

Chancros sifilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis

Syphilis chancres in the new millennium: 217 (cases) reasons to think syphilis

Irene Vera,¹ Patricia Fernández Pardal,¹ Viviana Leiro² y Alcira Bermejo²

Premio Aarón Kaminsky 2012

RESUMEN

Antecedentes. La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en aumento. El diagnóstico del chancro ofrece la posibilidad de una intervención médica precoz para acotar la cadena epidemiológica.

Objetivos. Estudiar el estado actual de la sífilis primaria en pacientes que consultaron al sector de ITS de un hospital de infectología.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Resultados. De 1.492 pacientes con sífilis temprana, se seleccionaron 217 con chancros. La prevalencia de sífilis primaria fue del 14%, el 93% fueron hombres. La localización más frecuente en hombres fue surco balano prepucial (47%). En las mujeres se observaron chancros en vulva, boca y región perianal. La distribución por edad fue asimétrica, media de 37 años. El 70% de los individuos era heterosexual (N=140/199). En el 32% de los casos fueron chancros múltiples sin aumento significativo en la presencia de HIV (p 0,27). Las lesiones fueron asintomáticas en el 93% de los pacientes (mayor sintomatología local en región perianal y boca), e induradas en el 91% (186/203), y el 13% de los pacientes presentaba complicaciones locales. Las adenopatías regionales se hallaron en el 85% de los individuos (182/215). En el 30% de los pacientes con serología reactiva para HIV, el diagnóstico se realizó en forma concomitante al de sífilis. El 18% (38/205) de los individuos tenía antecedentes de una ITS no HIV previa, y el 3% presentaba ITS concomitante. Hubo persistencia del chancro en el 5% (mayor en la población HIV p 0,03). No hubo reacciones de hipersensibilidad a penicilina.

Conclusiones. Este trabajo constituye la mayor casuística de chancros a la actualidad en nuestro país, y creemos que representa un valioso aporte al conocimiento del estado de la sífilis primaria (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 442-451).

Palabras clave:

*chancros típicos,
chancros atípicos,
chancros persistentes.*

ABSTRACT

Background. Syphilis remains a rising sexually transmitted infection (STI). Diagnosis of chancre offers the possibility of early medical intervention to interrupt the epidemiological chain.

Objective. Study the current status of primary syphilis of patients that attended the STI section of an Infectious diseases Hospital.

Methods. Observational, retrospective, descriptive and transversal study.

Results. From 1492 patients with early syphilis, 217 with chancres were selected. The prevalence of primary syphilis was 14%, 93% were men. Chancres in women were observed in the vulva, mouth and perianal region. The most common location in men was the balanopreputial sulcus (47%). The age distribution was asymmetric, mean 37 years. 70% of the individuals were heterosexual (140/199). In 32% of the cases multiple chancres were found without significant increase in the prevalence of HIV (p 0.27). Patients were asymptomatic in 93%, indurated in 91% (186/203), and 13% of the patients presented with local complications. Regional lymph nodes were found in 85% of the cases (182/215). In 30% of patients with positive serology for HIV, the diagnosis was made concurrently. 18% of the individuals (38/205) had history of a non HIV-STI, and 3% had a concurrent STI. There were persistent chancres in 5% (higher in the HIV population p: 0.03). Hypersensitivity reactions to penicillin were not found.

Conclusions. This work constitutes the largest chancres series currently in our country, and we believe it represents a valuable contribution to the knowledge of the current state of primary syphilis (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 442-451).

Keywords:

*typical chancres,
atypical chancres,
persistent chancres.*

Fecha de recepción: 05/10/2012 | **Fecha de aprobación:** 21/12/2012

Introducción

La sífilis es una de las enfermedades infecciosas más antigua. El origen de la enfermedad es motivo de controversia entre antropólogos e historiadores, y el estigma óseo hallado en esqueletos humanos es usado como referencia para evaluar su presencia en los distintos continentes.¹ Desde su denominación por el médico italiano Fracastoro (1530), pasando por el descubrimiento del agente causal por Hoffmann y Schaudinn (1905), hasta llegar al tratamiento con penicilina (1943), su incidencia y prevalencia han variado.¹⁻³ En la actualidad, se advierte un incremento de la enfermedad.⁴⁻⁶ Esto se debe en parte al estado de bienestar y la prolongación de la expectativa de vida que genera el tratamiento antirretroviral para el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), con la consecuente pérdida de miedo a contraer la infección, lo que resulta en un aumento de la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).⁷ Además, influyen en el aumento de la incidencia de sífilis el incremento en el uso recreativo de drogas (legales e ilegales), la idea de que el sexo oral es seguro y nuevos comportamientos como el *serosorting* y la búsqueda de contactos por Internet.⁶⁻⁷

La sífilis es un problema actual de salud pública, principalmente por su repercusión en mujeres embarazadas, neonatos y pacientes con serología reactiva para HIV.^{2-3,8} La sífilis adquirida temprana es la etapa más importante desde el punto de vista epidemiológico porque es la que más contagia, y se extiende desde el momento de adquisición de la enfermedad hasta el primer año; incluye la sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis serológica temprana. Se calcula que por cada caso índice hay diez

¹ Médica dermatóloga becaria honoraria adscripta

² Médica dermatóloga de planta sector ITS

Hospital de Infecciosas F. Muñiz, Uspallata 2272, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Irene Vera. irenevera@gmail.com

TABLA 1. Objetivos del trabajo

1. Determinar la prevalencia de la consulta de sífilis primaria sobre el total de pacientes con sífilis temprana.
2. Estimar la frecuencia de las distintas localizaciones de chancros.
3. Estimar la frecuencia de distribución por sexo, edad y orientación sexual.
4. Estimar la frecuencia de chancros múltiples.
5. Estimar la persistencia del chancro en el período secundario y su asociación con la serología reactiva para HIV.
6. Estimar la frecuencia de antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual (no HIV-sida) y su coexistencia al momento del diagnóstico de sífilis.
7. Estimar la prevalencia de la induración local del chancro, de la sintomatología local y de adenopatías regionales.
8. Estimar la prevalencia de complicaciones locales y de fenómenos de hipersensibilidad a la penicilina.

TABLA 2. Características de la población que consultó por chancros

		N	Promedio expresado en %
Número de pacientes	Masculino	209/217	96
	Femenino	8/217	4
Edad (años)	Media	37	-
	Moda	28	-
	Mediana	33	-
Orientación sexual	Heterosexuales	140/199	70
	Homosexuales	49/199	25
	Bisexuales	5/199	2,5
	Transexuales	5/199	2,5
Pacientes con lesiones	Únicas	147/217	68
	Múltiples	70/217	32
Ausencia de sintomatología local		201/217	93
Chancro indurado		186/203	91
Presencia de adenomegalias regionales		182/215	85
Complicaciones locales	No	188/217	87
	Fimosis/Parafimosis	18/217	8
	Sobreinfección	9/217	4
	Odinofagia	2/217	1
Persistencia del chancro en el período secundario	HIV	6/48	13%
	no HIV	4/130	3%
Prevalencia de HIV		48/217	22
Antecedentes de ITS		38/205	18
Asociación con otras ITS no HIV		6/217	3
Hipersensibilidad a la penicilina		0/217	0

pacientes más con sífilis que no consultan o son asintomáticos, por lo que la intervención médica para cortar la cadena epidemiológica con un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental.

Mientras la vacuna antitreponémica permanece como una utopía,⁹ los esfuerzos deben centrarse en la educación de la población para una sexualidad responsable, en la detección precoz del primer estadio y en la profilaxis temprana de los contactos sexuales aún asintomáticos.

Se realizó un estudio clínico-epidemiológico en el sector de ITS del Hospital Muñiz. Los objetivos del trabajo se exponen en la tabla 1.

Material y métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. La base de datos para este estudio fue constituida a partir de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de sífilis adquirida temprana que concurrieron al sector de ITS del hospital de enfermedades infecciosas Francisco Muñiz, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde el 1 de junio de 2006 al 30 de mayo de 2012. Se recolectaron los datos epidemiológicos de los individuos (edad, sexo, orientación sexual y hábitos sexuales), clínicos (estadio de la enfermedad, características del chancro: localización, número de lesiones, presencia de induración, sintomatología local, adenopatías regionales, complicaciones locales y concomitancia con otras ITS) y terapéuticos (desarrollo de fenómenos de hipersensibilidad a la penicilina).

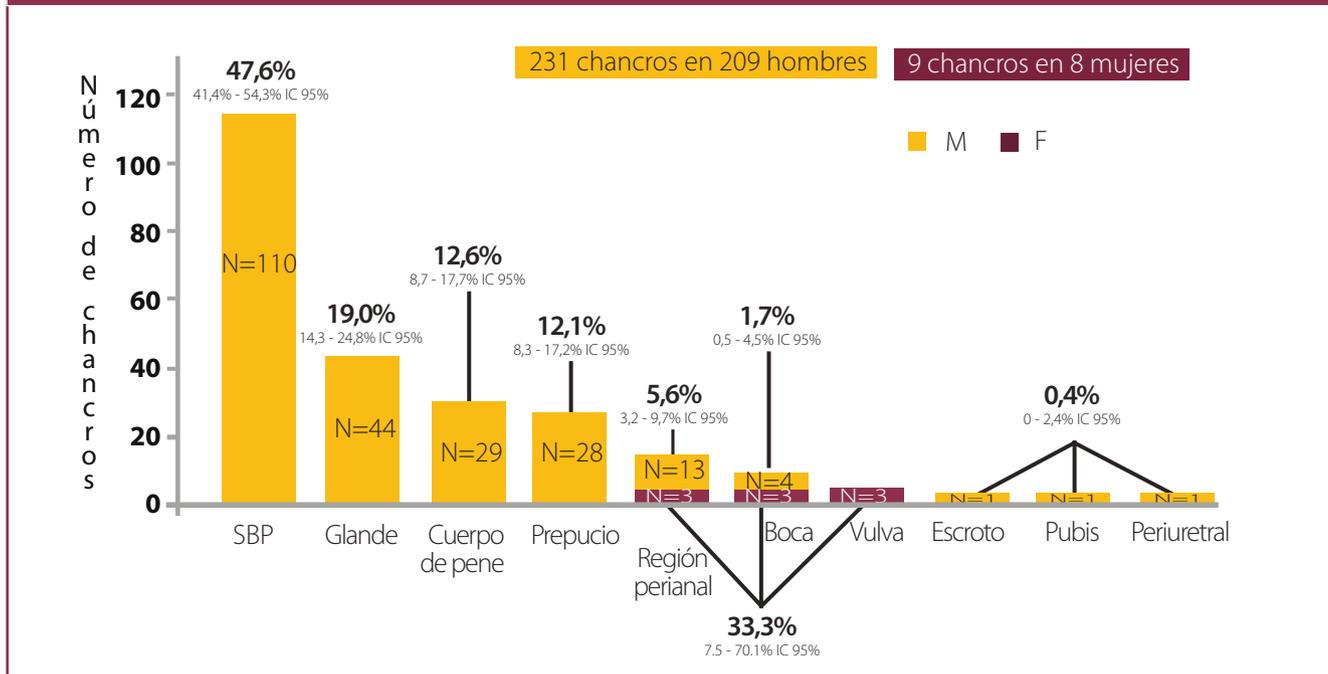
Los datos fueron volcados en el programa Excel 2007. El procesamiento de datos se realizó con Excel 2007 y VCCstat 3.0. Se estimaron porcentajes y respectivos intervalos de confianza del 95%. Cuando hubo que calcular diferencias entre porcentajes se empleó la prueba de chi cuadrado con la corrección de Yates. El nivel de significación empleado fue igual a 0,05.

Criterios de inclusión. Pacientes con diagnóstico de sífilis primaria y sífilis secundaria con chancros persistentes, que concurrieron por primera vez al hospital por la patología en cuestión. El diagnóstico fue realizado a partir de las manifestaciones clínicas, el fondo oscuro y la prueba de VDRL cuantitativa y, en aislados casos, a través de la prueba terapéutica con control clínico evolutivo a las 48 hs.

Criterios de exclusión. Pacientes con diagnóstico de sífilis secundaria sin chancros, y sífilis serológica temprana.

Criterios de eliminación. Pacientes con diagnóstico de sífilis primaria cuyas historias clínicas no se encontraron o no tenían los datos completos.

GRÁFICO 1. Localización de chancros según el sexo. La localización más frecuente en el hombre es el SBP, seguido por glande, cuerpo de pene y prepucio. En el sexo femenino se observaron en total 9 chancros, con igual frecuencia en boca, vulva y región perianal. Los promedios con sus respectivos IC están calculados sobre la base del total de los chancros en cada sexo. SBP: surco balanoprepucial. IC: intervalos de confianza. F: sexo femenino; M: sexo masculino.

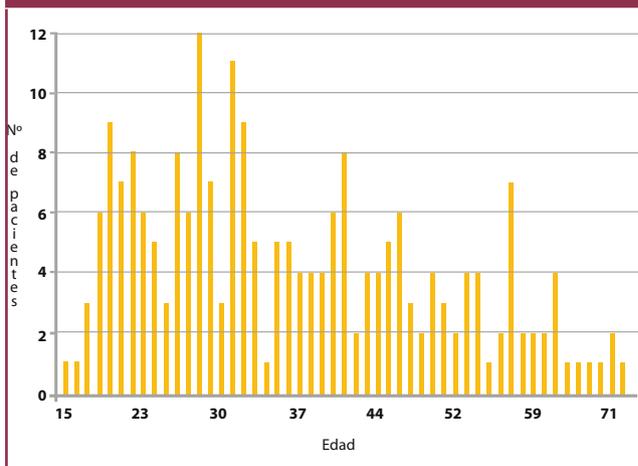


Resultados

Se encontraron 1.492 pacientes con sífilis temprana; 63 historias clínicas reunían algún criterio de eliminación, por lo que se analizaron 1.429 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron 217 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (tabla 2). La prevalencia de sífilis primaria sobre el total de sífilis temprana en nuestro servicio fue del 14,49% (12,72-16,44%, intervalo de confianza [IC] del 95%), con una relación de 1 sífilis primaria por cada 6 sífilis tempranas no primarias. De los 217 pacientes con chancros, el 96,31% fueron hombres (88,77-98,77%, IC del 95%). Sólo se observaron 8 casos en mujeres.

La localización más frecuente del chancro en hombres fue el surco balano prepucial (SBP) en el 47,6% de los casos (41,4-54,3%, IC del 95%) seguida de glande, cuerpo de pene y prepucio. El 17% de los individuos homosexuales presentaba chancros en la región perianal, significativamente mayor al del grupo heterosexual ($p < 0.0001$). En las mujeres se observaron chancros en vulva, boca y región perianal (gráfico 1). De los 110 chancros localizados en SBP, 11 asentaban en el frenillo (10,0%: 5,3-17,6%, IC del 95%). Se observaron 7 casos en la cavidad oral: 2 en el labio inferior, 2 en el pilar izquierdo del istmo de las fauces, 1 en la comisura labial, 1 en la lengua y el restante en mucosa yugal.

GRÁFICO 2. Distribución de la consulta por chancros por edad. La distribución es asimétrica. Se observan dos picos de prevalencia: entre los 20 y 22 años, y entre los 26 y 32 años.



Respecto de la edad de presentación de los chancros, la distribución no fue simétrica ni campaniforme. La edad media fue de 36,6 años, mientras que la moda (edad con mayor frecuencia de presentación) fue los 28 años. Se observaron dos picos de prevalencia de los chancros, el primero entre los 20 y 22 años y el segundo entre los 26 y 32 años (gráfico 2).

GRÁFICO 3. Localizaciones de chancros en donde se describió sintomatología local. Los chancros perianales se asociaron con más frecuencia a dolor, ardor o prurito. El promedio con sus respectivos IC está calculado sobre la base del total de los chancros en cada región. SBP: surco balanoprepucial. IC: intervalos de confianza.

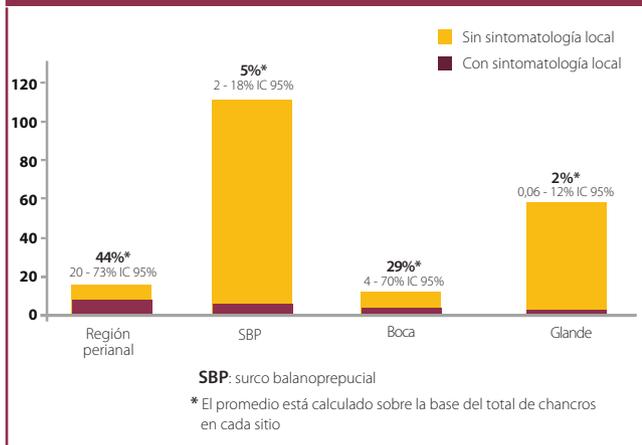


GRÁFICO 4. Relación entre la localización del chancro y la ausencia de adenomegalias regionales. En el 18,75% de los pacientes con chancros perianales no se observó adenomegalias regionales. Un solo paciente presentaba chancro en región pubiana y éste no tenía adenomegalias regionales. Todos los chancros de surco balanoprepucial (SBP) se presentaron con adenomegalias regionales. Los porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza (IC) están calculados sobre la base del total de los chancros en cada localización.

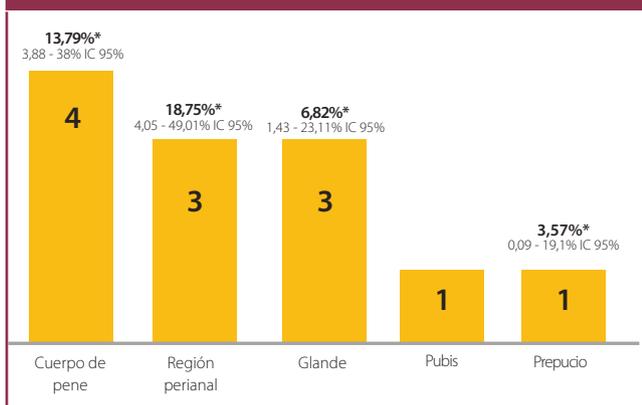


TABLA 3. Número de chancros en un mismo paciente y chancros persistentes según la serología para HIV.

Número de chancros en un mismo paciente	HIV reactivo		NO HIV	Desconocida	Total
	Únicos	Múltiples			
Chancro persistente	SI	6	4	0	10
	NO	41	128	38	207

En cuanto a la orientación por orientación sexual (evaluada en 199 individuos), el 70,4% (140/199) de los pacientes era heterosexual (63,7-76,5%, IC del 95%), el 24,6% (49/199) era homosexual (18,5-31,3%, IC del 95%), el 2,5% (5/199) transexual (0,8-5,8, IC del 95%), y el 2,5% 5/199 bisexual (0,8-5,8%, IC 95%).

De los pacientes que presentaban lesiones del período primario, en el 68% de los casos (61-74%, IC del 95%) éstas eran únicas (147/217), mientras que en el 32% (26-39%, IC del 95%) eran múltiples (dos o más lesiones, 70/217). En los pacientes con chancros múltiples no se observó un aumento significativo en la prevalencia de HIV ($p = 0,27$) (tabla 3).

Los chancros resultaron asintomáticos en el 93% de los casos (88-96%, IC del 95%), dolorosos en el 5% (3-9%, IC del 95%) y con prurito o ardor en el 2% (1-9%, IC del 95%). Las localizaciones en donde se observó mayor frecuencia de sintomatología local fueron la región perianal y la boca (gráfico 3).

El 91% (86-95%, IC del 95%) de los chancros presentaba induración a la palpación.

Las adenopatías regionales se hallaron en 184 individuos (85%, 79-89%, IC del 95%). En la mayoría de los casos era de carácter indoloro (98%; 95-99%, IC del 95%). En la región perianal se observó que el 18,75% (4,05-49,01%, IC del 95%) de los pacientes no presentaba adenopatías regionales (gráfico 4).

Se observaron complicaciones locales en el 13% de los casos; las más frecuentes fueron fimosis y parafimosis (8%), seguida de sobreinfección (4%) y odinofagia (1%). Se evaluó la presencia de complicaciones en relación con la localización del chancro, y se observó mayor prevalencia de las mismas a nivel de boca (28,6%) y de cuerpo de pene (27,6%) (gráfico 5).

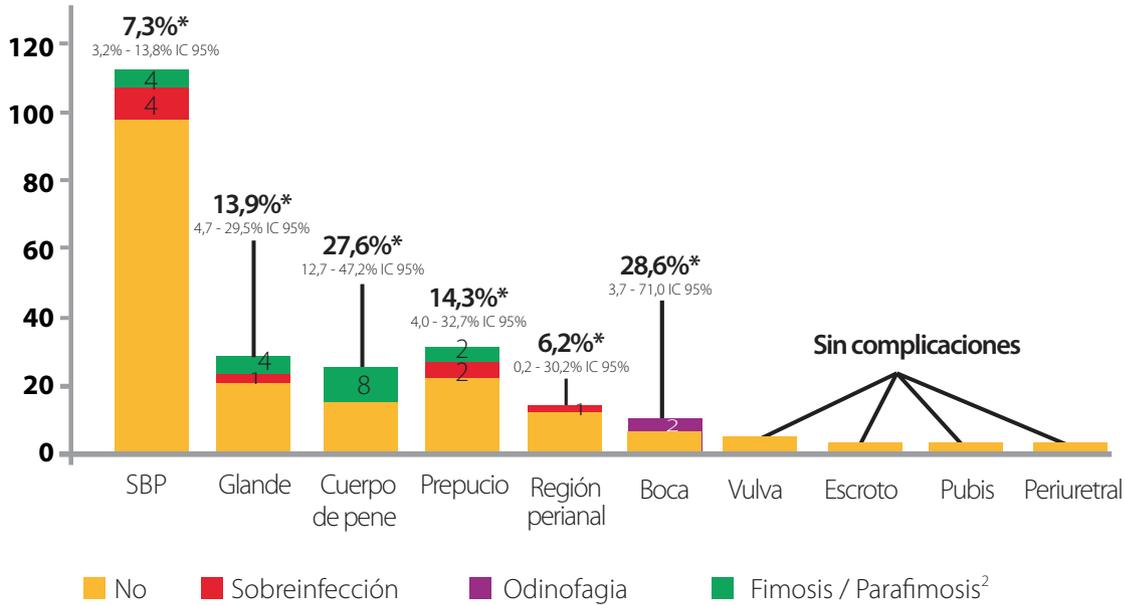
Se investigaron otras ITS y se encontró que el 22% de los pacientes que presentaba chancros tenía serología reactiva para HIV (17-28%, IC del 95%), y de éstos, en el 30% de los casos (18-45%, IC del 95%) se realizó el diagnóstico en forma concomitante al de sífilis.

El 18% (14-25%, IC del 95%) de todos los pacientes con chancros había tenido previamente otras ITS no HIV (gráfico 6). Al momento del diagnóstico, sólo el 2,8% de los individuos presentó otra ITS no HIV asociada: herpes genital (HG) en el 2,3% (5 casos, 0,71-8,60%, IC del 95%) y uretritis gonocócica (UG) en el 0,5% (1 caso, 0,01-2,91%, IC del 95%).

Se observó persistencia de chancro en el periodo secundario en el 12,78% de los pacientes con HIV (4,24-27,19%, IC del 95%) y en el 3,05% de los pacientes no HIV (0,82-9,03, IC del 95%), con una diferencia significativa a favor de la población con serología reactiva para HIV ($p = 0,04\%$).

En ninguno de los pacientes se observó desarrollo de hipersensibilidad a la penicilina (0%; IC del 95% 0-1,75%).

GRÁFICO 5. Relación entre la localización del chancro y las complicaciones locales. Se observó mayor riesgo de complicaciones locales en cuerpo de pene, en boca y en glande. Los porcentajes con sus respectivos IC están calculados sobre la base del total de chancros de cada región. SBP: surco balanoprepucial. IC: intervalos de confianza.



Comentarios

La prevalencia de sífilis primaria sobre el total de tempranas fue del 14,49% (207/1.429), similar a lo encontrado por Gareis (10,4%).² En el trabajo de Sisto⁴, la prevalencia de sífilis primaria sobre el total de sífilis tempranas fue del 46% (831/1807). Este autor atribuía el alto índice de pacientes que concurrían en el período primario a una población educada a nivel sanitario con capacidad de alarma ante la aparición de una lesión sospechosa. De manera similar, Arpita *et al.* encontraron sobre un total de 50 pacientes, una prevalencia del 46% (32%-60,5%, IC del 95%) de sífilis primaria (la muestra es pequeña, y las bandas de confianza están muy distantes de las de nuestra prevalencia, por lo tanto se trata de poblaciones diferentes).¹⁰ La baja prevalencia de sífilis primaria observada en nuestro trabajo puede deberse a factores vinculados tanto con los pacientes como con los profesionales. Entre los primeros cuentan el bajo nivel de alerta ante lesiones cutáneas y mucosas, la ubicación en sitios no visibles (por ejemplo, cérvix uterino), el carácter asintomático de las lesiones y la involución espontánea que hacen que el chancro pase en forma inadvertida; asimismo, en varias ocasiones el chancro no es reconocido por el médico, o las pruebas treponémicas son negativas en los primeros días de evolución de las lesiones, lo que retrasa aún más el diagnóstico cuando no se piensa en sífilis. Por esto, en la mayoría de los casos la sífilis es diagnosticada en el período

GRÁFICO 6. Antecedentes de ITS presentadas con anterioridad a la consulta por chancro. UG: uretritis gonocócica. UNG: uretritis no gonocócica. HPV: virus papiloma humano genital. HSV: herpes simple virus genital. IC: intervalos de confianza.

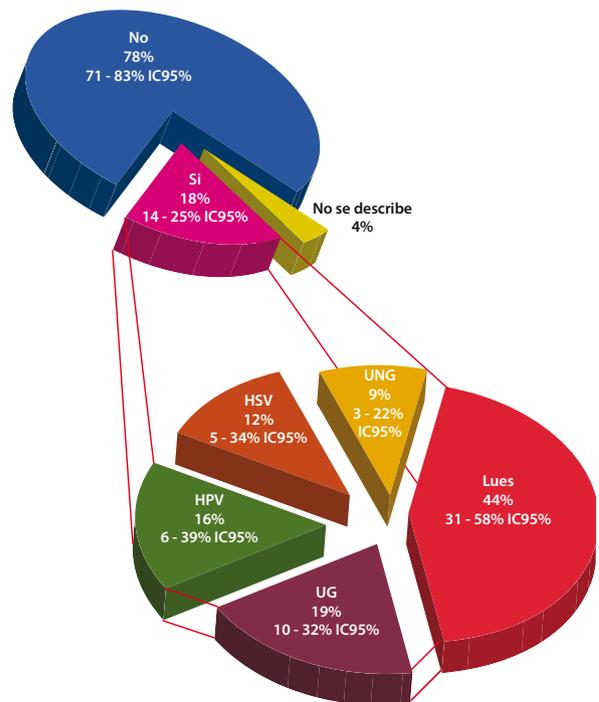




Foto 1. Localizaciones de chancros genitales en el hombre. A: surco balanoprepucial; B: frenillo; C: periuretral; D: cuerpo de pene; E: prepucio.



Foto 2. Chancre en mujer: región perianal.

secundario, donde las manifestaciones son más floridas, o en la fase serológica por un análisis de laboratorio de rutina, premarital o laboral.

La mayor cantidad de chancros fue vista en hombres (209 pacientes). Si bien el número de consultas por chancros en la literatura se vuelca a favor del sexo masculino, la diferencia tan marcada de nuestro trabajo podría deberse a que en

el hospital no hay servicios de Obstetricia o de Neonatología que actúen como centros de derivación que aumenten la casuística femenina.^{2,4,11} El chancre como lesión es padecido tanto por hombres como por mujeres, pero en éstas al poder localizarse en sitios no expuestos es más frecuente que pase desapercibido.

La ubicación del chancre está influenciada por el género y la orientación sexual del paciente,¹² como también por la conducta sexual, ya que en mujeres heterosexuales, por ejemplo, encontramos chancros en la región perianal. En dicha localización la prevalencia de chancros en el grupo de individuos homosexuales fue del 17%; Eccleston lo observó en el 34% de los hombres que tienen sexo con hombres¹² (HSH).

La localización de los chancros en hombres encontrada en este trabajo coincide con lo observado por Mindel.¹¹ El área en donde se observó mayor cantidad de lesiones fue el SBP (incluido el frenillo), seguido por glande, pene, prepucio y región periuretral (foto 1).

En cuanto a las mujeres, la cantidad reducida de casos observados podría no traducir fielmente la verdadera frecuencia de las localizaciones en este género. Se hallaron lesiones en vulva, boca y región perianal (foto 2). Anwyll *et al.* realizaron una revisión de 548 chancros en mujeres y encontraron que el 44% asentaba en cérvix.¹³

Los chancros extragenitales (CE) representaron casi el 10% de los casos, por lo que se debe sospechar el diagnóstico aun en localizaciones atípicas (foto 3). Los CE se localizaron en mayor medida en la región perianal (6,5%); en las distintas series de casos publicados, este porcentaje varía entre el 1,2% y el 26,6%.^{4,11} Se destaca que las formas de presentación en esta región pueden ser variadas, por lo que se deberá tener en cuenta como diagnóstico diferencial al chancre sifilítico ante cuadros de proctitis, úlceras, fisuras anales y seudotumores de carácter doloroso o asintomático¹⁴ (foto 3 F). En nuestra casuística, hasta el 44% de los pacientes presentó dolor cuando el chancre asentaba en esta localización, en comparación con el 5% de los localizados en SBP ($p < 0,0005$).

La frecuencia de chancros orales en el estudio presentado fue del 2,8%, lo que se asemeja a lo publicado en la bibliografía (1,2%).^{4,11} Se observaron 2 chancros en el labio inferior, 2 en el pilar izquierdo del istmo de las fauces, 1 en la comisura labial, 1 en la lengua y el restante en la mucosa yugal (foto 3 A, B, C y D). Si bien se observó mayor frecuencia de lesiones dolorosas en los chancros localizados en boca respecto de los de la región genital, la diferencia no fue significativa. Se encontró un chancre extragenital en el pubis, específicamente en la base del pene, que corresponde al llamado “chancre del condón”, que asienta en el límite no protegido por éste¹⁵ (foto 3 F).

Más del 90% de los chancros tenía las características del chancro clásico (induración y ausencia de sintomatología local), lo que coincide con lo descrito por Arpita *et al.*¹⁰ La sintomatología, referida por los pacientes en el 7% de los casos, fue prurito y dolor, este último con mayor frecuencia asociado a las localizaciones extragenitales (perianal y oral), aun en ausencia de sobreinfección.

El chancro clásico de Hunter, por definición único, es la modalidad clínica habitual. Pero se debe tener en cuenta que los chancros múltiples también se encuentran con una frecuencia del 4 al 47% según las distintas series.^{4,10,12} En nuestra casuística uno de cada tres pacientes se presentó con chancros múltiples (32%) (foto 4). La fisiopatogenia de los chancros múltiples no se conoce con certeza, dependería de la cantidad del inóculo treponémico, de las características anatómicas y de la autoinoculación a partir del chancro en los primeros 10 días de su aparición.^{5,9,16} Algunos trabajos mencionan que la seropositividad para HIV incrementa el riesgo de chancros múltiples, pero esto no fue constatado en nuestro estudio.^{17,18}

Los chancros persistentes en el período secundario se presentaron en el 5% de los pacientes, a diferencia de la bibliografía, en la que se describe una prevalencia que varía entre el 15 y el 33% (foto 5).^{12,19} La persistencia de chancro fue mayor en los pacientes con seropositividad para el HIV, también referido por Rompalo *et al.*¹⁷

Se presentan a menudo casos en la literatura donde no se menciona de manera explícita la coexistencia de la sífilis primaria y secundaria ni en la discusión se refieren estadísticas de estas lesiones, y el lector deduce la persistencia del chancro.^{20,21} Por ello nos parece adecuado unificar el término “chancro persistente” para las lesiones de sífilis primaria que no involucionaron y coexisten con lesiones de secundarismo, en lugar de hacer referencia indirecta a ellos como “chancros que pueden ser identificados en el periodo secundario”,¹² o de describirlos como “hallazgos de sífilis primaria en un secundarismo”.^{20,21} Esta modificación semántica facilitaría las búsquedas bibliográficas y unificaría la idea inequívoca transmitida al igual que cuando decimos “chancros múltiples”. En las publicaciones en las cuales se describa este tipo de lesiones debería incluirse el término en las palabras clave para facilitar las comparaciones de casos entre autores.

Las adenopatías regionales estuvieron presentes en la gran mayoría de los individuos (85%), y en el 100% de los pacientes con chancro localizado en SBP, vulva y cavidad oral (foto 6). No obstante, el 18,75% de los pacientes con chancro en región perianal no tenía adenopatías regionales palpables, a pesar de que los vasos linfáticos de esa área drenan a los ganglios ilíacos. En la literatura se observó que entre el 20 y el 30% de los pacientes con chancros no presenta adenopatías regionales.^{11,22-23}



Foto 3. Localizaciones de chancros extragenitales. A: mucosa yugal; B: lengua; C: pilar amigdalino. Nótese la retracción de la úvula. D: semimucosa de labio inferior; E: región perianal; F: región pubiana. En este caso, el chancro apareció en la región vecina al área protegida por el preservativo.



Foto 4. Chancros múltiples. A: en surco balanoprepucial, B: región perianal y horquilla vulvar.

Las complicaciones locales se presentaron en 17 pacientes, las más frecuentes fueron fimosis y parafimosis, seguidas de sobreinfección y odinofagia en aquellos localizados en la cavidad oral. El riesgo de complicaciones locales fue mayor en boca y cuerpo de pene (en este último la diferencia fue significativa al compararlo con SBP). No encontramos en la bibliografía consultada publicaciones que describan la prevalencia de complicaciones locales de los chancros, sí



Foto 5. Chancro persistente. A: sífilides papulosas en tronco; B: chancro en región perianal; nótese las sífilides papulosas en muslos; C: chancro en hora 12 de región perianal, con mayor detalle.



Foto 6. Chancro en labio inferior. La flecha muestra la adenopatía prominente en región submandibular derecha.

se describen casos clínicos o series de casos con estenosis uretral,²⁴ perforación de prepucio,²⁵ paraquimos, odinofagia, disfagia, otalgia y dificultad en el habla, y excepcionalmente, fagedenismo.⁴ A nuestro conocimiento, éste es el primer trabajo que establece la prevalencia de complicaciones locales. El 22% de los pacientes con sífilis primaria presentó seropositividad para el HIV; de ellos, el 30% desconocía su estado de portador. Para otros autores la prevalencia de HIV fue menor (7%² al 14%¹⁷). Griemberg *et ál.* y Schoffer *et ál.* evaluaron la coinfección entre HIV y sífilis en todos los estadios y encontraron una prevalencia del 9,7% y del 1,3% respectivamente.^{8,18} La posibilidad de estudiar otras ITS en pacientes con sífilis y en forma inversa, estudiar sífilis en pacientes con otras ITS, es una oportunidad epidemiológica que el médico no debe desaprovechar. Es notable que el 18% de los pacientes que ya habían tenido una ITS previa continuó manteniendo conductas sexuales de riesgo; dentro de este grupo, el 44% ya había tenido un episodio previo de sífilis, similar a lo encontrado por Schoffer (50,3%).¹⁸ Cada consulta del paciente es una ocasión valiosa para educarlo sobre prácticas sexuales seguras. El diagnóstico concomitante de chancro con otras ITS se realizó en el 2,8% de los pacientes. Coincidimos con Arpita en que la ITS asociada más frecuente fue el HG; en nuestro caso la UG ocupó el segundo lugar.¹⁰ Para Gareis las ITS halladas junto al diagnóstico de sífilis

fueron en orden decreciente papilomavirus, HG y UG.² La penicilina tiene eficacia máxima en el tratamiento de la sífilis, y no existe resistencia, por lo tanto continúa siendo la droga de elección.^{5,26-27} Ante pacientes con sospecha de hipersensibilidad a la penicilina, o que nunca la hayan recibido, se sugiere realizar el test de alergia correspondiente. Se estima que sólo el 5% de los pacientes rotulados como alérgicos a la penicilina tiene alergia probada.²⁸ No se evidenció hipersensibilidad en los pacientes tratados, coincidente con lo observado por Gareis.²

Conclusiones

Este trabajo constituye la mayor casuística publicada de chancros en la actualidad en nuestro país. La cantidad de ítems evaluados dan un panorama completo del estado de la sífilis primaria hoy.

Se describe a nuestro entender por primera vez la prevalencia de complicaciones locales del chancro. Se propone unificar los términos “coexistencia de sífilis primaria y secundaria”, “chancro que no involuciona en el período secundario” en chancro persistente (*persistent chancre*), para facilitar la búsqueda bibliográfica.

El sector de ITS del Hospital Muñiz funciona dentro del Servicio de Dermatología y tiene atención diaria por demanda espontánea, y es a la fecha el único centro de referencia para la atención de estas patologías.

Al ser éste un estudio retrospectivo, el análisis se limita a ciertas variables recogidas previamente en las historias clínicas (HC).

Creemos que este trabajo constituye un valioso aporte al conocimiento del estado actual de la sífilis primaria en nuestro país.

Agradecemos la colaboración del Dr. Vicente Castiglia en la corrección estadística de este trabajo.

Bibliografía

- Rothschild B.M. History of syphilis, *Clin. Infect. Dis.*, 2005, 40: 1454-1463.
- <http://www.postgradofcm.edu.ar>. Sífilis, aspectos epidemiológicos, Gareis M.C., trabajo científico, Universidad Nacional de la Plata.
- Vigilancia de sífilis temprana y sin especificar. Reporte epidemiológico de Córdoba N° 977, página 2, 7 de septiembre de 2012.
- Sisto PE. *Chancros sífilíticos bucales (contribución a su estudio)*, Buenos Aires, 1945: 15-70.
- Bermejo A., Leiro V. Sífilis. El desafío permanente, *Dermatol. Argent.*, 2011, 17: 156-159.
- Ficarra G., Carlos R. Syphilis: The renaissance of an old disease with oral implications, *head and neck. Pathol.*, 2009, 3:, 195-206.
- Zetola N.M., Klausner J.D. Syphilis and HIV infection: an update, *Clin. Infect. Dis.*, 2007, 4: 1222-1228.
- Griemberg G., Bautista C. T., Pizzimenti M. C., Orfus G. et al. High prevalence of syphilis-HIV co-infection at four hospitals of the City of Buenos Aires, Argentina, *Rev. Argen. Microbiol.*, 2006, 38: 134-136.
- Lafond R.E., Lukehart S.A. Biological basis for syphilis, *Clin. Microbiol. Rev.*, 2006, 19: 29-49.
- Arpita J., Mendiratta V., Chander R. Current status of acquired syphilis: A hospital-based 5-year study, *Indian J. Sex. Transm. Dis.*, 2012, 33: 32-34.
- Mindel A., Tovey S.J., Williams P. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience 2, Clinical features, *Genitourin Med.*, 1989, 65: 1-3.
- Eccleston K., Collins L., Higgins S.P. Primary syphilis, *Int. J. STD & AIDS*, 2008, 19: 145-151.
- Anwyl Davies T. Primary Syphilis in the female, tesis de doctorado, *Oxford Medical Publications*, London, 1931.
- Song S.H., Jang I., Kim B.S., Kim E.U. et al. A case of primary syphilis in the rectum, *J. Korean Med. Sci.*, 2005, 20: 886-887.
- Haedersdal M., Weismann K.. Syphilitic chancre despite use of condoms: "condom chancre", *Acta Derm. Venereol.*, 2000, 80: 235-236.
- Leiro V., Bermejo A., Olivares L. Chancros múltiples, *Dermatol. Argent.*, 2011, 17: 78-80.
- Rompalo A.M., Lawlor J., Seaman P., Quinn T.C. et al. Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection, *Sex Transm. Dis.*, 2001, 28: 448-454.
- Schofer H., Imhof M., Thoma-Greber E., Brockmeyer N.H. et al. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey, *Genitourin Med.*, 1996, 72: 176-181.
- Lucas Costa A., Belinchón Romero I. La sífilis hoy, *Piel*, 2008, 23: 1-3.
- Donofrio P. Unusual location of syphilitic chancre: case report, *Genitourin Med.*, 1986, 62: 59-60.
- Qiao J., Fang H. Syphilitic chancre of the mouth, *C.M.A.J.*, 2011, 183: 2015.
- Ficarra G., Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications, *Head Neck Pathol.*, 2009, 3: 195-206.
- DiCarlo R.P., Martin D.H. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men, *Clin. Infect. Dis.*, 1997, 25: 292-298.
- Penton J., French P. Primary syphilis of the urethral meatus complicated by urethral stricture, *Int. J. STD & AIDS*, 2011, 22: 527-528.
- Lejman K., Bogdaszewska-Czabanowska. Syphilitic chancre complicated by fusospirochaetal infection from the same partner. Development of necrotizing ulcer perforating the prepuce, *Br. J. Vener. Dis.*, 1969, 45: 313-316.
- Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Organizado por la Comisión de Sida y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología, 2011, 24-28.
- Centers for disease control and prevention. Morbidity and mortality weekly report, *sexually transmitted diseases treatment guidelines*, 2010, 59 (RR-12): 29-40.
- Borch J.E., Andersen K.E., Bindslev-Jensen C. The prevalence of suspected and challenge-verified penicillin allergy in a university hospital population, *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.*, 2006, 98: 357-362.