

Open Acces



Sífilis: augmenta la incidència en els darrers anys. Apunts sobre la malaltia.

Elisabet Güell i Figa, Imma Castellà i Dagà, Dolors Rivero Gemar

Metgesses de medicina familiar i comunitària. EAP Salt-2, Girona.

Adreça per a correspondència:

Elisabet Güell i Figa

elisabetguell.girona.ics@genec.cat

RESUM

En els darrers anys estan augmentant a Catalunya els casos de sífilis, essent més freqüent en homes que tenen sexe amb altres homes i en persones immigrades. Cal que el metge d'atenció primària reconegui les característiques epidemiològiques i clíniques de la malaltia així com demanar proves serològiques per al seu diagnòstic. En aquest cas clínic es presenta una afectació ocular de la sífilis, el qual pot esdevenir en qualsevol estadi de la malaltia. Aquesta clínica és una manifestació clínica d'una neurosífilis i requereix un maneig adequat. Per aquest motiu, davant de qualsevol pacient amb diagnòstic de sífilis i en qualsevol estadi de la malaltia cal realitzar una exploració neurològica i especial atenció oftalmològica a aquells que, a més, tenen clínica ocular.

RESUMEN

En los últimos años están aumentando en Cataluña los casos de sífilis, siendo más frecuente en hombres que tienen sexo con otros hombres y en personas inmigradas. Es necesario que el médico de atención primaria reconozca las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad así como pedir pruebas serológicas para su diagnóstico. En este caso clínico se presenta una afectación ocular de la sífilis, pudiéndose presentar en cualquier estadio de la enfermedad. Esta clínica es una manifestación clínica de una neurosífilis y requiere un manejo adecuado. Por este motivo, ante cualquier paciente con diagnóstico de sífilis y en cualquier estadio de la enfermedad es necesario realizar una exploración neurológica y especial atención oftalmológica a aquellos que, además, tienen clínica ocular.

ABSTRACT

The number of cases of syphilis has been increasing in Catalonia in the last years, being more common in men who have sex with other men and immigrants. It is necessary for primary care physicians to recognize the epidemiological and clinical characteristics of the disease and order serological tests for its diagnosis. In this case report we present a patient with ocular involvement of syphilis, which can be seen at any stage of the disease. This presentation is a clinical manifestation of neurosyphilis and requires proper management. For this reason, a neurological examination and special eye care must be considered in any patient diagnosed with syphilis at any stage of the disease who also presents with ocular symptoms.

INTRODUCCIÓ

Aquest article presenta el cas d'una infecció per *Treponema pallidum*, en el seu estadi de secundarisme luètic amb clínica cutània. Remarquem la importància de descartar la presència de sífilis ocular (considerada neurosífilis) i de les darreres dades epidemiològiques d'aquesta malaltia en el nostre entorn.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 42 anys, natural del Marroc, que viu al nostre país des de fa 15 anys. No té al·lèrgies medicamentoses conegudes. Presentava els següents antecedents mèdics: fumador, esquizofrènia simple, artropatia subastragalina bilateral posttraumàtica arran d'accident laboral feia 14 anys, amb fractura dels dos calcanis i artrodesi subastragalina esquerra fa 4 anys.

El pacient presentava lesions palmoplantars descamatives i de condiloma lata a nivell escrotal d'un mes d'evolució (Figures 1, 2 i 3). Davant d'aquestes lesions palmoplantars es plantejà el diagnòstic diferencial i es sol·licità analítica amb serologia de sífilis. El pacient referia tenir una parella sexual dona única des de feia més d'un any. L'analítica confirmà el cribratge de *Treponema pallidum* positiu, amb FTA-Abs positiu i VDRL a una titulació de 1/64. La resta de serologies per a virus de la immunodeficiència humana (HIV) i virus hepatitis B i C foren negatives.

A la següent visita es reinterrogà el pacient sobre l'afectació ocular i sobre les parelles sexuals en els darrers 6 mesos, atès que es tractava d'un secundarisme luètic. Referia dues parelles sexuals, dones, en els darrers 6 mesos, una de les quals era una nova parella sexual i estava a l'estranger. L'altra parella sexual va poder ser localitzada i contactada a través del pacient, estava asimptomàtica, amb exploració física normal i amb serologia luètica negativa.

Figura 1. Lesions eritemato-descamatives als palmells de les mans



Figura 2. Lesions eritemato-descamatives a les plantes dels peus



Figura 3. Condilomes lata a l'escrot



DISCUSSIÓ

La sífilis és una infecció generalitzada causada per una espiroqueta, el *Treponema pallidum*. Pot cursar de forma aguda com cronificar-se. La infecció es transmet bàsicament per via sexual, anomenant-se sífilis adquirida. Quan la malaltia es transmet per via transplacentària es coneix com a sífilis congènita. També pot donar-se per via transfusional i per inoculació directa.

Epidemiològicament, la sífilis ha anat augmentant la seva distribució a escala mundial¹. En el 2013 va haver-hi 856 casos al Registre de Malalties de Declaració Obligatòria individualitzada. Ha augmentat un 125% respecte els 5 anys previs (2009-2013). De tots ells, un 86% són homes amb una mitjana d'edat de 36,6 anys, dels quals el 41% són d'origen estranger. La via de transmissió més freqüent és a través de les relacions d'homes amb altres homes, el 74%². Les causes que poden explicar aquest augment rau en la possible disminució de les relacions segures en el col·lectiu homosexual després de la introducció del tractament antiretroviral, el temps més curt de relació de parella (sovint menys de 6 mesos), el desconeixement entre la població de què el sexe oral pot ser una possible font de transmissió de la malaltia i els fenòmens migratoris que possibiliten el contacte entre diferents grups poblacionals³.

La sífilis adquirida es classifica en precoç o tardana, segons si presenta evolució d'un any o més. D'altra banda, la sífilis pot ser:

- Sífilis primària: amb l'aparició del xancre i d'adenopaties regionals. Dels pacients no tractats, un 50% progressen a sífilis secundària i un 50% a sífilis latent³.

- Sífilis secundària: amb manifestacions cutànies que apareixen de forma recurrent, acompanyades de vegades per símptomes sistèmics com febrícula, malestar, odinofàgia, pèrdua de pes i dolors musculars. Dins de les manifestacions cutànies hi ha l'exantema maculopapular que pot afectar el tronc i, preeminentment palmells i plantes. Quan les pàpules apareixen en les zones humides es coneixen com a condilomes lata, que es considera la lesió més infectiva. Hi ha altres manifestacions cutànies menys freqüents, com alopecía arnada, úlceres orals, nòduls i plaques anulars amb hiperpigmentació central³.

- Sífilis terciària: tot i ser molt poc freqüent, es pot presentar en la seva forma mucocutània, òssia, visceral o neural, com a formes úniques o combinades. La més freqüent és la mucocutània (goma) combinada amb l'òssia (amb osteïtis i periosteïtis). Dins de la neurosífilis s'han descrit neurolues asimptomàtica, sífilis meningovascular, paràlisi general i tabes dorsal³.

- A més, pot donar-se la fase latent, on la sífilis és asimptomàtica^{3,4}.

Per fer el diagnòstic de sífilis, a part de les característiques clíniques, cal una tècnica de laboratori que ens la confirmi. Les proves més específiques són la demostració de la presència del *Treponema* a través del camp fosc, del test d'amplificació d'àcids nucleics o bé per l'amplificació d'àcids nucleics (PCR). Tot i això, a l'atenció primària s'utilitzen més els test serològics, que poden ser treponèmics (detecten anticossos específics contra antígens del *Treponema*) o no treponèmics (detecten anticossos contra antígens de cèl·lules infectades pel *Treponema*)^{3,4}. Una prova treponèmica negativa indica l'absència de la infecció, tant del passat com del present. En cas d'haver tingut la malaltia la prova pot romandre positiva tota la vida, malgrat el tractament hagi estat correcte, per la qual cosa no són útils per al seguiment.

El tractament d'elecció de la sífilis primària, secundària i latent precoç és l'administració de 2,4 milions d'UI de benzilpenicil·lina benzatina per via intramuscular en dosi única o penicil·lina procaïna 600.000 UI per via intramuscular/dia durant 10 dies. En la sífilis latent tardana o indeterminada cal usar la penicil·lina benzatina 2,4 milions d'UI intramusculars/setmana durant 3 setmanes o penicil·lina procaïna 600.000 UI/dia durant 17 dies. Cal fer tractament específic en al·lèrgics a la penicil·lina, embarassades, infectats pel VIH i aquells diagnosticats de sífilis latent, terciària i neurosífilis³.

Cal fer estudi epidemiològic i tractar el/s contacte/s sexual/s⁵. L'interval de temps de contactes que cal estudiar depèn de l'estadi en què es trobi la malaltia del pacient diagnosticat. En la sífilis primària seran 3 mesos; en la secundària, 6 mesos i en la sífilis latent precoç, els 12 mesos anteriors³.

Per al seguiment de la malaltia cal fer un control clínic i serològic als 6 i 12 mesos post-tractament. El més eficaç és el monitoratge dels títols dels tests no treponèmics. La quantificació es realitza per dilucions de forma creixent. Títols molt alts d'1/32 solen aparèixer en la sífilis secundària o poden ser negatius en la coinfecció per VIH. Aquesta prova no és diagnòstica i requereix de les proves treponèmiques. Cal considerar que els pacients s'han reinfectat o el tractament ha fracassat si els signes i símptomes persisteixen o augmenten en dues o més dilucions els títols de les proves no treponèmiques. Caldria retractar als pacients, descartar una coinfecció per VIH i realitzar una punció lumbar³.

La sífilis és una malaltia que presenta una úlcera que pot afavorir la transmissió per VIH³. Cal sol·licitar una analítica per descartar coinfecció amb VIH, virus de l'hepatitis B i virus de l'hepatitis C³. Pacients diagnosticats de sífilis amb pràctiques sexuals de risc no immunes haurien de ser vacunats de l'hepatitis B³. Els homes amb sexe amb altres homes no immunes han de vacunar-se de l'hepatitis A³.

En aquesta revisió, volem donar especial importància a la detecció de la sífilis ocular arran dels 15 casos detectats als Estats Units des del desembre de 2014. Aquesta afectació produeix la disminució de l'agudesa visual, i fins i tot pot produir-se la ceguesa permanent. L'afectació ocular de la sífilis és una manifestació clínica de la neurosífilis. Tot i que les formes de presentació més freqüents són la uveïtis posterior i la panuveïtis, pot afectar qualsevol estructura. Així doncs, pot donar-se uveïtis anterior, neuropatia òptica, vasculitis retiniana i queratitis intersticial. Els metges han de ser conscients de la presentació de la sífilis ocular i de fer cribratge de queixes visuals en qualsevol pacient amb risc de sífilis. La majoria de casos s'han presentat en pacients VIH positiu i homosexuals, i de fet, han hagut pocs casos entre persones no infectades de VIH incloent homes i dones heterosexuales. Els pacients amb serologia positiva per sífilis han de rebre un examen neurològic acurat, incloent els parells cranials i la valoració oftalmològica immediata en aquells amb queixes oculars. Cal fer una punció lumbar en aquest tipus de pacients i caldria ser tractats com a neurosífilis (penicil·lina cristal·lina aquosa G IV o procaïna penicil·lina intramuscular amb probenecida durant 10-14 dies). La sífilis ocular pot aparèixer durant qualsevol etapa de la sífilis incloent sífilis primària i secundària; i per tant, cal pensar-hi en qualsevol persona amb sífilis i clínica ocular⁵. De moment, es desconeix si hi ha alguna soca de *Treponema pallidum* amb major probabilitat de causar infeccions oculars. Tampoc s'ha trobat rellevància entre els diferents fenotips de la sífilis i la clínica que provoquen⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. Patton M, Su J, Nelson R, Weinstock H. Primary and secondary syphilis – United States, 2005-2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2014;63:18.

2. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida i de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2013. Butlletí epidemiològic de Catalunya. Volum XXXV. Agost 2014. Número 8. Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/pr_ofessionals/recursos/butlletins_de_salut/promocio_i_proteccio_de_la_salut/bec_butlleti_epidemiologic_de_catalunya/2014/bec_agost_2014.pdf

3. Torrell G, Masferrer E. Sífilis. AMF 2010;6:330-7.

4. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. GPC ITS 2009. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/pr_ofessionals/temes_de_salut/infeccions_de_transmissio_sexual/documents/acces_a_la_guia.pdf

5. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall Mayans M. Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico. Actas Dermosifiliogr 2015;106:68-9.

6. Jardim J, Medeiros V, Brotto G, Borges N, Talhari S, Gomes R, et al. Genetic risk for human susceptibility to infections of relevance in dermatology. An Bras Dermatol 2011;86:708-15.

Com citar l'article: Güell i Figa E, Castellà i Daga I, Rivero Gemar D. Sífilis: augmenta la incidència en els darrers anys. Apunts sobre la malaltia. But At Prim Cat 2016;34:20.