

Manejo de la sífilis en atención primaria

Ruth Maye Soroa^{a,*}, Roberto Zarrabeitia Puente^b, Ofelia Casanueva Soler^a y Ramón Teira Cobo^b

^aCentro de Salud Zapatón. Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega. Cantabria. España.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

*Correo electrónico: ruthmaye@gmail.com

Puntos clave

- La sífilis continúa siendo una enfermedad presente en nuestra población pese a lo que la mayoría pueda pensar.
- La detección precoz de la sífilis sigue teniendo una gran importancia a la hora de evitar repercusiones mayores como es el caso de la neurosífilis.
- La detección de enfermedades de las que disponemos de tratamiento y cuyo diagnóstico tardío implicaría secuelas importantes debe ser prioritario para el médico de familia.
- La clínica de la sífilis puede pasar desapercibida con facilidad, de modo que es importante tenerla en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con otros cuadros más banales como podría ser un exantema viral.
- La implicación del médico de familia en el seguimiento estrecho del cumplimiento terapéutico es crucial.
- Es de suma importancia la realización de controles del VDRL, puesto que una ausencia de disminución de los títulos del mismo implica un cambio en la terapéutica.
- El hecho de que el principal mecanismo de transmisión sea la vía sexual hace necesario descartar la coexistencia de otras enfermedades que comparten dicha vía, como el virus de la inmunodeficiencia humana.
- No debemos olvidar la necesidad de realizar pruebas de detección, así como llevar a cabo un correcto tratamiento en los compañeros sexuales de los infectados.
- La neurosífilis constituye una de las repercusiones más graves de la instauración tardía del tratamiento.
- En cuanto al embarazo, cabe tener en cuenta que el tratamiento es el mismo, pero que ante alergias a la penicilina, la desensibilización sería la mejor alternativa.

Palabras clave: *Treponema pallidum* • Penicilina G benzatina • VDRL.

Debido al constatado aumento en la prevalencia de casos de sífilis en las consultas de atención primaria y especializada, el objetivo de este trabajo es proporcionar una actualización en los conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de dicha infección, para ayudar al profesional de la salud a una rápida identificación e instauración del tratamiento, basándonos en la experiencia de nuestros centros de trabajo (Hospital Sierrallana de Torrelavega, perteneciente al Servicio Cántabro de Salud, y las Áreas de Salud III y IV de Atención Primaria de la comunidad de Cantabria).

Introducción

La sífilis es una infección causada por una bacteria del orden de las espiroquetas conocida como *Treponema pallidum* y cuya transmisión normalmente ocurre por contacto directo

con lesiones contagiosas por vía sexual (chancro sifilítico en el caso de la sífilis primaria y condiloma lata o parches mucosos en el caso de la sífilis secundaria). Además, *T. pallidum* puede atravesar la placenta y afectar al feto, condicionando una sífilis congénita. Cabe tener en cuenta que con frecuencia se asocia a otras enfermedades de transmisión sexual, y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las más prevalentes.

Epidemiología

Según datos del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, en la Encuesta de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) del año 2014¹, en Cantabria hubo en dicho periodo 35 casos declarados, con una tasa de

5,80 por 100 000, y en España 3568 casos con una tasa de 7,65 por 100 000.

Clínica

En función del tiempo en que fue contraída la infección, cabe hacer una subdivisión que distinga la *sífilis precoz* –comprendiendo la sífilis primaria, secundaria y latente temprana, las cuales ocurren en el primer año después de la infección– y la *sífilis tardía* –incluyéndose en esta, la sífilis terciaria y latente tardía, que suceden después del primer año de infección–, cuya clínica se desarrolla a continuación.

Sífilis precoz

Sífilis primaria: inicialmente aparece una pápula indurada, la cual se convierte posteriormente en lo que denominamos “chancro”², una úlcera de fondo limpio e indolora, generalmente única (aunque puede ser múltiple en el 25% de pacientes inmunocompetentes y hasta un 70% en los pacientes inmunosuprimidos). En la úlcera se encuentran abundantes espiroquetas, lo que permite realizar un diagnóstico microscópico de campo oscuro de un frotis de su fondo. Las localizaciones más frecuentes son el glande, el cuerpo del pene, el cuello uterino, la vagina, el canal anal, el recto, la boca y los labios. Aunque generalmente son indoloras, la sobreinfección bacteriana y la sensibilidad de localizaciones como lengua y ano hacen que, en algunas ocasiones, el paciente pueda referir dolor o molestia. Las lesiones están asociadas a adenopatías regionales indoloras no supurativas, uni o bilaterales, que aparecen de forma inconstante de 7 a 10 días después del chancro. Las úlceras son autolimitadas y no dejan lesión residual, desapareciendo espontáneamente en 3 o 6 semanas, periodo que se acorta drásticamente si empleamos tratamiento, ya que desaparecerán alrededor de la segunda semana. La serología inicialmente es negativa, y se positiviza tras la octava semana de infección. El diagnóstico diferencial de ulceraciones genitales se muestra en la tabla 1.

Sífilis secundaria: se presenta entre la sexta semana y los 6 meses posteriores a la inoculación y se corresponde con el periodo de máxima diseminación hematógena, con erupciones en piel y mucosas, acompañadas de síntomas constitucionales como febrícula, malestar general, cefalea, faringitis, anorexia, astenia, adinamia, artralgias, mialgias y linfadenopatías generalizadas. En pacientes con infección por VIH, la fase de diseminación hematógena puede solaparse con la del chancro.

Desde el punto de vista dermatológico, la manifestación más frecuente es el *exantema maculopapuloso* (figs. 1 y 2) bilateral y simétrico, cuyo color oscila entre rojo pálido y rosa (parduzco en personas de piel oscura), localizado en tronco y extremidades proximales. En palmas de manos y plantas de los pies aparecen lesiones papulares que a menudo se necrosan (fig. 3).

Diagnóstico diferencial: *pitiriasis rosada*, *eritema multiforme*, *enfermedades eruptivas virales*, *erupciones medicamentosas*, *linfoma*, *síndrome mononucleótico de diversas etiologías*, *lupus eritematoso sistémico* (LES) y *dermatofitosis* (tabla 2).

Otra de las manifestaciones a tener en cuenta son los *parches mucosos* (lesiones grisáceas no pruriginosas con perife-



Figura 1. Lesiones papulosas en el pecho.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de otras ulceraciones genitales

Lesión	Etiología	Clínica	Tratamiento
Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlcera dolorosa, única o múltiple, blanda, bordes irregulares Adenopatías dolorosas inguinales	Azitromicina Ceftriaxona Eritromicina o ciprofloxacino
Herpes genital	Virus del herpes simple II	Úlceras múltiples, arracimadas, pequeñas y dolorosas Adenopatías dolorosas bilaterales	Aciclovir Valaciclovir Famciclovir
Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Úlcera única, indolora, superficial Síntomas generales Grandes adenopatías dolorosas	Doxiciclina Eritromicina
Granuloma inguinal	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Nódulo subcutáneo que se transforma en úlcera, única o múltiple, limpia, de bordes elevados, aspecto serpiginoso y sangrante	Azitromicina Doxiciclina Cotrimoxazol

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679375>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679375>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)