



SÍFILIS EN DONANTES DE SANGRE EN COLOMBIA

La sífilis es una infección producida por una bacteria llamada *Treponema Pallidum* que afecta tanto a varones como a mujeres.

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa y sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas.

La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones potencialmente graves.

Dentro de las principales conductas de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran: a) Las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección). b) El inicio de la actividad sexual a una edad temprana. c) Múltiples parejas sexuales. d) El mantener relaciones sexuales bajo la influencia de las sustancias psicoactivas las cuales limitan tomar medidas acertadas sobre prácticas sexuales.

Los síntomas aparecen dos o tres semanas después del contacto sexual y tienen dos etapas:

En la primera etapa aparece una pequeña llaga o úlcera llamada Chancro que puede aparecer en la boca, ano, vagina o pene. Es generalmente única y tiene bordes sobre elevados. La llaga o úlcera no duele y desaparece sola sin ningún tipo de tratamiento después de 15 días.

En la segunda etapa, después de seis meses (o más) después de desaparecida la llaga, puede aparecer: erupción (o ronchitas en la piel) en el cuerpo, sobre todo en el tronco, palmas y plantas, lesiones en la boca, fiebre y aumento generalizado del tamaño de los ganglios, caída del cabello.

Durante la preservación de los componentes sanguíneos, la fase de espiroquetemia es breve, de manera que el microorganismo solamente es viable pocos días a 4°C y la probabilidad de transmisión de sífilis por la transfusión es bajísima.



En algunas instituciones, los marcadores serológicos de sífilis son un indicador epidemiológico útil en el tamizaje de otras infecciones, especialmente virales, que se pueden asociar a los componentes o derivados sanguíneos.

Para la selección de donantes en caso de antecedente de sífilis, aunque haya sido tratada exitosamente, el diferimiento debe ser permanente. La serorreactividad de la infección en donantes de sangre en Colombia 2009 es de 1,08%.

Existen 2 tipos de pruebas para la detección de la infección por sífilis:

Las pruebas no treponémicas como VDRL, RPR y algunas tipos de ELISA que utilizan antígenos compuestos de soluciones alcohólicas con cantidades predeterminadas de cardiolipinas, colesterol y lecitinas. Detectan ambas inmunoglobulinas IgG e IgM frente a estas sustancias que son producidas en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades.

Dado que las pruebas no treponémicas como VDRL, RPR no detectan anticuerpos treponémicos un resultado positivo no siempre indica la infección.

Se recomienda que los resultados reactivos obtenidos con pruebas no treponémicas sean confirmados con una prueba treponémica. Las pruebas VDRL y RPR son usadas principalmente para el seguimiento del tratamiento contra la infección por sífilis.

Las pruebas treponémicas son utilizadas para confirmar los resultados positivos obtenidos con las pruebas no treponémicas., entre ellas son FTABS, TPHA y pruebas de ELISA IgG que pueden emplearse en sustitución de las treponémicas TPHA y FTA-ABS ya que diferentes estudios han demostrado su excelente sensibilidad y especificidad en la detección de este tipo de anticuerpos. Las pruebas ELISA además permiten la automatización y procesamiento de grandes cantidades de muestras como es el caso de los bancos de sangre.



Referencias

OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2009

Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(3):211-7.

OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004. Hallado en: www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisifilislac.pdf

Organización Mundial de la Salud. Eliminación Mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción. 2008.

Barco Burgos María Cristina. Lúes y gestación. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2001; 52(3). Hallado en:

http://www.scielo.org.co/SciELO.php?Script=sci_arttext&pid=S003474342001000300003&lng=pt&nrm=iso

WHO. Eliminating congenital syphilis. 2004, 82:433-438. Hallado en:

[Http://www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/congenital_syphilis_advocacy.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/congenital_syphilis_advocacy.pdf)

OPS. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoctava edición. Washington, 2005.

Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Clin Microbiol Rev 1995;8:1-21.

Diagnóstico serológico de la sífilis. Fuertes Antonio. Servicio de Microbiología. Hospital doce de octubre. Madrid. Disponible en Internet (<http://www.fei.es>).