

Sífilis y SIDA

Antonio Carlos Jaramillo T., M.D. Instituto de Virología y Enfermedades Infecciosas, Bogotá, D.C.

El gran impacto y promoción que han tenido la epidemia de SIDA y sus medios de control, han afectado la percepción de riesgo que significan las otras ITs, en especial las ulcerativas como *Sífilis* y *Gonorrea*, no solo en la población general, sino también en los equipos de salud. A tal punto ha llegado la situación, que varias de ellas casi han desaparecido (de los registros de notificación).

Lo más lamentable de esta situación, es que el control de estas patologías se puede hacer con medios específicos, tratamientos relativamente baratos y efectivos, *que además disminuyen el riesgo y la transmisión del VIH*. Un ejemplo típico es el de la *Sífilis*, que en varios estudios del exterior y del país, se ha probado constituye un factor de riesgo para la infección por VIH y una infección indicadora del SIDA.

Hasta 1940 la *Sífilis* era un serio problema de Salud Pública en muchas partes del mundo, con una prevalencia que podía llegar a 25 % en grupos de condición socioeconómica baja. Pero a partir de la introducción en los Programas de Control, de antibióticos como las penicilinas y las tetraciclinas, que ocurrió hacia 1956, la frecuencia de esta infección disminuyó en forma notoria hasta los años ochenta. Desde entonces y paralelamente a la epidemia de SIDA ha venido resurgiendo en forma importante, a pesar de esfuerzos globales para su eliminación (erradicación?).

Recientes informes del *Ministerio de la Protección Social* y estudios realizados en el *Instituto de Virología y Enfermedades Infecciosas con el apoyo de la Secretaría de Salud Pública de Bogotá*, muestran a la *Sífilis* como un serio problema de Salud Pública, que está lejos de ser controlado. En uno de estos estudios se estimó *la magnitud del reservorio de Sífilis* en embarazadas y su producto con estudio simultáneo de VIH, para además desarrollar un algoritmo diagnóstico en el cual se use la detección rutinaria de *Sífilis* para buscar casos de infección por VIH. Además, se aprovechó para evaluar las pruebas que se usan en los laboratorios del Distrito Capital, para el diagnóstico de *Sífilis*.

Se examinaron un total de 567 muestras procedentes de los hospitales *Simón Bolívar, Clínica Corpas, La Victoria, La Perseverancia, La Granja, La Samaritana, Clínica El Bosque* y el *Centro de Atención de CAFAM en Ciudad Bolívar de Bogotá*. Se encontró un total de 2 (0.4%) muestras positivas para VIH, un total de 14 (2.5%) reactivas por VDRL y/o RPR; de ellas se confirmaron por ELISA IgM para *Sífilis* 9(1.6%), que corresponden al 30% de las que fueron inicialmente reactivas por VDRL y RPR.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la frecuencia de infecciones confirmadas por *T. pallidum* es de 1.6% en el grupo de embarazadas estudiadas, lo cual corresponde a la literatura; esto podría deberse a la acumulación de casos por factores diferentes a los de riesgo. La

frecuencia de infecciones por VIH estuvo en 0.4% que no corresponde a lo informado para la población general en Bogotá y no se correlacionó con la seropositividad para Sífilis.

Se evidenció una alta frecuencia de falsos reactivos en el embarazo que son detectados por las pruebas no treponémicas como VDRL y RPR, lo que hace obligatorio la confirmación por métodos más específicos como la Inmunofluorescencia y el ELISA IgM con antígenos treponémicos.

En estas circunstancias se requiere revisar y controlar los medios diagnósticos y buscar estrategias novedosas, que favorezcan el control de las otras ITS, a través de las que están en curso para VIH y viceversa.

• **Lecturas Recomendadas.**

1. Holmes, K. K, et al. Sexually Transmitted Diseases. 3 a ed. New York, Mck Grow- Hill, 1999. Chap.34: 473-509.
2. Clavin D. L ; Nolan, Th. E. Sífilis en el embarazo. *The Female Patient*. 21(6):13-33, 1996.
3. Larsen, S. A., Steiner, B. M. , Rudolph, A. H. Laboratory Diagnosis and Interpretation of test for Syphilis. *Clin. Microbiol. Rev.* 8(1):1-21, 1995.
4. Zrein,, M, Maure, I; Boursier, F. and Soluflet, L. Recombinat antigen based Immunoasay for screening of *Treponema pallidum* antibody in blood bank routine. *J. Clin. Microbiol.* 33(3): 525-527.1995.
5. Mattar S.; Centella, A.; Guáqueta, A.; Moreno, F y García M. Valoración de un nuevo método serodiagnóstico para Sífilis (ELISA -IgG). *Medicas UIS.* 8:57-60, 1994.
6. Centella, A; Mattar S.; Hernández, G.; Aguilera, Y.; García, M. Evaluación y comparación de dos métodos para serodiagnóstico de Sífilis (MHA-TP y ELISA) frente al FTA – Abs. *Medicas UIS.* 8:, 1994.
7. Nam Chang, S.; Chung, K. Y.; Lee, M. G. and Lee, J. B. Seroversion of the serological test of Sífilis in the newborn to treated syphilitic mothers. *Genitourin Med.* 71:68-70, 1995.
8. El-Zahatary, M. M. and Martens, M. G. False negatives Syphilis screening due to change in temperature. *Sexually Transmitted Diseases.* 21(5):243-246, 1994.
9. Ordóñez G, M. Conductas Sexuales de la población adulta con respecto al SIDA. Segunda Encuesta de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas. Tomo II. Santafé de Bogotá, ISS-Profamilia, 1994. 196 pp.

10. MMWR. Avance en la prevención del VIH: nuevas estrategias frente a una epidemia cambiante -- Estados Unidos, 2003. April 18;52(15):329-332.

11. CDC. Primary and secondary syphilis among men who have sex with men, New York City, 2001. MMWR 2002;51:853--6.