

## Características sociodemográficas, clínicas y de riesgo en un grupo de pacientes cubanos con sífilis primaria temprana

Sociodemographic, clinical and risk characteristics in a group of Cuban patients with early primary syphilis

Brenda Rodríguez González<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-6520-5803>

Arianna Amarilis Rojas Perelló<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8377-2484>

Islay Rodríguez González<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0723-4454>

<sup>1</sup> Industrial Biotecnológico CIGB-Mariel. Cuba

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”. La Habana, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [islay@ipk.sld.cu](mailto:islay@ipk.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** La incidencia de sífilis ha ido en aumento en los últimos años. Se reportan más de 6,3 millones de casos nuevos anualmente. En Cuba constituye un problema de salud, y se presenta con mayor frecuencia en poblaciones clave.

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y de riesgo de un grupo de pacientes con lesiones ulceradas, de hasta tres semanas de evolución, con diagnóstico de sífilis.

**Método:** Se realizó la revisión documental de 33 encuestas clínico-epidemiológicas de pacientes con sospechas de sífilis para comparar variables sociodemográficas, clínicas y de riesgo de los pacientes con y sin diagnóstico de sífilis.

**Resultados:** Se evidenció que solo el 46,3 % de los pacientes con lesiones ulceradas que asisten al servicio médico lo hacen durante las primeras tres semanas de aparición de la lesión. De los 33 pacientes (32 hombres y una mujer), 19 de ellos tuvieron diagnóstico de sífilis. Se constató la infección exclusivamente en hombres en todos los grupos etáreos, pero destaca la tasa específica elevada en adultos mayores de 55 años. Prevalen las lesiones genitales sobre las extragenitales y la principal variable de riesgo son las prácticas sexuales entre hombres.

**Conclusiones:** Estos resultados evidencian la problemática que constituye esta entidad de transmisión sexual en el país, y sugiere reforzar las estrategias nacionales para la prevención y control de la misma.

**Palabras claves:** treponema; pallidum; sífilis; riesgo

## ABSTRACT

**Introduction:** The incidence of syphilis has been increasing in recent years. More than 6.3 million new cases are reported annually. In Cuba it constitutes a health problem, and it occurs more frequently in key populations.

**Objective:** To describe the sociodemographic, clinical and risk characteristics of a group of patients with ulcerated lesions, lasting up to three weeks, with a diagnosis of syphilis.

**Method:** A documentary review of 33 clinical-epidemiological surveys of patients with suspected syphilis was carried out to compare sociodemographic, clinical and risk variables of patients with and without a diagnosis of syphilis.

**Results:** It was evident that only 46.3 % of patients with ulcerated lesions who attend the medical service do so during the first three weeks of the lesion's appearance. Of the 33 patients (32 men and one woman), 19 of them had a diagnosis of syphilis. The infection was found exclusively in men in all age groups, but the high specific rate in adults over 55 years of age stands out. Genital ulcers prevail over extragenital ulcers and the main risk variable is sexual practices between men.

**Conclusions:** These results show the problem of this sexually transmitted disease in the country, and suggest strengthening national strategies for its prevention and control.

**Keywords:** Treponema; pallidum; syphilis; risk

Recibido: 17/7/2023

Aceptado: 14/3/2024

## Introducción

*Treponema pallidum* subsp. *pallidum* causa más de 6,3 millones de casos nuevos de sífilis al año a nivel mundial, cifra que ha ido en ascenso. Los recientes brotes globales de sífilis son impulsados por múltiples factores, incluidos diagnósticos no sensibles en la fase temprana de la infección, pacientes que no adoptan reglas de sexo más seguro, mutaciones que confieren resistencia a los macrólidos y la falta de una vacuna contra la enfermedad.<sup>(1,2)</sup>

En Cuba, la sífilis es un problema de salud con una tasa de incidencia (por 100 000 habitantes) que pasó de 12,6 en 2009 a 66,8 en 2022. Este incremento es fundamentalmente por la liberación de las relaciones sexuales con cambios frecuentes de pareja sin protección, el comienzo temprano de las relaciones sexuales y la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que eleva el riesgo de adquisición de la sífilis en la población.<sup>(3,4)</sup>

La infección por *T. pallidum* se presenta con mayor frecuencia en individuos con prácticas sexuales de riesgo.<sup>(1)</sup> La enfermedad cursa por diferentes etapas clínicas, donde la etapa inicial o primaria se caracteriza por una lesión ulcerada indolora en el sitio anatómico por donde ocurrió la transmisión, conocida como chancro sifilítico, que puede durar entre 6 y 8 semanas. Esta lesión puede pasar en ocasiones inadvertida y es altamente infecciosa. Durante las primeras tres semanas el diagnóstico clínico y de laboratorio se dificulta, pues en este periodo los pacientes no siempre acuden en busca de ayuda médica, esperando la resolución natural de la lesión, aplicando tratamientos empíricos o tradicionales. Además, la respuesta de anticuerpos ante la infección, aún en fase temprana de desarrollo, no es siempre detectable y en ocasiones no se cuenta con las pruebas que permiten la detección directa de la bacteria.

En este estudio se describen de forma comparativa variables sociodemográficas, clínicas y de riesgo de un grupo de pacientes con lesiones ulceradas a los que se les realizó diagnóstico de sífilis.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de la información sociodemográfica, clínica y epidemiológica recogida en las encuestas de pacientes con lesiones ulceradas, atendidos en la consulta de Dermatología del Centro Hospitalario del IPK durante el periodo de 2018 a junio/2022, a los que se les realizó diagnóstico de laboratorio (serológico y molecular) para sífilis.

En el periodo se contó con un total de 106 pacientes con sospechas clínicas de sífilis primaria (presencia de lesiones ulceradas compatibles con chancro sifilítico), a los que se les aplicó encuesta clínico-epidemiológica y realizó diagnóstico de laboratorio. De ellos 49 (46,2 %) presentaban lesiones de hasta tres semanas de evolución, y de estos, 33 contaban con las encuestas llenadas de forma satisfactoria.

Se consideró caso de sífilis a todo paciente con resultado positivo por Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real a partir de muestra de exudado de la lesión o de la combinación de las pruebas serológicas VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y TPHA (hemaglutinación de *T. pallidum*), con o sin antecedente epidemiológico.

La información se introdujo en una Base de Datos empleando Excel (Microsoft Office). Los resultados se analizaron mediante medidas de estadística descriptiva como: frecuencia absoluta y frecuencia relativa, y de tendencia central como: media y mediana.

Para el análisis de la variable edad se empleó la clasificación de las cuatro edades sexuales del hombre descrita por Bravo.<sup>(5)</sup> A continuación se resumen las características principales de cada rango de edad. El menor de 25 años (varón joven) se caracteriza especialmente por una gran actividad sexual y cierta inestabilidad en las relaciones sexuales; en el hombre entre 25 y 39 años (adulto joven) se cristaliza la identidad sexual, aumenta la autoestima y la necesidad de tener contacto físico, la actividad sexual es alta pero moderada por la estabilización del carácter. En el de 40 a 55 años (adulto maduro) se puede visualizar la crisis de los 40, la que se dispara notablemente en el deseo sexual psicológico, comienzan los problemas de confianza al momento de tener relaciones por lo que se recurre a los medicamentos que garantizan la respuesta eréctil y aumentan los casos de infidelidad principalmente por el aburrimiento; y en el de más de 55 años (adulto mayor) comienza a tardar la erección, baja la producción de semen y espermatozoides y también el deseo sexual, sobre todo en los que superan los 75 años de edad.<sup>(5)</sup>

Con el empleo del paquete estadístico EPIDAT versión 3.1 se realizó la comparación de proporciones entre resultados de pacientes positivos y negativos a sífilis, considerándose estadísticamente significativas aquellas variables con  $p \leq 0,05$ .

Este estudio fue aprobado por la Comisión de ética institucional (Código: CEI-IPK 23-20).

## Resultados

Se constata que la frecuencia de pacientes que asisten a consulta para evaluación clínica durante las primeras tres semanas de aparición de la lesión ulcerada es inferior al 50 %. Ello denota la percepción baja de riesgo de una ITS que puede

avanzar hacia otros estadios clínicos y su posible transmisión a la(s) pareja(s) sexual(es). De los 33 pacientes incluidos en el estudio, 39,4 % (13/33) asistieron con una semana de evolución, otro 39,4 % (13/33) con dos semanas y 21,2 % (7/33) con tres semanas de la lesión.

El sexo masculino representa 97 % (32/33) de los pacientes analizados, lo que evidencia que las lesiones ulceradas visibles son más frecuentes en hombres que mujeres, ya que en estas últimas pueden pasar inadvertidas si se encuentran a nivel de endocérvix, o que los hombres sienten menos pudor para asistir a consultas de ITS.

En 57,6 % (19/33) de los pacientes se diagnosticó sífilis, 6/19 durante la primera semana de aparición del chancro, 7/19 en la segunda y 6/19 en el transcurso de la tercera semana. Todos ellos (100 %, 19/19) pertenecen al sexo masculino, lo que evidencia la marcada incidencia en este género.

Según datos reportados en el Anuario Estadístico de Salud las mujeres representan 42 % del total de pacientes positivos a esta ITS en Cuba;<sup>(4)</sup> sin embargo, en este estudio solo se recogió información de una mujer que no resultó positiva a sífilis. Ello puede estar dado a que a la consulta de ITS del IPK asisten fundamentalmente pacientes seropositivos al VIH, y como se conoce en Cuba solo 19% de los pacientes son mujeres.<sup>(6)</sup>

En la tabla 1 se muestra la distribución de casos positivos y negativos a sífilis según edad sexual. Se explora esta clasificación, aunque no ha sido utilizada en los trabajos previos revisados, por los aspectos que tiene en consideración y porque todos los pacientes con sífilis involucrados en el estudio son hombres.

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes masculinos positivos y negativos a sífilis según edad sexual, n=32 (IPK, 2018-junio/2022).

Edad sexual (años)	< 25* (joven)	25-39 (adulto joven)	40-55 (adulto maduro)	> 55 (adulto mayor)
Con sífilis	5	7	4	3
Sin sífilis	3	6	4	0
Total de pacientes	8	13	8	3
Tasa específica (con sífilis)	62,5 %, 5/8	53,8 %, 7/13	50 %, 4/8	100 %, 3/3

Fuente: Encuestas clínico-epidemiológicas.

\* En este rango de edad se encuentra la única mujer del estudio

La frecuencia en cada grupo de edad supera el 50 %, lo que evidencia que la sífilis constituye un problema de salud en cualquier edad sexualmente activa; sin embargo, la mayor ocurrencia de lesiones se encuentra en el grupo de 25 a 39 años (13/32, 40,6 %), edad en la que se ha alcanzado la madurez sexual. La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 33 años (rango 18 - 63 años). Sobresale como resultado de este análisis, la tasa elevada de incidencia en los adultos mayores de 55 años, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas con el resto de los grupos de edad ( $p > 0,05$ ). Ello sugiere hacer un llamado de atención sobre este grupo de edad y abordar la problemática con un enfoque clínico-epidemiológico diferente, mediante estrategias educativas que permitan realizar el diagnóstico precoz en este grupo poblacional.

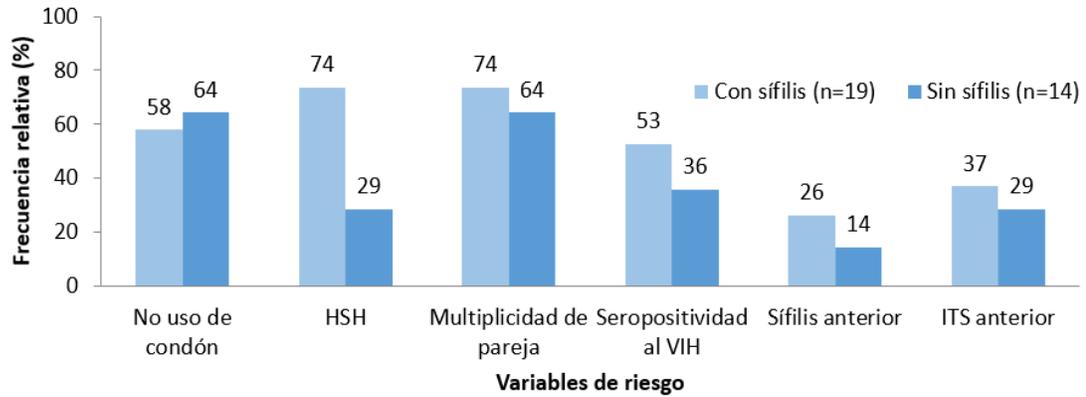
Un estudio realizado en la provincia oriental Guantánamo, sobre pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) arrojó, igualmente, una incidencia superior en pacientes mayores de 50 años. Los autores del estudio sugieren que este grupo etario desconoce, en su gran mayoría, los factores de riesgo de infección por el VIH a los que están expuestos. Las personas de mayor edad pueden tener menor percepción de riesgo para infectarse con el VIH, probablemente porque los servicios y los mensajes de prevención se focalizan hacia los grupos más jóvenes.<sup>(7)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) reconocen que las personas mayores de 50 años, fundamentalmente los hombres que tienen sexo con otros hombres, se están convirtiendo en un grupo nuevo de riesgo favorecido por la eliminación de tabúes sexuales y el incremento de la libertad sexual.<sup>(8)</sup>

Al analizar la localización de las lesiones ulceradas en los pacientes del estudio se constata que el 75 % (25/33) de ellos presentaban lesiones genitales, de ellas 64 % (16/25) localizadas en glande o prepucio, 32 % (8/25) en cuerpo del pene y 4 % (1/25) en vagina. El 25 % (8/33) restante eran extragenitales (seis anales y dos orales), existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las localizaciones ( $p=0,0001$ ). Atendiendo al diagnóstico de sífilis, de los pacientes confirmados con la enfermedad 15 presentaban lesiones genitales y cuatro extragenitales, mientras que de los que no presentaban sífilis 10 tenían lesiones genitales y cuatro extragenitales.

La sífilis primaria generalmente afecta a los genitales aunque se reporta que el 12 % de los chancros son extragenitales, siendo el ano y la cavidad bucal las localizaciones más frecuentes.<sup>(9)</sup> Por ello la necesidad del examen físico de estas áreas en poblaciones claves, fundamentalmente en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

La figura 1 muestra de forma comparativa la frecuencia de las variables de riesgo investigadas en los pacientes con y sin sífilis.



Con sífilis (n=19)	11	14	14	10	5	7
Sin sífilis (n=14)	9	4	9	5	2	4
p	0,9913	0,0265	0,8435	0,5413	0,6857	0,9009

Fuente: Encuestas clínico-epidemiológicas.

**Fig. 1.** Frecuencia de las variables de riesgo investigadas en los pacientes con y sin sífilis, n=33 (IPK, 2018-junio/2022).

La falta de correspondencia entre el no uso del condón y la positividad puede estar dada porque los pacientes no son sinceros durante las encuestas, aunque el 60,6 % (20/33) reconoció no hacer uso del mismo en todas sus relaciones sexuales. Numerosos estudios internacionales revelan que la causa principal que dificulta su uso es la poca accesibilidad al producto y los costos a veces elevados.<sup>(10)</sup>

Existen estudios que muestran que las razones para el uso del preservativo están más relacionadas con el control de la reproducción que con la prevención de enfermedades infecciosas.<sup>(11)</sup> La creciente popularidad del sexo oral como una práctica de sexo más seguro en la era del VIH introdujo este tipo de relación sexual como reemplazo de comportamientos de mayor riesgo, especialmente cuando se considera la población de HSH.<sup>(12)</sup>

Los HSH muestran gran repercusión dentro de los casos positivos a sífilis. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que fueron positivos y negativos a sífilis ( $p < 0,05$ ). De los HSH con sífilis, el 78,6 % (11/14) son homosexuales y el 21,4 % (3/14) bisexuales.

Se cree que los sujetos que no tienen una asociación sexual fija tienden a tener más parejas y, por lo tanto, aumentan la posibilidad de adquirir una ITS.<sup>(13)</sup>

La coinfección con sífilis en pacientes VIH positivos fue elevada, esto es un parámetro frecuente por la sinergia que existe entre estas dos infecciones pues la infección por VIH inmunodeprime a los pacientes y ello facilita la entrada y diseminación de los treponemas en el organismo.<sup>(14)</sup> De igual manera, el chancro sifilítico favorece la transmisión del VIH, corroborado por estudios que han demostrado la presencia del VIH en las úlceras sifilíticas,<sup>(15)</sup> por lo que la detección y tratamiento de la sífilis puede en cierta medida disminuir la tasa de contagio con VIH.

El 39,4 % (13/33) de los pacientes encuestados reconoció haber padecido de otra ITS anteriormente (diferente a infección por VIH) como: condiloma, gonorrea, sífilis, candidiasis; de ellos, 53,8 % (7/13) con diagnóstico de un episodio actual de sífilis. La ITS que prevalece, tanto en los pacientes positivos como negativos a infección actual por *T. pallidum*, es también la sífilis (21,2 %, 7/33). Una observación interesante es que en dos pacientes del estudio se detectó positividad en la TPHA sin reactividad en la prueba VDRL, lo que se puede corresponder a una sífilis anterior tratada que no recuerdan o que no quieren revelar, o una sífilis latente tardía al tratarse de dos individuos con edades de 51 y 52 años, seropositivos al VIH y con conductas sexuales de riesgo, uno de ellos con antecedentes de gonorrea hace años según refirió.

Resulta imprescindible la vigilancia oportuna y sistemática de los factores de riesgo, el reconocimiento clínico de la sífilis en poblaciones clave y vulnerables (jóvenes, incluidas las mujeres), propiciar la educación para la salud en cuestión de ITS con énfasis en las personas de mayor edad, pues queda demostrada su marcada correspondencia con la transmisión de la infección por *T. pallidum*.

### **Conclusiones**

Se evidencia la frecuencia baja de la búsqueda temprana (hasta tres semanas) de asistencia médica en individuos con lesiones genitales o extragenitales sugerentes de sífilis. La confirmación de sífilis primaria temprana en individuos sexualmente activos y con conductas sexuales de riesgo, con énfasis en los adultos mayores y los HSH, evidencia la problemática que constituye esta entidad de transmisión sexual y sugiere reforzar las estrategias nacionales para la prevención y control de la misma.

### **Agradecimientos**

Al Dr. Orestes Blanco González por su colaboración con los pacientes y contribución a la toma de muestras. A la MCs Marelys Martínez Hernández por su ayuda en la adaptación de las referencias bibliográficas a las normas de la revista.

### **Referencias bibliográficas**

1. World Health Organization. More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day[Internet]. Ginebra:WHO; 2019[actualizado 2023; acceso 24/10/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/06->

[06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day](#)

2. Haynes AM, Fernandez M, Romeis E, Mitjà O, Konda KA, Silver K, et al. 2021. Transcriptional and immunological analysis of the putative outer membrane protein and vaccine candidate TprL of *Treponema pallidum*. PLoS Negl Trop Dis[Internet]. 2021;15(1): e0008812. DOI :

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008812>

3. Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas. BOLIPK. 2023 [acceso 14/06/2023];32(52-1):417. Disponible en:

<https://files.sld.cu/ipk/files/2023/01/Bol52-1w-22.pdf>

4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de salud 2021[Internet]. La Habana: MINSAP; 2022 [acceso 14/06/2023]. Disponible en:

<http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>

5. Biobiochile.cl[Internet]. Las 4 edades sexuales del hombre: Médicos explican cada una de las etapas. Chile: Bio Bio Comunicaciones; 2012 [actualizado 2023; acceso 13/09/2022]. Disponible en:

<https://www.biobiochile.cl/noticias/2012/07/17/las-4-edades-sexuales-del-hombre-medico-explica-cada-una-de-las-etapas.shtml>

6. MINSAP. Infecciones de transmisión sexual. En: Rodríguez B, editor. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS, el VIH y las hepatitis (2019-2023).[Internet] La Habana: Ministerio de salud Pública; 2019. p. 20-3. [acceso 14/06/2023]. Disponible en:

<https://salud.msp.gob.cu/tag/vih-sida/>

7. Soto C. Infección por el VIH/sida en personas de 50 años y más en la provincia de Guantánamo. Rev Cubana Hig Epidemiol[Internet]. 2022 [acceso 10/11/2022];59:e1152. Disponible en:  
<https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1152/1094>
8. Global action on aging[Internet]. OMS alerta sobre incremento de infecciones por VIH; 2009 [acceso 10/11/2022]. Disponible en:  
<http://globalag.igc.org/health/world/2009/alerta.htm>
9. Ramoni S, Riva D, Spigariolo CB, Cusini M. Primary syphilis of the finger: report of four cases. Int J STD AIDS[Internet]. 2022 [acceso 10/11/2022];33(7):728-30. DOI: <https://doi.org/10.1177/09564624221097221>
- Castro Y, Fuentes J, Rodríguez Y, Ortega S. Incidencia de la sífilis en la provincia Cienfuegos. 2013-2017. Medisur[Internet]. 2019 [acceso 10/11/2022];17(4): 480-5. Disponible en:  
<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4364/2900>
10. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de genero, raça e geração. Saude Soc[Internet]. 2010 [acceso 15/11/2022];19(2): 9-20. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jGCLV8Ms8gfv3DDwCpj7k3x/>
11. Bjekic M, Markovica M, Sipetic S. Clinical manifestations of primary syphilis in homosexual men. Braz J Infect Dis[Internet]. 2014;16(4): 387-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.06.013>
12. Domínguez I, Safora O, Rodríguez A. Caracterización de un grupo poblacional con diagnóstico de infección por *Treponema pallidum*. Rev Cubana Obstet Ginecol[Internet]. 2011;37(1): 54-64. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>

13. Polansky A, Levy I, Mor Z. Risk factors of syphilis co-infection among HIV-infected men who have sex with men in Tel-Aviv, Israel. *AIDS Care*[Internet]. 2019;31(9): 1157–61. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1612006>

14. Gadkari DA, Quinn TC, Gangakhedkar RR, Mehendale SM, Divekar AD, Risbuk AR, *et al.* HIV-1 DNA shedding in genital ulcers and its associated risk factors in Pune, India. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*[Internet]. 1998;18(3):277-81. DOI: <https://doi.org/10.1097/00042560-199807010-00012>

### **Conflicto de intereses**

Ninguno declarado.