

¿Se puede controlar la sífilis en una gran ciudad?

Barcelona ha padecido en los últimos 30 años dos ondas epidémicas de sífilis. La primera, se inició a partir de 1980 con la revolución sexual y la segunda con el cambio de siglo. La sífilis en España, como en Europa Occidental y en EEUU, se caracteriza por ser una endemia con baja incidencia en la población general pero que se concentra en las poblaciones con elevada promiscuidad, y en algunos países, en las poblaciones con pobre acceso a los servicios de salud, marginación social o bajo status socio-económico. Al estudiar el perfil epidemiológico de la sífilis vemos que esta, como otras infecciones de transmisión sexual (ITS), está en realidad compuesta de diversas fases. En consecuencia, los determinantes sociales de la sífilis son distintos según el particular subgrupo demográfico, social o de conducta afectado¹.

El brote de los 80s tuvo dos poblaciones; la primera la padeció el colectivo *heterosexual* y afectó no solo a las prostitutas y a sus clientes como grupo nuclear habitual, sino que, la mayor promiscuidad sexual debido a la liberalización de las costumbres, especialmente entre los jóvenes, provocó la aparición de brotes de diversas ITS. Las más frecuentes fueron por sífilis, gonococia, uretritis/cervicitis/rectitis no gonocócica, trichomoniasis, virus (Virus Herpes simple y VPH) y muy característica fue la emergencia de una enfermedad exótica, el chancroide, típicamente propagada por prostitutas. En este colectivo no se observó un número elevado de casos de coinfección por VIH ya que su contagio por vía heterosexual en los primeros años de la epidemia estuvo ligado a la transmisión desde parejas drogodependientes por vía endovenosa.

La segunda población afectó al *colectivo homo/bisexual* masculino. Hubo brotes de varias ITS: sífilis, gonococia, con episodios repetidos en muchos pacientes, ausencia total de casos de chancroide en este colectivo,

y aparición, a partir del año 1985, año en que se generaliza la práctica de serologías VIH, de muchos casos de coinfección con el VIH. Muchos de estos pacientes estaban severamente inmunodeprimidos y se pudieron observar las anomalías de evolución de la sífilis descritas en los coinfectados por sífilis y VIH: presentación atípica de lúes I y II, recidiva de lúes II después de tratamiento correcto (descartada la reinfección), respuesta serológica con títulos muy altos y retardo en producirse la serorreversión, incluso un caso de lúes II seronegativo y presentación fulminante de neurolúes parenquimatosa en un paciente joven.

Cuando se agravó la epidemia de VIH a finales de la década de los 80, con su alta letalidad, la población tomó conciencia de ello, se produjo un cambio en las conductas sexuales de ambos colectivos, especialmente del homosexual, que condujo a la virtual desaparición de todas las ITS clásicas y se mantuvo así durante toda la década de los 90. Las ITS dominantes, en esta década de bajísima incidencia, eran: la infección genital no gonocócica, los condilomas acuminados, el herpes simple, las candidiasis genitales y las vaginosis bacterianas.

La onda epidémica actual. En el año 2000 se detecta lo que entonces parecía un brote de sífilis pero la incidencia se ha ido incrementado de manera sostenida hasta la actualidad. La incidencia era en Cataluña de 1,5 /100.000 h en el año 2000 aumentando a 5,7 en el 2010. Han pasado 10 años y no hay atisbos de que pueda ser controlada y ahora se afecta sobre todo al colectivo homo y bisexual masculino. También se puede asociar a coinfección por VIH (cerca del 40%), y se acompaña de un brote similar de gonococia y de otra ITS emergente y exótica, el linfogranuloma venéreo², que comparte patrón con el observado en otros países europeos occidentales y en América del Norte.

Las causas pueden ser: los cambios de las normas sexuales y sociales, el abuso de sustancias, la globalización de los viajes y de la emigración. El grupo nuclear del brote ha introducido prácticas sexuales nuevas como el uso de drogas para potenciar el sexo y otras drogas recreacionales que promociona un apareamiento sexual concurrente y/o secuenciado con cortos intervalos entre nuevas parejas sexuales todo lo cual potencia la propagación de la infección, tal como se evidencia en el caso clínico presentado en este número de *Enfermedades Emergentes*³. Los baños (saunas), los circuitos de partys e Internet (todos ellos forman parte de las interacciones sociales de los homosexuales) influyen en la naturaleza de los patrones de mezcla sexual, lo que a su vez incrementa el riesgo de la transmisión¹. La introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia, que mejora mucho la supervivencia en los infectados por VIH, también influye indirectamente.

Como controlar el brote. Lo sorprendente es que se dispone de todos los medios para controlar la sífilis, una enfermedad de perfil eliminable e incluso erradicable (4 y 5). Esta enfermedad solo afecta a la especie humana, no hay reservorio animal; su periodo de incubación de 9 a 90 días, tiempo suficiente para interrumpir la transmisión mediante terapia profiláctica rápida de los contactos sexuales. También tiene métodos de diagnóstico para todas las fases de la enfermedad, fáciles de realizar y de interpretar, que son baratos en general y, en la actualidad, automatizados. Tiene una terapéutica eficaz en régimen de monodosis, que permite supervisar su administración, es barata y no se conocen resistencias a la misma. Hay constancia de éxitos de la penicilina que redujo la incidencia de la sífilis hasta límites de casi eliminación de la endemia en países ricos y que eliminó de muchos países pobres las treponematoses no venéreas, como el pian, que causaba más de 50 millones de casos al año a finales de los 50.

La piedra angular de una respuesta efectiva de la salud pública a la sífilis son la búsqueda activa de casos y una fuerte vigilancia. Un diagnóstico precoz es esencial tanto para asegurar un tratamiento eficaz del paciente como para prevenir la propagación de la sífilis, que dependerá del número medio de casos de infección generado por un infectado. Cuanto más pronto un infectado busque diagnóstico y reciba tratamiento, más rápidamente se podrá controlar la enfermedad. Para ello hay que disponer de servicios médicos que realicen un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz de todos los casos. En áreas hiperendémicas es necesario hacer cribajes en las poblaciones de riesgo en los que estos análisis periódicos deben realizarse al menos una vez al año, tal como se recomienda en otros grupos para el control del colesterol o del cáncer. Estos servicios también deben extenderse a toda la población que lo solicite.

Los servicios de salud en Barcelona dan estas prestaciones a toda la población que lo solicita sea cual sea su condición. Puede que la preparación del personal sanitario no sea la ideal después de una época de virtual desaparición de las ITS clásicas y que los servicios sanitarios existentes pueden estar sobrecargados. También se dispone de un centro de referencia para ITS al que se pueden remitir los pacientes de diagnóstico o tratamiento dudoso y que atiende además a todos los que lo piden de manera anónima y gratuita y tiene programas especiales para los trabajadores/as del sexo comercial.

La población afectada tiene que saber que el *primer paso* en cualquier ITS, es la *autopercpción del riesgo y el conocimiento de los síntomas de la enfermedad*. El grupo nuclear de la epidemia, los hombres homo o bisexuales, no es un grupo social ni económicamente marginal, más bien todo lo contrario. Es además, un grupo que está perfectamente concienciado del riesgo de las ITS y de las prácticas de riesgo, que tiene acceso a todos los servicios sanitarios y hace uso exhaustivo de ellos, especialmente los de las ITS³, de tal manera que acuden a consulta al

menor signo de enfermedad, que en el caso de la sífilis primaria, por ejemplo, se presentan con lesiones iniciales tan poco características que son difíciles de diagnosticar y hacen recordar lo que Stokes decía hace más de 60 años: "todos los médicos deben estar impresionados por el hecho de que el chancro puede asumir casi cualquiera forma morfológica concebible y puede aparecer en cualquier parte accesible del cuerpo humano excepto en el pelo, los dientes o en las uñas"⁶.

A pesar de darse todas las condiciones para el control de la sífilis, la endemia sigue creciendo. Tal vez *existan algunas barreras* como el fracaso de hacer un diagnóstico precoz pero no parece ser así ya que nuestro sistema de salud atiende esta demanda. Además se ha promocionado y aceptado que ONGs, algunas muy ligadas al grupo nuclear, realicen chequeos serológicos que incluyen la sífilis, el VIH y las hepatitis víricas. El estigma asociado a buscar diagnóstico para la sífilis no es importante en nuestro entorno por lo que no sería una causa del fracaso del control en nuestro medio. Otro problema es la incapacidad de identificar y tratar prontamente las parejas potencialmente infectadas. Si un paciente diagnosticado de sífilis infecciosa no puede o no quiere identificar a sus contactos, faltará uno de los pilares fundamentales para su control. Cuando una persona tiene relaciones sexuales con otra infectada de sífilis infecciosa y se infecta a su vez puede tardar hasta 3 meses en manifestar los signos clínicos por lo que, si tratamos a todos los contactos, podemos interrumpir la transmisión antes de que desarrollen la enfermedad e incluso antes de que confirme la infección. En nuestro medio, el seguimiento de contactos lo indica el personal médico que diagnostica y trata a los pacientes, los que a su vez lo notifican a sus contactos. En el estudio de contactos también podría participar personal *de salud pública*, pero esto no ocurre en nuestro medio.

Los problemas que plantea el seguimiento de contactos son: que el

paciente haya tenido contactos con individuos anónimos, que no quiera identificar a sus contactos sexuales porque tenga miedo de sus repercusiones, que no confíe en el sistema de salud pública. Los pacientes del grupo nuclear tienen generalmente una actitud de colaboración en traer a sus contactos pero muchos de ellos son anónimos, lo que hace imposible su seguimiento. Por esta razón y *en años recientes*, se ha cuestionado la efectividad de este método de notificación lineal de contactos, tratamiento y consejo para controlar la transmisión de la sífilis. Hay expertos que recomiendan dar a la notificación de contactos una nueva dimensión epidemiológica. El uso de *poblaciones específicas* más que individuo infectados como unidad de la intervención para el control de la sífilis puede ser un medio para vencer los problemas de nombrar y localizar los contactos sexuales. En la actualidad se está investigando la utilidad de identificar, hacer screening y tratar redes sociales más que redes sexuales como método de control de la sífilis.

Valoración de la situación: En Barcelona hay una situación de endemia de sífilis con incidencia creciente. Se da en un entorno en el que el Sistema Sanitario cubre todas las demandas en lo que a diagnóstico y tratamiento se refiere. El grupo nuclear está muy sensibilizado e informado de la existencia del brote de sífilis (en realidad del brote de varias ITS) pero los problemas se reducen a dos: persisten las prácticas sexuales de alto riesgo; cuando se les advierte del riesgo de ITS bacterianas, suelen argüir que el coste de estas enfermedades, el tratamiento de las mismas, es sencillo, rápido y eficaz, por lo que piensan que vale más el placer del que disfrutan que el costo en términos de enfermedad y tratamiento. No ignoran que las ITS, entre ellas la sífilis, facilitan la transmisión del VIH y muchas veces lo intentan evitar con las prácticas llamadas de "serosorting" o con prácticas de sexo oral, que piensan erróneamente que es práctica de sexo seguro, aunque no lo sea para la sífilis. Solo el miedo a la muerte hizo cambiar las prácticas de riesgo a finales de los 80 pero cuando la terapia antirretroviral fue alejando la amenaza de muerte a corto o medio plazo, se relajaron y volvieron a las prácticas sexuales de riesgo. El otro problema es el de seguimientos de contactos dado que muchos de ellos son anónimos, labor que también corresponde a los servicios de salud pública. Además, la política de hacer notificación de contactos solamente cuando se diagnostica la sífilis, ignora el comportamiento de alto riesgo continuado de muchos pacientes VIH positivos. Nuevos métodos de contactos, que incluyan el enfoque centrado en el cliente o el enfoque de las redes sociales pueden ser útiles. La respuesta al título de esta editorial es que la sífilis es controlable pero costará alcanzar una baja incidencia, incluso disponiendo

de los mejores recursos de salud si no se logra que la población en riesgo, especialmente los grupos nucleares, cambien de conductas de riesgo.

Bibliografía

1. Felton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:244-53.
2. Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Medi Clín (Barc)* 2006;126(3):94-6.
3. Arando M, Armengol P, Barbera MJ, Vall M. El chancro del viernes por la tarde. *Enf Emerg* 2011;
4. Rompalo AM. Can syphilis be eradicated from the World. *Current opinion in Infectious Diseases* 2001;14:41-4.
5. Garret GP, Brunham RC. Magic bullets need accurate guns –syphilis eradication, elimination, and control. *Microbes and Infection* 1. 1999;3:95-404. Elsevier. Paris
6. Eccleston K, Collings C, Higgins SP. Primary syphilis. *Intl J STD & AIDS* 2008;19:145-152.

Benicio Sanz

Ex-Coordinador de la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual de Barcelona
E-mail: 12908bsc@comb.cat