

Sífilis

¿Una infección que retorna?

Arturo Langton**, Lila Almirón***, Sonia Romero****, Cintia Diplotti**** y Baltazar Antonio Mazzaro*

“En un tiempo infinito, el número de las permutaciones posibles debe ser alcanzado, y el universo tiene que repetirse.”

J. L. Borges lo atribuye a Nietzsche.

Introducción

Existen pruebas de que la sífilis como enfermedad de transmisión sexual (ETS) no se ha erradicado en muchos países. En los Estados Unidos el 50% de los casos detectados en 1998 están localizados en las zonas de menos desarrollo económico del sur. Para el año 2005 se busca la “eliminación” logrando una tasa de menos de 1000 nuevos casos de sífilis primaria y secundaria⁽¹⁾. El mismo trabajo advierte en una gráfica de proyección que si se retacean los recursos económicos destinados a la “eliminación”, lo que se puede esperar es un incremento que oscilará entre 9.000 a 23.000 nuevos casos para ese año.

Un informe del CDC (Center of Diseases Control de Atlanta EE. UU.) del año 2001 informa de una epidemia de sífilis en grupos de hombres con conducta homosexual en el sur de California y hace referencia al hecho de que las úlceras genitales de la sífilis faciliten la transmisión del virus del HIV⁽²⁾.

Téllez y colaboradores citados por Cohen⁽³⁾ estudiaron la prevalencia de hepatitis B y C como así también la sífilis y el HIV en Mongolia. Se había informado en detalle que China eliminó las ETS de esta región en la década del 50. Sin embargo, desde hacen 10 años China y Mongolia se abrieron a los mercados occidentales y

paralelamente se constató un resurgimiento de las ETS en estas regiones.

En Gran Bretaña se identificaron 53 nuevos casos de sífilis en Manchester entre febrero de 1999 y agosto del 2000 y 15 nuevos casos en Brighton entre junio de 1999 y agosto del 2000⁽⁴⁾ en lo que fue calificado como una epidemia en comunidades homosexuales.

Las ETS han resurgido asimismo en las Repúblicas Soviéticas y en el este de Europa⁽⁵⁾.

Un análisis de la Organización Mundial de la Salud en 1996⁽⁶⁾ identificó a los factores responsables de la epidemia de sífilis en la ex Unión Soviética a partir de los cambios políticos de 1991 como sigue: a) factores socioeconómicos; b) colapso en las relaciones de la antigua economía con la economía de mercado; c) desempleo; d) migraciones y libertad para viajar; e) pobreza; f) diferencia en los ingresos; g) prostitución y pornografía; h) sexo sin protección; i) cambio en los hábitos sexuales; j) factores organizativos y biomédicos; k) pérdida de interés en la salud y en la búsqueda de tratamiento de la población; l) baja calidad de la atención médica privada o la auto medicación; ll) costo de los análisis anónimos y confidenciales en relación con la atención gratuita pero con pérdida de la privacidad del paciente; m) financiamientos insuficientes y en consecuencia fallas en suministrar ayuda médica gratuita calificada para todos; n) pérdidas de los programas gubernamentales de lucha contra las ETS; ñ) pérdida de los sistemas unificados para la prevención del HIV y las ETS; o) el tratamiento para el SIDA en Rusia está completamente separado de las otras ETS y posee sus propios programas para el control de la infección; p) legislación inadecuada con respecto a la prostitución y a las ETS.

Presentación de casos

Dada la prevalencia de sífilis en nuestra provincia (Tabla 1, Gráfico 1) se decidió el estudio de esta patología en el lugar en el que desarrollamos nuestras tareas, el Hospital Psiquiátrico “San Francisco de Asís” de la Provincia de Corrientes. Argentina. Existe una continua afluencia de

* Profesor titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la U.N.N.E. Director del Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís. Corrientes, Argentina.

** Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del mismo Hospital.

*** Jefe de Residentes de Psiquiatría del mismo Hospital.

**** Médicos Residentes de Psiquiatría del mismo Hospital.

Correspondencia a los autores: Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís.

Vélez Sársfield y Sgo. Cabral (3400) Corrientes, Argentina.

Teléfono: (03783) 425795/423726/427603. E-mail: alangton@arnet.com.ar

Tabla 1:

**Prevalencia de sífilis en Corrientes. Argentina.
(Años 1969 a 2000)**

AÑO*	Nº DE CASOS TOTALES DE LA PROVINCIA	Nº DE CASOS DE CAPITAL
1969	30	SIN REGISTROS
1970	45	SIN REGISTROS
1971	66	5
1972	125	22
1973	123	9
1974	128	5
1975	98	12
1976	135	51
1977	200	99
1978	184	46
1979	96	21
1980	144	62
1981	130	24
1982	143	72
1983	126	39
1984	132	20
1985	82	25
1986	97	21
1987	184	70
1988	114	71
1989	109	35
1990	258	143
1991	304	145
1992	173	110
1993	96	65
1994	89	59
1995	61	34
1996	57	42
1997	77	44
1998	69	43
1999	47	34
2000	63	50

Datos obtenidos de la Dirección de Planificación de la Salud.
Subdirección de Estadística de Salud. Corrientes.

* Los datos estadísticos anuales culminan en el mes de febrero del año siguiente.

enfermos mentales y reciben también tratamiento pacientes con trastornos por adicción a sustancias; el origen de la población que se asiste comprende a nativos de nuestra provincia y de provincias y países vecinos. La capacidad del hospital es de 150 camas distribuidas en 4 pabellones generales y un Servicio de Toxicomanías, Alcoholismo y Drogadicción.

Se sometieron a análisis de laboratorio para Sífilis y HIV a un total de 129 pacientes internados en un lapso de 6

meses. Los métodos utilizados fueron: de aglutinación para sífilis VDRL (Test de aglutinación de WIENER LAB.) y para la detección de HIV se utilizó el kit de SERODIA HIV-1/2 de FUJIREBIO INC. Los diagnósticos de los pacientes, cuyas reacciones dieron positivas, fueron confirmados por IFI (inmunofluorescencia indirecta). Se les practicó asimismo punción lumbar para determinación de VDRL y estudios citoquímicos.

Los resultados obtenidos muestran un total de 120 pacientes con resultados negativos para ambas determinaciones, 7 pacientes mostraron positividad para VDRL y 2 pacientes dieron resultados positivos tanto para HIV como para VDRL.

Los pacientes seropositivos para sífilis se encuentran cursando diferentes estadios de la afección: 1 paciente en el período primario con una evolución estimada de menos de 8 meses, 2 pacientes cursan el período secundario, 5 pacientes internados con terciarismo y a 1 paciente de consultorio externo le fue diagnosticada neurosífilis (parálisis general) confirmada por punción lumbar.

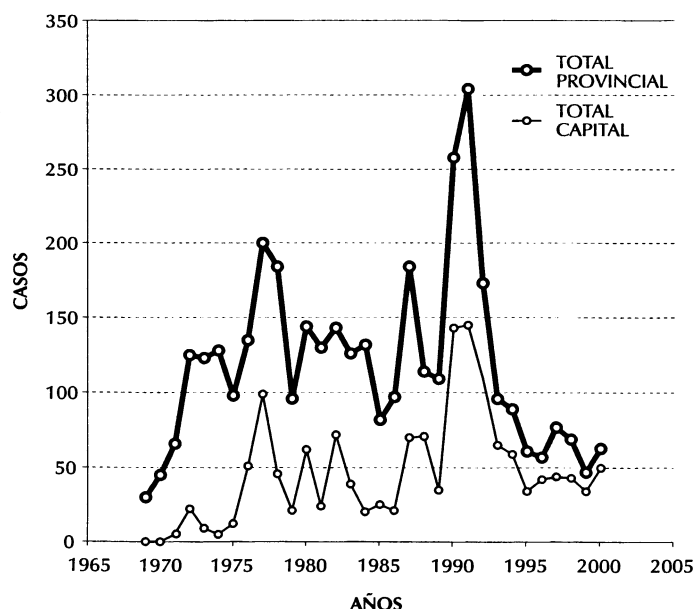
Discusión

Los pacientes internados en establecimientos para atención psiquiátrica pertenecen en su mayoría a grupos de población cuya situación económica es por lo general desfavorecida.

Los bajos ingresos presuponen un bajo nivel nutricional, lo que disminuye sus defensas naturales; no se puede

Gráfico 1:

**Prevalencia de sífilis en Corrientes. Argentina.
(Años 1969 a 2000)**



asimismo contar con la comprensión de estos pacientes para las medidas preventivas de las ETS, las cuales no alcanzan para incidir con eficacia en los integrantes de este grupo.

La patología psiquiátrica que padecen en muchos casos reduce la capacidad de dar cuenta de la sintomatología de enfermedades que, como ésta en particular, tienen pocos síntomas dolorosos o alarmantes.

Por los motivos mencionados en los puntos precedentes, cuando en estos pacientes se detectan ETS se hace muy difícil ubicar la fecha probable del contacto infectante y los posibles infectados.

Al ser enfermos psiquiátricos la comunidad en general los considera "locos" y esto conlleva la idea señalada por Foucault de seres marginados por la sociedad⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Según la Guía del año 1998 para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual del CDC⁽⁸⁾ se catalogan como grupos especiales a: 1) las mujeres embarazadas. 2) los adolescentes y 3) los niños. La diferenciación tiene su base en las características particulares de cada uno de los integrantes de estos grupos en lo referente a la epidemiología y a la falta de semejanzas con el paciente adulto común que padece una ETS.

Creemos necesario sugerir la inclusión de un cuarto grupo especial constituido por los pacientes psiquiátricos debido a sus particulares características ya comentadas.

El interés que ha despertado el resurgimiento de la sífilis como patología emergente está relacionado entre otras circunstancias con el hecho de que esta infección puede facilitar la transmisión de la infección por HIV como ha sido mencionado por parte de algunos autores⁽²⁾⁽⁵⁾. Las lesiones mucocutáneas que actúan como puerta de entrada al virus y los mecanismos de transmisión compartidos, habida cuenta que ambas son ETS, nos inducen a pensar en la infección por *Treponema pallidum* como una *vía regia* para la difusión de la infección por HIV.

Resumen

La sífilis es una compleja enfermedad de transmisión sexual (ETS) que tiene un curso clínico altamente variable; su causa es la infección por *Treponema pallidum*, la progresión completa de la enfermedad puede tomar años. Las diferentes fases se denominan sífilis primaria, secundaria, fase de latencia (precoz y tardía) y la afectación del SNC se conoce como neurosífilis⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Presentamos en este trabajo evidencias de que la sífilis no ha sido erradicada en varias regiones del globo⁽¹⁻⁵⁾.

En nuestro lugar de trabajo se realizó la detección serológica de la enfermedad por medio de VDRL en 129 pacientes internados, de los cuales 9 pacientes (7%) presentaron resultados positivos. Se obtuvieron resultados positivos para serología de HIV en 2 pacientes (1,5%) de los 129 estudiados.

Se asume que las condiciones socioeconómicas y psiquiátricas de los pacientes potencian las posibilidades de contraer ETS en los integrantes de este grupo.

A modo de hipótesis se plantea el concepto de que la sífilis puede actuar como una *vía regia* para la difusión del HIV.

Agradecimientos:

Sra. Rosa Silva. Subdirección de Estadística de Salud. Dirección de Planificación de la Salud. Corrientes. Argentina.

Bibliografía

1. Toney, J.F., Bergen, G.A. STD Syphilis Elimination – Déjà Vu?. *Infect Med* 2000; 17(19): 619–620.
2. Outbreak of Syphilis Among Men Who Have Sex With Men – Southern California; 2000. Center for Disease Control. MMWR 2001; 50 (70): 117–120.
3. Cohen, M. Forgotten but Not Gone. 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents & Chemotherapy Day 1. September 17, 2000.
4. Yamey G. Syphilis outbreaks reported in Manchester and Brighton. *BMJ* 2000; 321:1177.
5. Gomberg M., Akovian V.A.: Resurgence of sexually transmitted diseases in Russia and Eastern Europe. *Dermatologic Clinics* 1998; (4): 16.
6. Ey H., Bernard P., Brisset CH.: *Tratado de Psiquiatría*. 8° Edición. Masson S.A. 1995.
7. Chiozza L: *Obras Completas*. Escritos 1 a 141 hasta Agosto de 1995 Recopilados y ordenados por Eduardo Dayen. CD-ROM. Folio Infobase. 1995.
8. Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1988. 47(RR-1); 118: 28–49.
9. Lukeharth S., Holmes K. K. Section 9. 174. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 14th Edition. CD-ROM version 1.1. Mc Graw Hill. 1999.
10. Syphilis And Nonvenereal Treponematoses. 7: VI *Scientific American Medicine*, SAM-CD. Dale DC: editor in Chief. Federman DD: editor. CD-ROM. Enigma Information Retrieval System. 1998.