdo con un informe de la Dirección General de Epidemiología, de marzo de 1996, la OMS presentó un informe sobre el cálculo mundial de la incidencia y prevalencia de las cuatro principales ITS. Estos datos indican que en 1995 se produjeron más de 333 millones de casos nuevos de sífilis (12.2 millones), gonorrea (62.2 millones), chlamidiasis (89.1) y trichomoniasis (167.2) en adultos de 15 a 49 años.

Zamilpa-Mejía y cols. realizaron un estudio en 388 mujeres, las cuales acudieron consecutivamente a consulta ginecológica del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, México. Encontraron que la frecuencia de anticuerpo contra *Treponema pallidum* fue de 2.3%. Las variables como la edad, el estado civil, la escolaridad y el número de compañeros sexuales de las mujeres estudiadas estuvieron asociadas con los marcadores de infección por el VHS-2.

De acuerdo con los datos epidemiológicos de la coordinación del VIH/Sida e ITS del Instituto de Salud en Chiapas, las mujeres son las más infectadas. Tan sólo en el 2004, 40 180 mujeres resultaron con ITS de nueve variedades, mientras que los hombres infectados apenas llegaron a 1 653, siendo el rango de edad de las mujeres y hombres infectados entre los 25 y los 44 años; los municipios con más casos en el 2004 fueron Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, San Cristóbal de las Casas, Villaflores, Comitán, Tonalá, Venustiano Carranza, Ocozocoutla, Las Margaritas y Marqués de Comillas.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de *Treponema pallidum*, establecer la fuente de transmisión y la fase de evolución en que se encontraba la infección en pacientes adultos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Este proyecto se llevó a cabo en el Laboratorio de Diagnóstico Clínico e Investigación (LDCel) de la Clínica Universitaria "Dr. Manuel Velasco Suárez" de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas, en el periodo comprendido de 2003 a agosto del 2005.

El universo estuvo constituido por los pacientes, independientemente de su edad, sexo, rubro económico, que acudieron a solicitar el estudio de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) durante este periodo. La muestra estuvo conformada por los pacientes con resultado positivo al estudio de VDRL. La determinación de VDRL se realizó por el método de aglutinación pasiva de particular de gelatina para la detección de anticuerpos de *Treponema pallidum* (TP-PA). Las variables que se estudiaron fueron: signos, síntomas, fuentes y fases de evolución de la infección, tratamiento y seguimiento médicos, medidas preventivas e ITS concomitantes.

Resultados

Se realizaron un total de 689 pruebas de VDRL durante este periodo, de las cuales solamente 14 (2.0%) resultaron positivas; los pacientes fueron referidos a la consulta externa para el llenado del reporte epidemiológico. Al revisar los expedientes de estos pacientes, sólo 9 cumplieron con los criterios de inclusión. Los 9 pacientes (100%) refirieron tener cierto grado de conocimiento de las ITS. Respecto a la fuente de infección, en 89% de los casos fue el contacto íntimo con una persona infectada (Tabla1).

El cuadro clínico cursó en forma asintomática y en la fase primaria de la infección en 78% de los casos revisados. Uno de ellos estaba sintomático y sólo un caso tuvo síntomas de ITS concomitante debido a blenorragia (Tabla 1).

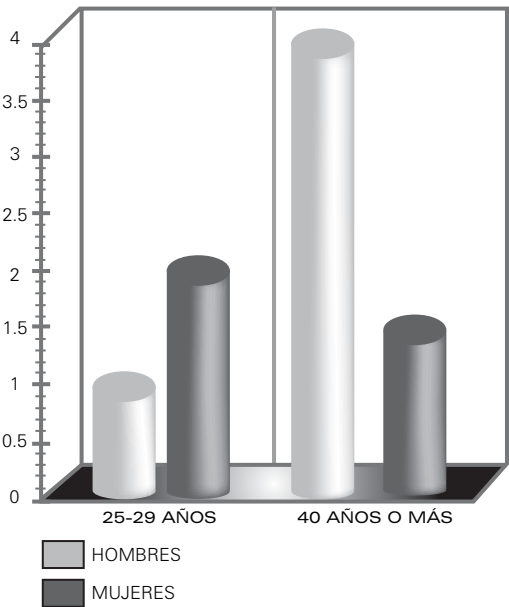
Tabla 1
Fuente de infección y cuadro clínico de los 9 pacientes en estudio.

Características		número (%)
Fuente de infección	Contacto sexual	8 (88.9)
	Otra fuente	1 (11.1)
Cuadro clínico	Asintomático	7 (77.8)
	Sintomático	1 (11.1)
	Blenorragia concomitante	

Los casos se presentaron en los siguientes rangos de edad: entre 25 y 29 años, donde 11% correspondió a los hombres y 22% a las mujeres; el otro grupo

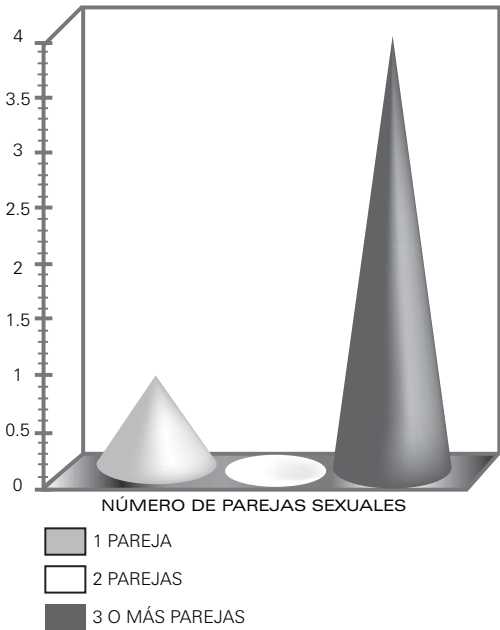
entre 40 y más años, correspondiéndole 45% al sexo masculino y 22% al femenino (Figura 1). Las mujeres estudiadas desempeñaban labores del hogar.

Figura 1
Casos de sífilis por sexo de acuerdo con grupos erarios



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de la Clínica Universitaria durante el periodo de enero de 2003 a agosto de 2005

Figura 2
Número de parejas sexuales ocasionales



Fuente: Revisión de los expedientes clínicos de la Clínica Universitaria durante el periodo de enero de 2003 a agosto de 2005

El universo estuvo constituido por los pacientes, independientemente de su edad, sexo, rubro económico, que acudieron a solicitar el estudio de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) durante este periodo. La muestra estuvo conformada por los pacientes con resultado positivo al estudio de VDRL. La determinación de VDRL se realizó por el método de aglutinación pasiva de particular de gelatina para la detección de anticuerpos de *Treponema pallidum* (TP-PA). Las variables que se estudiaron fueron: signos, síntomas, fuentes y fases de evolución de la infección, tratamiento y seguimiento médicos, medidas preventivas e ITS concomitantes.

Resultados

Se realizaron un total de 689 pruebas de VDRL durante este periodo, de las cuales solamente 14 (2.0%) resultaron positivas; los pacientes fueron referidos a la consulta externa para el llenado del reporte epidemiológico. Al revisar los expedientes de estos pacientes, sólo 9 cumplieron con los criterios de inclusión. Los 9 pacientes (100%) refirieron tener cierto grado de conocimiento de las ITS. Respecto a la fuente de infección, en 89% de los casos fue el contacto íntimo con una persona infectada (Tabla1).

El cuadro clínico cursó en forma asintomática y en la fase primaria de la infección en 78% de los casos revisados. Uno de ellos estaba sintomático y sólo un caso tuvo síntomas de ITS concomitante debido a blenorragia (Tabla 1).

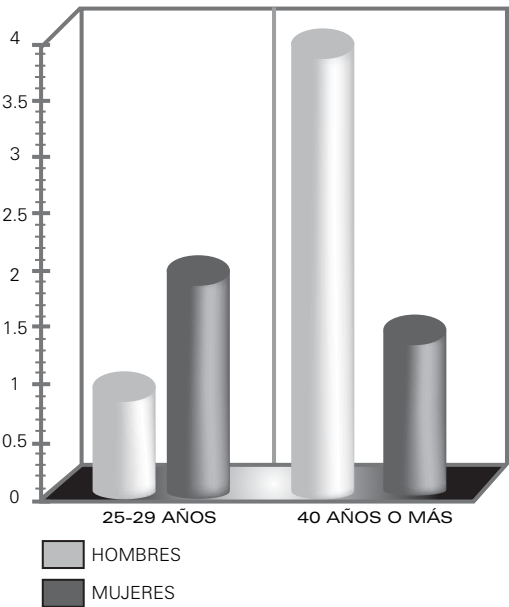
Tabla 1
Fuente de infección y cuadro clínico de los 9 pacientes en estudio.

Características		número (%)
Fuente de infección	Contacto sexual	8 (88.9)
	Otra fuente	1 (11.1)
Cuadro clínico	Asintomático	7 (77.8)
	Sintomático	1 (11.1)
	Blenorragia concomitante	

Los casos se presentaron en los siguientes rangos de edad: entre 25 y 29 años, donde 11% correspondió a los hombres y 22% a las mujeres; el otro grupo

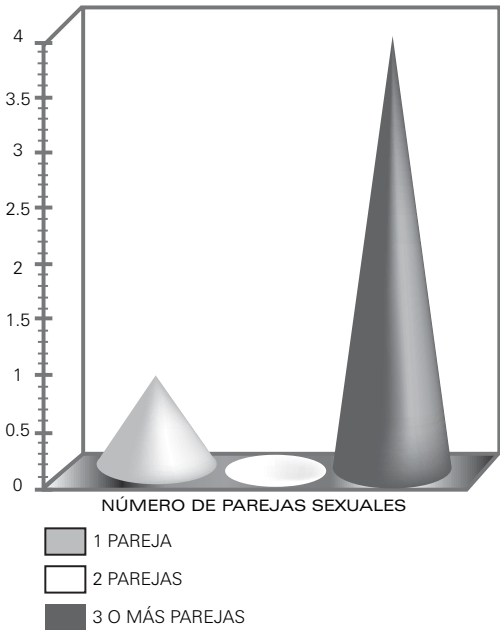
entre 40 y más años, correspondiéndole 45% al sexo masculino y 22% al femenino (Figura 1). Las mujeres estudiadas desempeñaban labores del hogar.

Figura 1
Casos de sífilis por sexo de acuerdo con grupos erarios



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de la Clínica Universitaria durante el periodo de enero de 2003 a agosto de 2005

Figura 2
Número de parejas sexuales ocasionales



Fuente: Revisión de los expedientes clínicos de la Clínica Universitaria durante el periodo de enero de 2003 a agosto de 2005

Acudieron nuevamente a la consulta externa tan sólo 22% de los casos, debido a que presentaron reinfección. De los pacientes, 45% refirieron haber tenido contacto íntimo con 3 o más parejas sexuales. En ningún caso se utilizó un método de protección durante el acto sexual. Del total de los pacientes (hombres y mujeres), 50% mencionó tener una pareja estable (Figura 2).

Discusión

De acuerdo con los resultados que se encontraron, la frecuencia por sífilis corresponde a un grupo de ITS poco usual, pero subestimada aún cuando se conocen sus grandes repercusiones sistémicas. Esto se acrecienta debido a los ineficientes programas de salud para su control, por la falta de seguimiento en los casos reportados como positivos, y por una búsqueda poco intencionada de las parejas sexuales de los enfermos.

Es importante destacar que gran parte de los casos de pacientes referidos a la consulta externa, reactivos a la prueba, se corroboraron con técnicas confirmatorias y se les solicitaron estudios complementarios para otras ITS como parte integral del manejo, atención y tratamiento médico en la primera consulta. En la fase primaria de la infección (periodo menor de un año) se encontraba 78% de estos casos, omitiéndose la exploración física genital, debido a que estos pacientes, según se entiende, se encontraban cursando periodos asintomáticos.

En este estudio se corrobora lo mencionado en la literatura, demostrando que el intercambio comercial que conlleva la urbanización, la falta de una cultura sexual adecuada, la promiscuidad, las toxicomanías, el desempleo, así como una elevada demanda de usuarios de servicios sexuales, principalmente del sexo masculino, sin ningún método de protección seguro, son la causa para la difusión de este tipo de enfermedades.

Conclusiones

En la actualidad la infección por sífilis debe ser considerada una patología fantasma, porque durante sus inicios presenta pocas o ninguna molestia y en un número reducido de los casos, principalmente en el sexo femenino, la infección resulta aparatosa, aun cuando se presenta la lesión primaria (chancro). Quizás se deba en gran parte a que la mayoría de los signos y síntomas que esta infección ocasiona se toleran bien y porque la lesión no es notoria a simple vista. Además de que por sí misma desaparecerá en corto tiempo con o sin tratamiento. De esta manera, se concluye que la sífilis demarca un gran problema de salud pública a nivel mundial y que al igual que otras ITS, puede prevenirse a través de varios medios (carteles, radio, televisión, u otros), información acerca de las diferentes ITS, así como los factores de riesgo implicados en su adquisición.

Bibliografía

1. Martínez C. "Enfermedades de Transmisión Sexual"; <http://alertaMexico.org/transes.html>. Revisado el 23 de agosto de 2005.
2. Infecciones de Transmisión Sexual. <http://www.chasques.apc.org/pfizer/ets/deficini/htm> p. 1 - 2; Revisado el 23 de agosto de 2005.
3. Programa de fortalecimiento para la prevención y control de VIH/Sida y otras ITS; Coordinación Estatal de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida, Chiapas, 2004, pp. 1- 80.
4. Guía para el uso de medicamentos en pacientes con ITS. Asociación Mexicana de VIH/Sida, 2000, pp. 25-26.
5. Uribe. La prostitución y el sida, Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, agosto de 1990, núm. 4, pp. 6-9.
6. García/Calderón J. *Conceptos clínicos de infectología*, 10ª ed., Méndez Editores, 1993, pp. 397-429.
7. Bayley y Escote. *Diagnóstico microbiológico: patógenos transmitidos por vía vaginal y sexual*, 7ª ed., Panamericana, pp. 282-285.
8. Escote. *Libro de Ginecología 4, Enfermedades transmisibles sexualmente*, pp. 1-56.
9. Estrada Arévalo A. *Plan de Salud 2002*, SSA, Chiapas, 2002, p. 18.
10. Vaginosis bacteriana, pp. 1-3. <http://www.atenen.udistrital.edu.co/estudiantes/kafe/carolina.html> Revisado 25 de agosto de 2005.
11. Normas de manejo y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual 2003, Ministro de Salud de Chile, Comisión Nacional de SIDA, área de ITS República de Chile, pp. 3-85.
12. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1994. EUA: Oficina OMS 1992:140-94. Carvacho JPP, Belda W, Jorge JC. *Syphilis in pregnant women attendent in INSAMPS Central Agency in Florianapolis. Santa Catarina*. Au Bias Dermatol 1983; 58 (2): 67-70.
13. Sparling F. *Sífilis, en Tratado de Medicina Interna*. La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1984: 605-621.
14. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de América. *Centros para el control de Enfermedades de Transmisión Sexual*. Pautas de Tratamiento (SL): Department of Health Services, Center for Disease Control, 1989.
15. Ricci JM. *Congenital Syphilis at the University of Miami: Jackson Memorial Medical Center Experience 1986-1988*. Obstet Gynecol 1989; 74: 687-693.
16. *Epidemiología mundial de ITS. 1994-2000*. <http://www.siicsalud.com/dos/des009/9882026.html>. Revisado el 28 de agosto de 2005.
17. Harrison. *Principios de medicina interna*, 13ª ed., vol. 1, pp. 846-860.
18. Méndez Cervantes Francisco. *Microbiología y parasitología médica*, 2ª ed., pp. 1350-1357.
19. FERRI Consultor Clínico, *Diagnóstico clínico y tratamiento en medicina interna*, Harcourt/ Océano, 2001, pp. 119, 245, 261, 262, 267, 295, 296, 331, 432, 518, 530, 524.
20. Calderón-Jaimes E, Conde-González C, Juárez-Figueroa L, Uribe-Zúñiga P, Uribe-Salas F, Olamendi-Portugal M y cols. *Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos en 3 098 mujeres dedicadas a la prostitución en la Ciudad de México*. Rev Invest Clin 1994; 46: 431-436.
21. Zamilpa-Mejía y cols. "Prevalencia y factores asociados con sífilis y herpes genital en dos grupos de población femenina", Salud Pub Méx 2003; 45 S(5).
22. Sánchez M. *Sífilis, dermatología en medicina general*, 5ª ed., Editorial Médica Panamericana, 2001, capítulo 229.