

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"SIFILIS ENFERMEDAD QUE VUELVE"

tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

LUIS AUGUSTO de J. GONZALEZ PORTILLO

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1968

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado: "SIFILIS ENFERMEDAD QUE VUELVE"

Previo a optar el honroso título de Médico y Cirujano.

El objetivo esencial de este trabajo es hacer un estudio sobre la prevalencia de Sífilis en nuestro medio, con el objeto de evaluar en cierta forma nuestra situación actual; al mismo tiempo hacer énfasis sobre ciertos aspectos clínicos que nos hagan recordar la importancia de esta afección.

Personalmente puedo decir que durante los últimos años se ha tenido poca oportunidad de ver en los servicios hospitalarios lesiones típicas de lúes, a excepción de la lesión primaria por casi todos conocida. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de las lesiones posteriores, ya que la mayoría de casos que uno tiene oportunidad de ver, son casos asintomáticos y que se descubren casualmente por estudios serológicos de rutina. Esta situación, ha dado lugar a una idea errónea sobre la prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio, al extremo de considerar que con los nuevos antibióticos el problema está resuelto. Sin embargo, la situación real es otra, co-

mo podrá observarse más adelante, y para erradicar esta enfermedad es necesario, no solo un medicamento, sino que se hace necesario llegar a las bases sociales y económicas que la mantienen vigente.

HE DICHO

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. RESEÑA HISTORICA
- III. EPIDEMIOLOGIA
- IV. ESTUDIO EN GUATEMALA
  1. Frecuencia
  2. Incidencia por edad
  3. Localización Geográfica
  4. Datos Clínicos
    - a) Antecedentes de Contacto Sexual
    - b) Síntomas y Signos
    - c) Datos de Laboratorio
    - d) Tipos de Lúes.
- V. COMENTARIO SOBRE PROGRAMAS NACIONALES
- VI. CONCLUSIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

En una reciente encuesta mundial realizada por la Organización Mundial de la Salud, en ciento seis países y zonas, se comprobó el hecho de que ha habido un aumento continuo de la incidencia de Sífilis Temprana en todas las regiones del mundo.

Más importante que el incremento mundial de la Sífilis adquirida, es la posible incapacidad y mortalidad prematura que puede esperarse que ocurra entre las personas que no reciben tratamiento; por ejemplo: entre los millones de sifilíticos de todo el mundo que se verán privados de un diagnóstico y un tratamiento adecuado, puede predecirse por trabajos efectuados en otros países, que una de cada doscientos contraerá la ceguera; uno de cada cincuenta llegará a un estado de demencia debido a sífilis del sistema nervioso central; uno de cada veinticinco quedará incapacitado por la tabes; y, uno de cada quince quedará invalido por la sífilis cardio-vascular.

Como puede verse, la enfermedad constituye un verdadero problema mundial que abarca aspectos médicos, sociales y eco-

nómicos. Prueba de ello lo constituyen datos estadísticos de los Estados Unidos, que indican que en 1966 habían 24,000 - pacientes en hospitales psiquiátricos por psicosis debidas a la sífilis. Para el contribuyente, esto constituye en ese país una carga financiera de aproximadamente \$49,000,000.00 al año para el mantenimiento de esas instituciones.

Aunque se desconoce la magnitud exacta del problema por dificultad de encontrar uniformidad en cuanto a compilación de datos, creo que es importante iniciar la evaluación de nuestra situación en cuanto a prevalencia de la enfermedad en el transcurso de veinte años y poner énfasis en algunas manifestaciones clínicas de la enfermedad en nuestro país.

No se pretende desde ningún punto de vista agregar nada nuevo sobre la enfermedad en sí; pero sí hacer notar que la enseñanza de las enfermedades venéreas durante los últimos años, se ha descuidado, al extremo de tenerse una idea errónea en el problema de las venereopatías.

En nuestro medio se han efectuado varios trabajos sobre esta enfermedad, pero especialmente en sus aspectos clínicos.

En esta ocasión se trata de determinar las prevalencias de la enfermedad a nivel hospitalario y nacional, como antes se dijo dando lugar con ello a que se efectúen estudios posteriores que incluyan otros aspectos de esta enfermedad.

## II . RESEÑA HISTORICA

La palabra sífilis parece derivar de un poema escrito por Francastoro en 1530, titulado: "Sifilis Sive Morbus Galicus", en el cual se describe claramente la sintomatología en el personaje central del poema, un pastor llamado Sifilus.

Se ha escrito mucho acerca del origen de la Sífilis, pero a pesar de ello todavía continúan las discusiones sobre si procede del viejo o del nuevo mundo. Algunos autores sostienen que esta enfermedad era endémica en el hemisferio Occidental y que fue introducida en Europa por los hombres que componían la expedición de Cristóbal Colón. El mejor argumento en favor de tal punto de vista es que esta enfermedad era desconocida antes de aquel tiempo y que se esparció en toda Europa inmediatamente después de dicho acontecimiento. Dada la gran lentitud de las comunicaciones en aquella época, constituye un hecho epidemiológico notable que la lúes se hubiese propagado con tal amplitud por Europa un año después del regreso de los hombres que se supone fueron infectados en las Antillas.

Pussey es un firme defensor de la procedencia americana de esta enfermedad y señala que fué descrita como epidemia en 1494 en el sitio de Nápoles, un año después del regreso de Colón a Europa. Cabe presumir que la enfermedad fuese llevada a Italia por los mercenarios españoles del ejército de Carlos VIII de Francia y propagada luego por toda Europa cuando se efectuó la retirada del ejército Francés de Italia. Se observan claras señales de su aparición en Francia, Alemania, Suiza, en 1495; en Holanda y Grecia en 1496; al año siguiente en Inglaterra y Escocia y en 1499 en Hungría y Rusia. Por esta época, los gobiernos de ciertas ciudades Europeas reconocieron la existencia de la enfermedad y establecieron leyes para prevenir su propagación. Por estas leyes se proscriben en algunas ciudades a las prostitutas y en otras se les ponían marcas distintivas. Se cree que la lúes fue introducida en Oriente por los hombres de la expedición de Vasco Da Gama, que se hizo a la vela en Portugal en 1497.

En opinión de Pussey debe darse mucha importancia al hecho de que ni en Oriente ni en Occidente se designase con el mismo -

nombre a esta nueva epidemia.

Varios países tenían su nombre unido a ella, como "mal gálico", "enfermedad Española", etc. Este mismo autor subraya que al igual que cualquiera otra nueva enfermedad que se introduce en una población no inmune, se difundió rápidamente en proporciones epidémicas y con graves síntomas clínicos. Cerca de cincuenta años después, la enfermedad había perdido sus ominosas características y adquirido los síntomas y signos de la sífilis actual.

El origen americano de la lúes se apoya, al parecer, en el hallazgo de pruebas supuestamente incontrovertibles de sífilis ósea en esqueletos de indios americanos del Siglo X.

Por otro lado, los defensores del origen Eurasiano de la sífilis creen que las diversas manifestaciones de la enfermedad, se hallan veladas en la literatura antigua a causa de haberse incluido en las descripciones de la lepra. Muchos textos ponen de manifiesto que, desde el Siglo VI hasta el regreso de Colón, aparecieron descripciones de lesiones genitales que bien se podrían interpretar como sífilis primaria o secundaria.

Ademas parece ser que se conocía la naturaleza venérea de tales lesiones y que se recomendaban prácticas concernientes a la profilaxia después de las relaciones sexuales y para el control de las prostitutas. Los autores que apoyan el origen americano de la enfermedad, desde luego, no aceptan estas descripciones como relacionadas con la sífilis, sino más bien con otras enfermedades venéreas.

La enfermedad se confundió con la hemorragia hasta que Balfour (1767), Ricord (1838); más tarde Bassereu (1852) y Rollet, la diferenciaron.

Los caracteres clínicos fueron precisados en el Siglo XIX por Ricord y Cazenave, y en particular por Fournier.

En 1905, Schaudin y Hoffman descubren el treponema pálido, que es el agente etiológico.

En 1906, Wasserman, Neisser y Brück aplican a la enfermedad la reacción de desviación del complemento de Bordet y Gengou y abren el camino a toda una serie de estudios serológicos.

Por último, Nelson y Mayer descubren en 1949 la prueba de inmovilización del treponema, que es específica de las trepone-

matosis.

De 1949 a la fecha, los más grandes adelantos han estado encaminados a descubrir métodos de diagnóstico mucho más específico y que estén al alcance del médico, en áreas donde no se cuenta con laboratorio especializado.

Es así como en la actualidad, se han descrito reacciones en las que se han aislado los factores causantes de los resultados falsos positivos, dando así lugar al apareamiento de métodos con alto índice de seguridad en el diagnóstico de esta enfermedad.

Por otro lado, ahora que cada día se registran más casos de resistencia del germen a la penicilina y el temor cada vez mayor a reacciones anafilácticas por uso inadecuado de ésta, ha dado lugar al apareamiento de nuevos antibióticos, mas inocuos e igualmente efectivos, constituyendo esto un avance en la lucha contra este flagelo.

### III. EPIDEMIOLOGIA

La sífilis es una enfermedad transmisible por contacto directo, que forma parte de un grupo importante como lo son las treponematosis.

Estas enfermedades constituyen un problema de salud pública, un peligro para la familia y una de las principales causas de invalidez física y mental.

Al examinar la importancia del problema de la sífilis, es conveniente considerar primero su magnitud, según los tres conceptos clásicos de evaluación, como lo son:

1. Incidencia real
2. Incidencia notificada o morbilidad; y
3. Prevalencia.

Incidencia real: es el número de casos nuevos en un período determinado de tiempo.

Incidencia Notificada o Morbilidad: es el número de casos que se notifican durante un período determinado, por lo general un año.

Prevalencia: es el número de casos de una enfermedad que existen en un momento dado.

Se estima que la incidencia de sífilis en los Estados Unidos, es de 120,000 casos al año y que la prevalencia era de 1,200,000 casos en 1966. Sin embargo, la estimación del problema indudablemente variará en las diversas regiones, así como por las diferencias en cuanto a métodos uniformes de valoración, como por la insuficiente notificación. No obstante eso, un cálculo efectuado en 1948 indicó que cada año ocurrían en el mundo no menos de 2,000,000 de casos de sífilis adquirida por contacto venéreo y que la prevalencia mundial de esta enfermedad era de 20,000,000 entre personas mayores de 15 años. Si a esto unimos el incremento mundial de la población y factores tales como la mayor movilidad de las personas y un aumento de la promiscuidad sexual, se calcula que anualmente ocurrirán por lo menos 3,000,000 de casos nuevos de sífilis adquirida por contacto venéreo en todo el mundo y que el reservorio actual es de treinta y un millones como mínimo.

En lo que respecta a la distribución geográfica, la sífilis ocurre en todo el mundo, pero existen variaciones de un país a otro, y aún en un mismo país, por las razones ya enumeradas anteriormente, pero que se acentúan en Latino América por varias razones propias de la región como lo son:

1. Dispersión demográfica;
2. Escasos recursos de atención médica en numerosas áreas rurales, y
3. Prejuicios y tradiciones culturales profundamente arraigadas en las poblaciones.

La incidencia de la sífilis temprana en las Américas ha tenido una tendencia al ascenso desde 1957. En 1962, los casos de sífilis de todos los períodos notificados en Meso América y Norte América, fueron de 77 y 64 por 100,000 habitantes, respectivamente, en comparación con 48 casos en Sur América. Desde entonces, los casos notificados en Norte América han aumentado ligeramente, probablemente por la intensificación de los trabajos encaminados a descubrir nuevos casos.

Como puede observarse, el problema de la sífilis al igual que el de las restantes enfermedades venéreas, es paradójico, pues

aunque se conoce la etiología de la enfermedad, formas de transmisión, existencia de medios de diagnóstico efectivos y drogas que se pueden catalogar como maravillosas, el problema se agrava cada día mas debido a que no se ha tratado el fondo del mismo como sería:

1. Agotar el reservorio de casos contagiosos;
2. Tratar a los enfermos y evitar secuelas; y
3. Prevenir la lúes congénita.

Para cumplir con estos objetivos, todo programa anti-luético comprende entre otros aspectos básicos como son:

1. Investigación de los casos y sus contactos, tanto sexuales como familiares,
2. Prostitución; y
3. Tratamiento.

En lo que respecta a la búsqueda de los casos y sus contactos, existen varias formas de efectuarlo:

- a) Mediante censos serológicos; y
- b) Mediante el sistema de entrevistadores.

Con respecto al primer método, se puede decir que es similar a un censo.

lar a las encuestas radiológicas para tuberculosis, con la única diferencia que en estos casos se utilizan reacciones serológicas como el V.D.R.L. u otras. Este método se justifica en áreas donde se inicia un programa o donde hay evidencia de que la prevalencia es alta. Sin embargo, este método tiene ciertas objeciones como son:

- a) Que las reacciones no son 100% específicas;
- b) Existe la evidencia de que enfermos tratados y curados, continúan teniendo serologías positivas durante varios años; y
- c) Exige un montaje costoso y si la prevalencia en la zona no es alta, el rendimiento del examen en gran escala es bajo.

Desde luego, el censo serológico puede justificarse cuando se efectúa en forma dirigida a determinados grupos de la población como son los campamentos mineros, puertos, bases militares, etc.

Otra técnica de pesquizaje es la búsqueda de contactos exactamente como se efectúa en los Estados Unidos, en donde existe un funcionario llamado entrevistador que tiene un entre-

namiento durante determinado tiempo y una cultura básica de escuela superior. Estos funcionarios, desde luego, deben reunir ciertas cualidades como son:

1. Habilidad personal; y
2. Condiciones de simpatía para ganarse la confianza del entrevistado.

Su misión es averiguar cuales han sido sus contactos anteriores y posteriores a la enfermedad, ubicando a las personas y prosiguiendo así la investigación hasta establecer la cadena epidemiológica. Este sistema es mucho menos costoso y su rendimiento es más alto como lo demuestran estudios que se han efectuado sobre el particular.

Una tercera forma de control es el examen pre-nupcial el cual cumple todos los requisitos que han sido enunciados con anterioridad (Pesquisa, Tratamiento, Evitar secuelas y Lúes congénitas).

Prostitución: debido a que las enfermedades venéreas se mantienen y difunden por el mecanismo de la promiscuidad sexual, la prostitución ha sido el blanco de muchas tenta-

tivas de control.

La prostitución es una cuestión muy compleja que tiene diversas causas determinadas y otras secundarias. Fundamentalmente consideraremos como causa determinante la estructura económica sobre la que descansa un tipo especial de sociedad, en que las relaciones de producción colocan a la mujer en una situación de inferioridad. Esta situación de inferioridad de la mujer en el ámbito de la producción, se ha reflejado a través de la historia en la sub-valoración que se ha hecho del sexo femenino y del papel que le corresponde ejercer en la sociedad.

La búsqueda de la solución del problema de la prostitución ha sido preocupación de todos los pueblos durante siglos. En su etiología influyen, como ya se dijo, condiciones de orden ecológico y económico, que requieren concienzudos estudios, en el tiempo, en el lugar, por parte de las organizaciones de bienestar social y de instituciones afines, tales como la escuela, la iglesia, ambas modeladoras de la conducta y supremas orientadoras de la moral.

Como puede verse, la prostitución es el eslabón más importante en la cadena de infecciones venéreas. En consecuencia, para llevar a cabo la lucha antivenérea en forma efectiva, se hace necesaria la supresión de la prostitución, legalizada y la represión de la clandestina.

En general, puede decirse que han sido tres las posturas frente a este problema:

- 1) Abolición;
- 2) Reglamentación; y
- 3) Represión.

Abolición: Se ha intentado en algunos países, pero con malos resultados, ya que no se ha ido a tratar la profunda raíz socio-económica del problema.

Reglamentación: El inconveniente más grande que plantea es que engaña a la "comunidad", dándole una falsa sensación de seguridad, constituyéndose a la vez, al reconocer de manera oficial su ejercicio, en patrocinador de ésta.

Represión: consiste en combinar la acción educativa y coercitiva para colocar a la prostitución en un cerco bien limitado. La idea

es desviar los recursos mal gastados en una reglamentación inoperante, hacia un control epidemiológico adecuado.

#### ESTUDIO EN GUATEMALA

1. FRECUENCIA: Para el estudio de frecuencia se efectuó una revisión de veinte años en el Departamento de Estadística de Sanidad Pública, correspondiente a toda la República de Guatemala.

Posteriormente, para el estudio de los diversos aspectos clínicos, se efectuó una revisión de las historias clínicas correspondientes a veinte años, en el Servicio de Dermatología y Sifilología del Hospital General. En estos veinte años se registraron 4,722 ingresos, de los cuales 1,122 eran luéticos, o sea un 23.7%.

Las siguientes curvas nos dan una idea de la incidencia de lúes en Guatemala desde hace veinte años y su situación actual, comparándola con otros países.

Como es de suponerse, el valor de la comparación directa de la frecuencia entre los países, se reduce a menudo por las di-

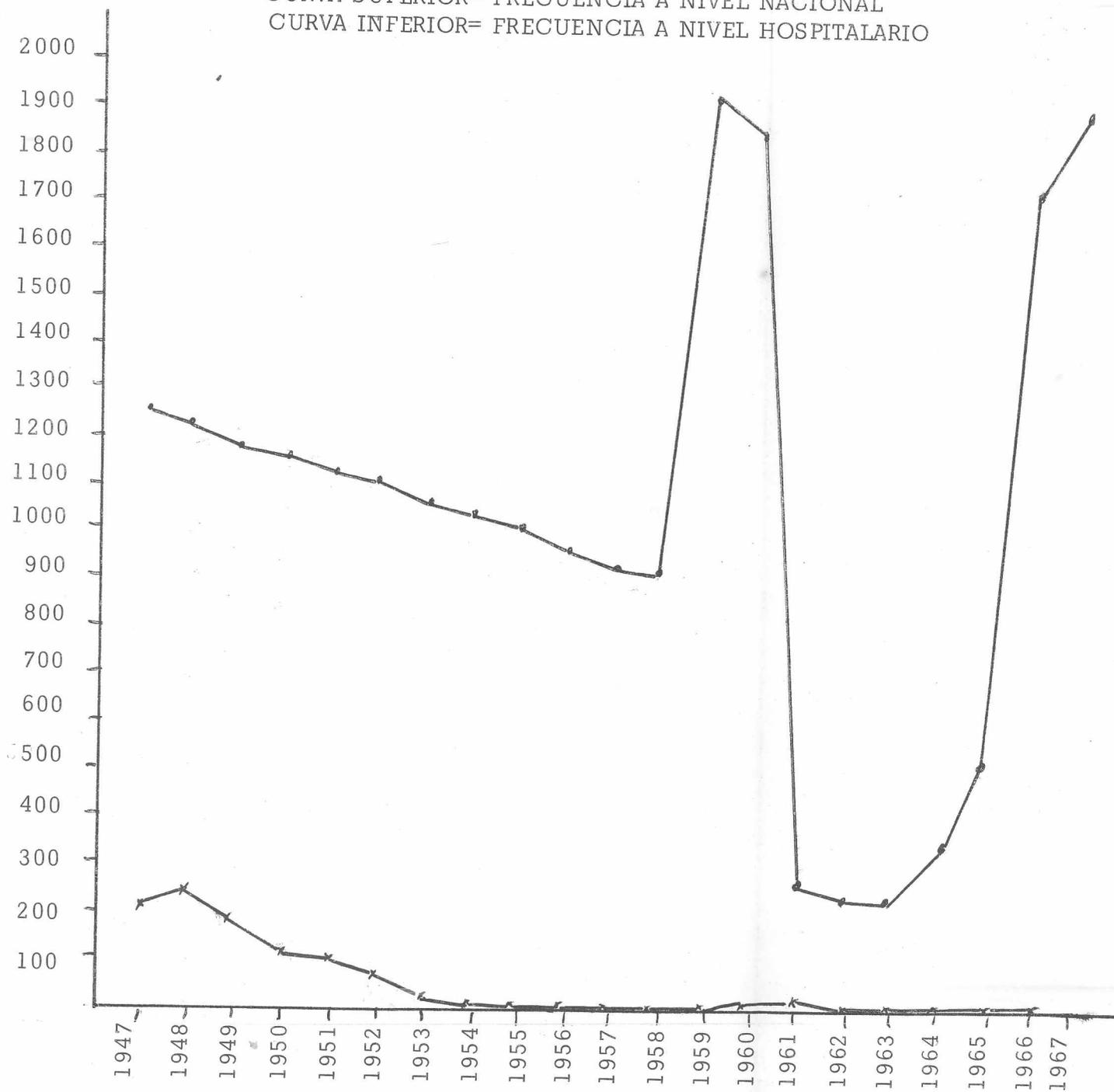
ferencias existentes entre los métodos de notificación y clasificación, así como en la exactitud o inexactitud de los mismos y en la disponibilidad de medios, personal, etc. Por ejemplo en 1962, una encuesta llevada a cabo en 131,245 médicos norteamericanos, demostró que sólo se notificaba la mitad de los casos tratados.

Los cuadros anteriores, como ya se dijo, dan una idea comparativa de la incidencia de lúes en Guatemala y la de otros países, los cuales están de acuerdo con los estudios de la O. M.S. que indican que en 76 de 105 países y zonas (el 72.4%) alrededor de 1955 se produjo una elevación persistente de sífilis.

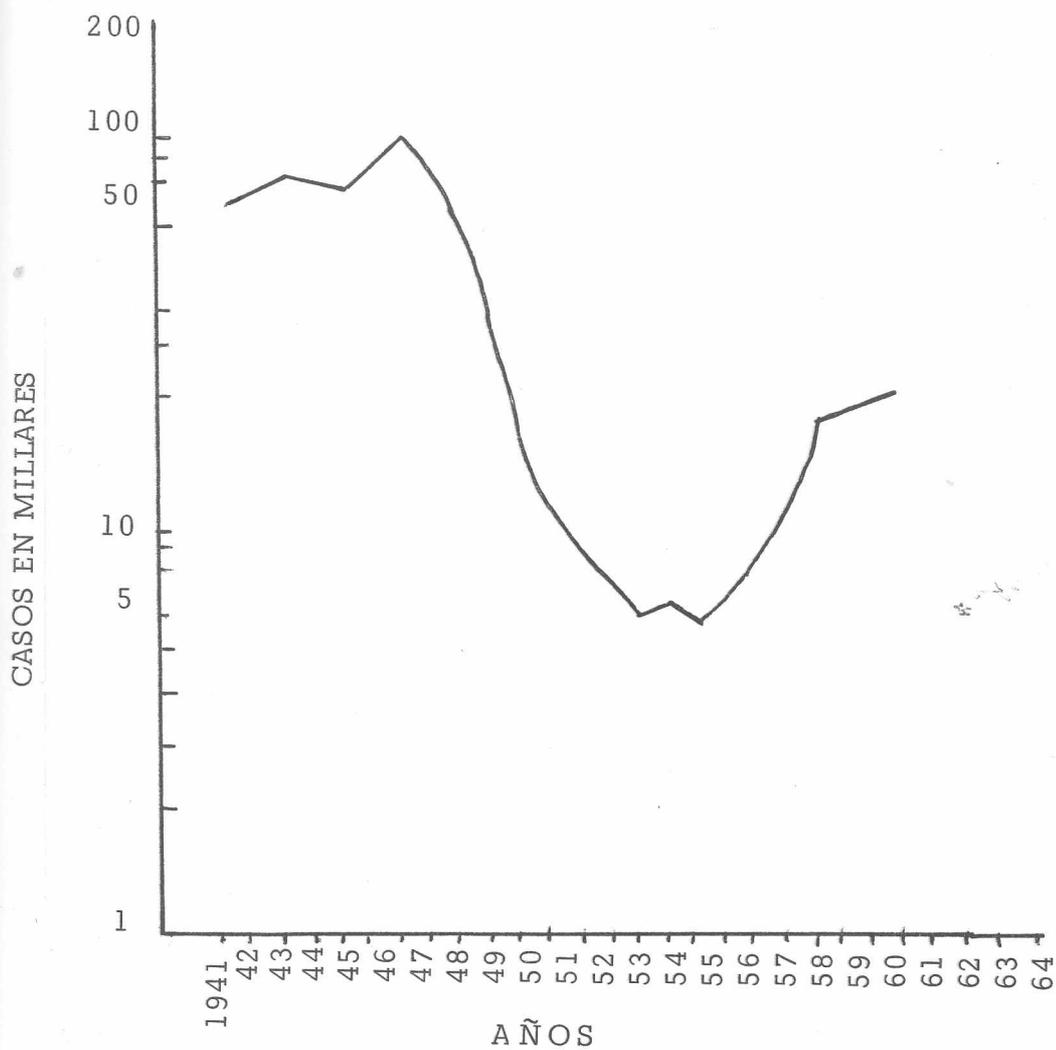
2. INCIDENCIA POR EDAD: en general puede decirse que la sífilis en su forma infectante, es una enfermedad eminentemente de gente joven. En nuestro estudio, la incidencia por edad fue la siguiente:

10 a 20 años	201 casos
20 a 30 años	580 casos
30 a 40 años	160 casos

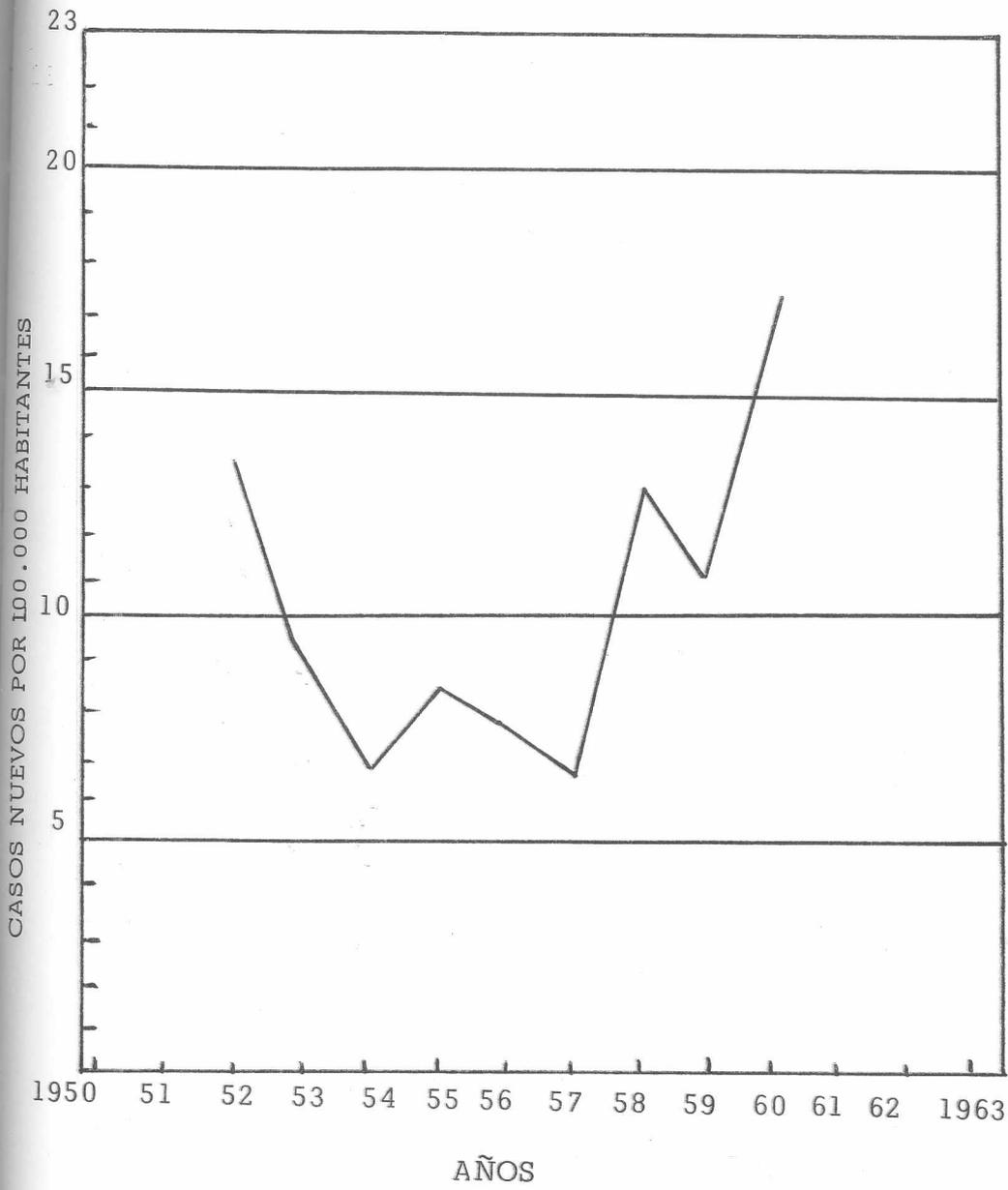
CURVA SUPERIOR= FRECUENCIA A NIVEL NACIONAL  
CURVA INFERIOR= FRECUENCIA A NIVEL HOSPITALARIO



CASOS DE SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA EN POBLACION CIVIL EN ESTADOS UNIDOS, AÑOS FISCALES 1941-1964



TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE SIFILIS EN COSTA RICA



40 a 50 años	91 casos
50 a 60 años	63 casos
60 a 70 años	39 casos
70 a 80 años	5 casos

El caso de menor edad de sífilis adquirida fue de nueve años. Este cuadro está de acuerdo con datos de Estados Unidos en donde la mitad de los casos se observan en gente joven; en México, la proporción de sífilis temprana en personas menores de 25 años, es de un 45%; y en Argentina de un 63%.

3. LOCALIZACION GEOGRAFICA: Se acepta generalmente que el problema venéreo es más importantes en las zonas urbanas que en las rurales. Talvéz esta diferencia, sin duda real, esté aumentada artificialmente a consecuencia de que el registro de casos es menos deficiente en las primeras que en las segundas. Ahora bien, algunas circunstancias obligan a considerar las enfermedades venéreas como un problema serio del presente y del futuro de las zonas rurales de la América Latina. En primer lugar, el incremento de las vías de comunicación patente en todas partes, facilitará un inter-

cambio de población cada día mas intenso, lo cual implica mayores posibilidades de contacto entre las fuentes urbanas de infección y las personas suceptibles de las zonas rurales, quienes luego serán focos de contagio al regresar a su lugar de residencia habitual.

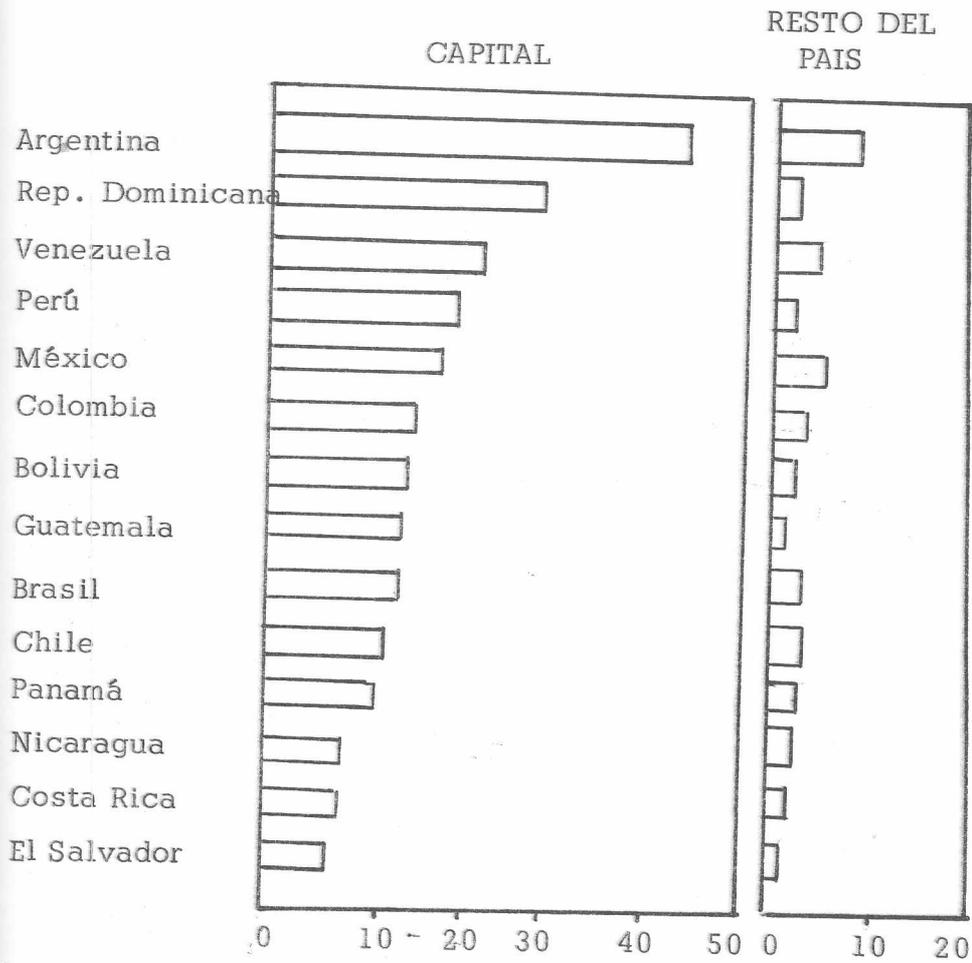
En nuestro estudio, durante los veinte años, se clasificaron a los pacientes por departamentos, notándose que lo descrito en los libros se manifiesta también en nuestro medio, en donde la mayoría de los casos provienen de departamentos en donde existen campamentos militares y no hay centros sanitarios, lo que favorece condiciones de hacinamiento y promiscuidad.



1. Guatemala
2. Santa Rosa
3. Jutiapa
4. El Progreso
5. Jalapa

6. Zacapa
7. Chiquimula
8. Escuintla
9. Quezaltenango
10. Chimaltenango

MEDICOS POR 100.000 HABITANTES EN LAS CAPITALS  
 O DISTRITOS QUE COMPRENDEN LA CAPITAL Y EL RESTO  
 DEL PAIS.



Si a lo anterior unimos, como puede verse en los cuadros anteriores, que existen escasos recursos médicos en áreas rurales, vemos la necesidad de una descentralización de la lucha antivenérea, ya que la facilidad de transportes, como ya se dijo, hace que la enfermedad no pueda localizarse a determinadas regiones, constituyéndose cada día más en una enfermedad que puede llamarse de tipo internacional.

4. DATOS CLINICOS: En este inciso se hace una revisión de aspectos clínicos, como lo son la importancia del período de incubación, el porcentaje de antecedentes de contacto sexual, de síntomas; datos de laboratorio y tipos más frecuentes de lúes.

Con respecto al período de incubación, es importante hacer mención que en la mayoría de los casos no coincide con el descrito en los libros, lo cual hace que este dato no sea muy importante en cuanto a base diagnóstica de diferenciación con otras venereopatias.

a) Antecedentes de Contacto Sexual: El antecedente de contacto sexual se encontró en un 60% de los casos; no se pudo

establecer la forma de contacto en un 36%; y el contagio se produjo por relaciones anales en presidiarios o enfermos mentales en un 4%.

b) Síntomas y Signos:

Sífilis Precoz: se considera sífilis precoz hasta transcurridos dos años de la enfermedad. En esta etapa, las lesiones de la sífilis son sumamente polimorfas, razón por la cual se le ha dado en llamar "la gran simuladora"; sin embargo, la lesión inicial es bastante característica.

Chancro Luético o de Hunter: Aparece primero como una pápula roja relativamente poco indurada. Cuando ha adquirido su completo desarrollo, adquiere las siguientes características:

- a) Úlcera solitaria;
- b) Limpia;
- c) Recubierta por una fina costra;
- d) Bordes planos y lisos; y
- e) Consistencia cartilaginosa.

En el período secundario, llama la atención que las lesiones más comunes son: erupciones cutáneas más o menos generalizadas, lesiones de la bucofaringe, alopecia par-

cial, iritis y artralgias. Desde luego existen otras manifestaciones clínicas que pueden presentarse en este período, pero en comparación con estas cinco clases de lesiones, las otras son muy raras.

El 95% de los enfermos con sífilis secundaria presentan una o la combinación de las siguientes lesiones:

Sífilis Secundaria Cutánea: las lesiones adquieren gran variedad de características, pudiendo ser maculosas, papulosas, maculopapulosas, de aspecto psoriasiforme, folicular, anular, pustulosas; y pueden simular muchas enfermedades de la piel, entre las cuales pueden mencionarse:

- a) Dermatitis Seborreica
- b) Pitiriásis Rosea
- c) Acné Vulgar
- d) Pitiriasis Versicolor
- e) Urticaria; y
- f) Epidermofitosis.

Desde luego, no siempre estas enfermedades de la piel, se asemejan a la sífilis, pero en muchas ocasiones, aún para el mismo especialista, es difícil diferenciarla.

Sífilis secundaria mucosa: las lesiones sifilíticas secunda-

rias con frecuencia evitan la piel e invaden solamente mucosas, de ahí que debe darse importancia a cualquier lesión que se encuentre en éstas, ya que aún las lesiones más simples, como la faringitis difusa, o las ulceraciones en amígdalas - que tardan en curar, deben inducir a pensar en sífilis.

Lesiones Genitales: las lesiones secundarias de la enfermedad de localización ano-genital son en menor número que en la cavidad oral, pudiendo simular herpes simple, fisuras anales, hemorroides ulcerados, etc.

Alopecia: La pérdida del pelo no es completa sino que se hacen parches agrupados en zonas que se localizan en las márgenes del cuero cabelludo. Es una lesión muy común, pero en la gran mayoría de los casos no se encuentran porque no se buscan.

Lesiones oculares: las lesiones oculares más comunes en la etapa secundaria, son: la iritis y la neuroretinitis. Con excepción de la iritis papulosa, es prácticamente imposible, aún para el oftalmólogo, hacer la diferenciación clínica entre las lesiones oculares sifilíticas y la iritis y neuroretini-

tis de otro origen.

Lesiones oseas y articulares: en esta fase, los síntomas son más importantes que los signos y las manifestaciones usuales son:

- a) Dolores óseos, frecuentemente nocturnos, especialmente en los huesos largos (tibia).
- b) Artralgia en las articulaciones de los huesos grandes y pequeños, las cuales son más acentuadas durante la noche o la mañana;
- c) Hidartrósis, invade generalmente las articulaciones de la rodilla y tibio-tarsiana. No hay cambios radiológicos;
- d) Periostitis aguda. Sin causa aparente que por lo común se localiza en la tibia.

Sífilis Tardía. Es aquella cuyas manifestaciones se presentan desde los dos años en adelante. En esta etapa el treponema puede invadir cualquier parte del cuerpo, pero puede decirse que en un 95% de los casos invade uno o varios de los seis órganos siguientes:

- a. Mucosa;
- b. Huesos y Articulaciones;
- c. Sistema Cardiovascular
- d. Hígado
- e. Ojos
- f. Sistema Nervioso.

Sin embargo, están descritas lesiones en el estómago, páncreas, testículos y riñones.

Sífilis Tardía Cutánea: las lesiones presentan gran variedad de características, pero en una forma somera pueden resumirse así:

- a. Lesión única o varias, pero escasas
- b. Asimetría
- c. Induración
- d. Ulceras (en saca bocado)
- e. Curación central y persistencia de pigmentación periférica
- f. Cicatrización superficial, atrófica.

Sífilis Tardía Osea: tiene como característica principal que las lesiones no curan, ya sea por defecto de formación de callo óseo o después de una intervención quirúrgica. Debe también sospecharse la enfermedad en aquellos casos de cefalea nocturna por osteítis del cráneo.

Sífilis Cardiovascular: esta comprende:

- a. Aortitis sifilítica
- b. Insuficiencia aórtica
- c. Aneurismas
- d. Estrechamiento del óstium de las arterias coronarias.

Sin embargo, ninguna de estas lesiones es patognomónica sino que bien puede ser imitada por otras afecciones, de ahí que

unicamente queda como único medio de hacer el diagnóstico el hecho de: 1) Sospechar la enfermedad; y, 2) Confirmarlo por serología.

Sífilis Hepática: esta forma de sífilis, como las anteriores, no tiene nada que le sea específico y existen una serie de enfermedades hepáticas con las cuales puede confundirse. Entre las más comunes pueden mencionarse:

- a. Cirrosis hepática
- b. Carcinoma del Hígado
- c. Colecistitis
- d. Colelitiásis; y
- e. Peritonitis TB.

Sífilis Ocular: las lesiones tardías más frecuentes son: uveítis neuroretinitis, coreoretinitis y atrofia óptica. Objetivamente estas lesiones no pueden distinguirse de lesiones similares producidas por otras causas.

Sífilis del Sistema Nervioso: en el campo de la neurología, la confusión del diagnóstico entre sífilis nerviosa y enfermedades de otro origen, es mucho mas frecuente que en cualquier otro período de la infección sifilítica. En general puede manifestarse como:

- a. Meningitis sífilítica
- b. Neurosífilis meningovascular aguda
- c. Tabes dorsal
- d. Parálisis general

Existe sin embargo, una infinidad de enfermedades que no pueden distinguirse clínicamente de la sífilis nerviosa, aún por el neurologo mas acucioso; por esta razón, debe siempre mantenerse la sospecha de la enfermedad y confirmarse por examen del L.C.R.

En el estudio de veinte años efectuado en nuestro medio, los síntomas y signos, en orden de frecuencia por sistemas, fueron los siguientes:

I. Aparato Musculocutáneo:

- 1. Chancro
- 2. No hubo lesión luética aparente
- 3. Sífilides (Condilomas y sus otras formas)
- 4. Gomas del velo del paladar.

II. Sistema Nervioso:

- 1. Disminución de la agudeza visual
- 2. Parestesias y debilidad de miembros inferiores
- 3. Convulsiones
- 4. Sordera
- 5. Cefalea; y
- 6. Amnesia.

III. Sistema Cardiovascular:

1. Algias precordiales; y
2. Palpitaciones.

IV. Aparato Respiratorio (de la Fonación):

1. Disfonía.

c) Datos de Laboratorio: Aunque los médicos con fines simplistas han distinguido arbitrariamente ciertas fases en la sífilis, la enfermedad es un todo continuo. El treponema de la sífilis desconoce las etapas del diagnóstico y por eso no siempre es capaz de seguir un patrón establecido.

Técnica Diagnóstica: La técnica de Campo Oscuro es una de las pruebas más importantes para el diagnóstico de la sífilis. El hallazgo del treponema pálido por Campo Oscuro, es el único método de diagnosticar la sífilis primaria sero-negativa. En un 55% de los casos de esta sífilis primaria, la reacción serológica standard es negativa debido a la insuficiente respuesta de anti-cuerpos en el momento del examen. Durante los últimos años, sin embargo, se ha descubierto una nueva técnica de Campo Oscuro llamada "Coloración Rápida Inmunofluorescente" que ayuda al médico a encon-

trar el treponema pálido translúcido y a veces raro. Este nuevo procedimiento puede aplicarse con facilidad y en menor tiempo que el que se utiliza para una coloración ordinaria de Gram. Los frotos tomados de la lesión se pueden secar y fijarse por el calor, enviándose por correo a laboratorios centrales para ser tratados por técnicos debidamente preparados.

Reacciones Serológicas: Pueden hacerse con dos tipos de antígenos que son:

1. Antígenos no treponémicos; y
2. Antígenos treponémicos.

Las reacciones con antígenos no treponémicos se fundan en una reacción química empírica entre un antígeno no específico y el llamado anticuerpo, que se halla en el suero del sífilítico y que se denomina Reagina. Ese antígeno no específico reacciona con la Reagina, que actualmente sabemos que puede producirse en respuesta a un gran número de enfermedades agudas y crónicas. Los antígenos que antes se empleaban eran lípidos crudos no específicos, generalmente extractos de corazón de buey. En los últimos veinticinco años

se han aislado y purificado las sustancias serologicamente activas de los antígenos lípidos y se han identificado como lecitina y Cardiolipina. La sensibilidad y la especificidad de las modernas reacciones de antígenos no treponémicos, dependen del equilibrio adecuado de estos dos componentes antigénicos asociados con el colesterol.

Las reacciones con antígenos treponémicos son siempre más costosas y técnicamente más difíciles de realizar, por lo tanto no se obtienen con tanta frecuencia. Estas reacciones no deben usarse habitualmente, sino que:

- 1) Para distinguir reacciones sifilíticas de reacciones falsas biológica positivas que se presentan con antígenos no treponémicos; y
- 2) Para confirmar un diagnóstico de sífilis en un enfermo con manifestaciones de sífilis y una reacción con antígeno no treponémico negativa.

No obstante los problemas técnicos que se plantean, la reacción de inmovilización del treponema pálido (TPI), constituye una prueba de alta especificidad. Excepto en la sífilis temprana, la sensibilidad de esta reacción es casi un 100%. La reactividad de la TPI deja algo que desear en la sífilis tem -

prana, obteniéndose resultados negativos en dos tercios de los pacientes con sífilis primaria y en un tercio de pacientes con sífilis secundaria.

Desde un punto de vista práctico, todavía se necesita una reacción serológica específica y sensible que pueda realizarse en el laboratorio ordinario. Los trabajos para producir una reacción de esas características, se han visto coronadas por el éxito con el descubrimiento de la reacción de anti-cuerpos treponémicos fluorescentes, cuya reacción se ha perfeccionado empleando un mejor colorante de fluorescencia y una técnica de absorción para eliminar del suero al grupo no específico de anticuerpos treponémicos, evitando así la reactividad inespecífica que se producía en la técnica de la reacción original. Recientemente, sin embargo, se ha obtenido una reacción mejor aún, llamada "Técnica de Absorción de los Anti-cuerpos Treponémicos Fluorescentes", cuya especificidad es igual a la de la inmovilización del treponema pálido y su sensibilidad en la sífilis temprana y tardía es de aproximadamente:

un 80% en la sífilis primaria y, de un 100% en la sífilis secundaria; siendo superior en un 10% a la sensibilidad de la TPI en la sífilis tardía.

En el estudio practicado se encontró que el medio de diagnóstico más utilizado fue, en su orden, el siguiente:

- |  |       |
|--|-------|
| a. Serología   | 70.2% |
| b. Campo Oscuro  | 14.9% |
| c. Campo Oscuro y VDRL Positivo                            | 7.7%  |
| d. El diagnóstico fue clínico en                           | 5.3%  |
| e. No se logró determinar cómo fue hecho el diagnóstico en | 1.2%  |

d) Tipos de Lúes: En orden decreciente, las formas de lúes más frecuentemente encontradas en el estudio efectuado en Guatemala, fueron los siguientes:

Lúes Adquirida:

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| a. Lúes Precoz Activa  | 70.5% |
| b. Lúes Latente tardía | 11.0% |
| c. Lúes Precoz Latente | 7.6%  |
| d. Lúes Activa Tardía  | 7.3%  |

Lúes Prenatal:

- |                   |      |
|-------------------|------|
| a. Tardía Activa  | 0.4% |
| b. Tardía Latente | 0.8% |

Como puede observarse, el mayor porcentaje corresponde a

-34-

formas adquiridas e infectantes, que son las que tienen mayor importancia epidemiológica, ya que constituyen fuente de contagio de la enfermedad.

## COMENTARIOS SOBRE PROGRAMAS NACIONALES DE LUCHA ANTIVENÉREA

De un modo general, el control de las enfermedades venéreas aparece centrado en dos grandes problemas que son:

<b>Pesquisa</b>	Masiva Contactos Dirigida a Grupos
<b>Manejo</b>	Centro Diagnóstico Tratamiento y Encuesta de Casos

Habitualmente se observa una dispersión de servicios que atienden a enfermos venéreos: agencias estatales y privadas; servicios del ejército y policías. Tomando en cuenta que las enfermedades venéreas constituyen una unidad epidemiológica, se ve la imperiosa necesidad de plantear como condición previa a cualquier programa, la existencia de unidad ejecutiva. Es decir, la concentración de recursos de diagnóstico y tratamiento en un solo sitio, bajo una oficina central, con su coordinador. Tal medida economiza recursos, evita despilfarros y duplicaciones y hace posible la labor epidemiológica a través del manejo de casos y contactos.

Otro concepto básico para la pesquisa consiste en definir el reservorio de las enfermedades venéreas; el cual se admite que es exclusivamente humano, pero como la colectividad está compuesta de una serie de estratos, el problema de su control es más complejo, debiéndose tomar en cuenta, por ejemplo, ciertas características, como son:

1) La incidencia de esta enfermedad es inversamente proporcional al número de casados y directamente proporcional al número de

- a) Solteros
- b) Adultos jóvenes
- c) Grados de disparidad entre ambos sexos
- d) Heterogeneidad racial
- e) Estratificación económica
- f) Analfabetismo
- g) Movilidad social
- h) Urbanización; y
- i) Desorganización de la población.

En resumen: es esencial propugnar porque en Guatemala se establezca un programa nacional para control de las enfermedades venéreas, cuyos objetivos deben de ser:

1. Investigación tendiente a establecer los índices de mor-

- bilidad y mortalidad de las enfermedades venéreas;
2. Estudiar e implantar procedimientos técnicos y administrativos modernos para el control de estas enfermedades;
  3. Poner al alcance del público las facilidades necesarias para el descubrimiento y tratamiento oportuno de los enfermos infectantes;
  4. Propugar porque se realice en forma rutinaria la investigación de los contactos, tanto sexuales como familiares;
  5. Preparación de personal especializado en el pesquizado de contactos;
  6. Divulgación higiénica a través de los medios de propaganda habituales, como son: prensa, radio, televisión, etc. y conferencias a conglomerados como talleres, cuarteles, escuelas, etc.
  7. Promover por todos los medios posibles la notificación de las enfermedades venéreas, tanto por los organismos oficiales, semi-oficiales, privados y en particular por los médicos en ejercicio particular;

8. Estandarización de los tratamientos;
9. Coordinar las actividades de la lucha anti-venérea con otras dependencias oficiales, semi-oficiales, así como con instituciones de bienestar social
10. Control de la prostitución desde un punto de vista sanitario y cooperación irrestricta con los Juzgados de Sanidad, Tribunales encargados del cumplimiento del Reglamento de Profilaxia Sexual vigente; y
11. Evaluación, cada cierto tiempo, de los resultados del programa mediante sistemas estadísticos adecuados, llevando a cabo las reformas que se consideren necesarias.

#### ORGANIZACION DE UN PROGRAMA:

a) Dirección del Programa: A cargo de una oficina técnica (Jefatura de la Campaña) dependiente de la División de Epidemiología de la Dirección General de Sanidad Pública, con las siguientes atribuciones:

1. Trazar el plan de Lucha Antivenérea;
2. Dictar normas técnicas para la ejecución del programa;
3. Supervisión normativa del cumplimiento del programa

4. Planear y dirigir las actividades de adiestramiento para el personal de los servicios; y

5. Coordinar las actividades de la lucha anti-venérea con las demás entidades que intervengan en el programa.

b) Ejecución del Programa: El programa será ejecutado por los Centros de Salud mediante sus consultorios especializados en venereología.

c) Cooperación Internacional: Se proseguirá en estrecha colaboración con instituciones internacionales interesadas en la lucha antivenérea, tales como la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Asociación Americana de Higiene Social, Etc.

### CONCLUSIONES

1. La lúes es un problema médico-social
2. La prevalencia de la enfermedad en Guatemala es grande
3. En nuestro medio, al igual que en la mayoría de los otros países, la enfermedad afecta más a jóvenes.
4. Las formas que predominan son las formas activas precoces;
5. Es indispensable unificar criterios en cuanto a métodos de evaluación del problema nacional de la sífilis;
6. Debe ponerse énfasis en la notificación de los casos;
7. Debe mejorarse la enseñanza de las enfermedades venéreas en las escuelas de medicina; y
8. Es indispensable la creación de un programa de lucha anti-venérea a nivel nacional.

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

## BIBLIOGRAFIA

1. BECKER, WILLIAM Y OBERMAYER, MAXIMILIAN; *Dermatología y Sifilología Modernas*, Barcelona, Editorial Salvat, 1945, pp. 742-951.
2. BUCHARDT, W.; *Atlas y Compendio de Dermatología y Venereología*, 7a. Edición, Barcelona, Editorial Salvat; 1967, pp. 94-99.
3. BRITAIN MOORE Jr.; *Diagnóstico clínico y de laboratorio de las enfermedades venéreas*, Boletín de la Oficina Panamericana, 60 (4); 316-327, abril 1966.
4. BROWN, WILLIAM J. *Importancia y Características Epidemiológicas de las Enfermedades Venéreas*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 60 (2); 93-105 febrero 1966.
5. BROWN, WILLIAM, *Las enfermedades venéreas, Apuntes sobre tratamiento moderno*. Washington, D.C., O.S.P., 1962, 36 p. (publicaciones científicas No. 71).
6. GIRON, MANUEL ANTONIO; *Medicina Social*, Guatemala, Editorial Universitaria, 1964, pp. 266-283.
7. KAMPMEIER, R.H. *Formación Profesional y Adiestramiento de Personal en el Campo de las Enfermedades Venéreas*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 60 (5): 98-105, Mayo 1966.
8. LOEB, CECIL; *Tratado de Medicina Interna*, 11a. Ed. Editada por Beeson y Mc.Dermott, Mexico, Editorial Interamericana, S.A., 1964, pp. 339-351.
9. LABOR INTERNACIONAL: *En Enfermedades Venéreas y Treponematosis 1948-63, I: Sífilis Venereas, Crónicas de la O.M.S.* 18 - (11); 485-507 Nov. 1964.

10. LABOR INTERNACIONAL: En Enfermedades Venéreas y Treponematosis 1948-63, II: Sífilis Venéreas, Crónica de la O.M.S. 18- (12): 495-507, Dic. 1964.
11. MOORE, JOSEHP EARLE; Sífilis 2a. Ed., Guatemala, Imprenta Universitaria, 1952, pp. 15-65,
12. ROJAS, ARMIJO; Curso de Epidemiología; Chile, Editorial Andrés Bello, 1959, pp. 180-189.
13. SALAS, ANTONIO CAMPO; Sífilis, Chancro Blando, Linfogranuloma Venéreo, Granuloma Inguinal, 2a. Ed., México, Editorial del Ministerio de Salubridad, 1957, pp. 15-64.

Vo.Bo.   
Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

Br. LUIS AUGUSTO GONZALEZ PORTILLO

Dr. CARLOS A. GONZALEZ QUEZADA  
Asesor

Dr. ARTURO GARCIA VALDES  
Revisor

Dr. JOSE FAJARDO  
Director departamento de Medicina

Dr. Manuel Arias Tejada  
Secretario Interino

Dr. Julio de León M.  
Decano