

"CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO Y TERAPEUTICO DE LA SIFILIS PRIMARIA"

Estudio retrospectivo, efectuado en el Centro de Salud número dos,
zona cinco de la Ciudad de Guatemala con pacientes atendidos en el
período comprendido desde el año 1992 a 1996

OSCAR LEONEL BENAVENTE SANTIZO

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	PAGINA
I.	INTRODUCCION
	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA
	2
III.	JUSTIFICACION
	4
IV.	OBJETIVOS
	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA
	7
VI.	METODOLOGIA
	27
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS
	32
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
	46
IX.	CONCLUSIONES
	49
X.	RECOMENDACIONES
	50
XI.	RESUMEN
	51
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
	52
XIII.	ANEXOS
	54

INTRODUCCION

El presente estudio fue realizado en el Centro de Salud de la zona 5, ciudad capital. Se analizaron los registros clínicos de los años 1992 a 1996.

El objetivo primordial fue caracterizar epidemiológica y terapéuticamente la Sífilis Primaria en dicho Centro de Salud.

Se estudiaron un total de 9,851 registros clínicos de Sífilis Primarias, se encontró que la incidencia de casos por Sífilis Primaria en los cinco años estudiados fué de 2.31%.

Se encontró que la población más afectada fueron personas jóvenes, especialmente mujeres, que van entre las edades de 15 a 19 años con un porcentaje de 32.02%, también es afectada la población económicamente activa. La fuente de infección fue el 100% por contacto sexual, presentando como signo y síntoma principal el chancro genital, en ambos sexos. El diagnóstico clínico se confirmó con el examen de VDRL en un 100%.

El tratamiento de elección fue la penicilina Benzatínica, como tratamiento alternativo por reacciones de alergia a la penicilina se utilizó la Eritromicina y la Tetraciclina. La principal recomendación es que se efectúe el seguimiento periódico de los casos tratados, para comprobar la efectividad del tratamiento.

DEFINICION DEL PROBLEMA

La Sifilis constituye una enfermedad endémica, que afecta a la población sexualmente activa. A nivel mundial, se sabe que, de la población expuesta al contagio, aproximadamente un 10% adquiere la enfermedad afectando más a hombres que a mujeres, población urbana, y al grupo etáreo comprendido entre los 15 y 34 años. (3)

En nuestro medio, la Sifilis, así como otras enfermedades de transmisión sexual -ETS- se han descuidado en cuanto a su vigilancia epidemiológica, talves porque las autoridades de salud, incluyendo al Ministerio de Salud Pública. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, han dado mayor énfasis al estudio del VIH/SIDA, lo cual es totalmente comprensible, dada la magnitud de dicha enfermedad y su reciente "explosión" a nivel continental. Coincidentemente se ha descrito recientemente a la Sifilis como una de las ETS con alto riesgo de ser contraída conjuntamente con el VIH/SIDA. (4,5)

Se considera de suma importancia efectuar un estudio actualizado, caracterizando a la Sifilis en lo que respecta a los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, durante los últimos cinco años. Se seleccionó para este propósito el Centro de Salud No. 2, de la zona 5 de la ciudad de Guatemala, por disponer de dos clínicas médicas para la atención exclusiva de pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles. En este centro asistencial aparte del diagnóstico clínico, se comprueba después con el examen de laboratorio de V.D.R.L y se les indica

el tratamiento respectivo. Es de hacer notar que solo en este centro asistencial se diagnostican alrededor de 12 casos mensuales en promedio, por lo que los datos que a nivel nacional presenta la oficina de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de notificación obligatoria entre las que se encuentra la Sifilis demuestran el tremendo subregistro ya que el número de casos reportados a nivel nacional es mínimo comparado con la verdadera magnitud del problema, además no hay mayores datos de aspectos importantes de esta enfermedad como lo son la Neurosifilis y la Sifilis Congénita. (3,4)

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La Sifilis ha acompañado al hombre a través de los siglos. A finales de la década de los 40s, A. Fleming descubrió la Penicilina, lo que vino a dar un cambio mayúsculo en la antibioterapia, siendo utilizada para tratar innumerables enfermedades, incluyendo a la Sifilis, la cual casi desapareció del mapa de las ETS. Sin embargo, con los años, fue aumentando la incidencia de casos, por varias situaciones, como la revolución sexual de los años sesenta por una parte, y el descuido de las autoridades de salud, por la otra, por no ser una enfermedad que se pudiera decir "explosiva", como por ejemplo, el Cólera Morbus en los años noventa, sino por el contrario es una enfermedad lenta, pero también grave. (15)

En Guatemala, donde es sabido que existe un enorme subregistro en lo que respecta la ETS, se ha reportado según la Dirección General de Servicios de Salud tasas de incidencia de Sifilis de 16.62 x 100,000 habitantes (1,987), 9.38 casos x 100,000 habitantes, (1,990) y una tasa de 14.38 casos x 100,000 habitantes para 1,994, el cual es el último dato disponible. (4,5)

Durante los últimos seis años se ha estudiado las ETS a nivel de tesis de pregrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, enfatizando en los siguientes dos aspectos:

- a) Conductuales ("CAPs"), y
- b) VIH/SIDA.

Respecto a la Sifilis, únicamente se efectuaron dos estudios, ambos en la cabecera municipal de Santa Lucía

Cotzumalguapa, departamento de Escuintla, trabajándose con grupos de alto riesgo (trabajadores del sexo). (8)

En la primera (Estrada Erick, 1990), se encontró un 44.6% de casos de Sifilis, en un total de 74 casos de alto riesgo analizados con las pruebas RPR y FTA-ABS. La edad predominante osciló entre los 18 a 33 años. El segundo estudio (Morales Blanca, 1,990) reportó un 58.8% de casos con VDRL positivo, de un total de 51 trabajadoras del sexo. (8)

Se sabe que las dos muestras analizadas son muy limitadas y debemos reconocer también que, fueron enfocadas hacia grupos de alto riesgo de contraer ETS. (5)

Sin embargo los resultados obligan a reflexionar respecto a la potencial transmisión de la enfermedad hacia una enorme cantidad de personas sexualmente activas. (9)

Por lo anterior se decidió efectuar un nuevo estudio sobre la Sifilis, haciendo énfasis en los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, en un medio donde podremos disponer de información sobre casos de ambos sexos, y con diferente características de edad, estado civil, profesión, etc. registrados en los archivos del Centro de Salud No. 2, zona 5 de la ciudad capital, del año 1,992 hasta el año 1,996. (5)

El propósito fundamental es obtener información de base para contribuir a la planificación de acciones en el combate de esta enfermedad. (5)

OBJETIVOS1. GENERAL:

Caracterizar el comportamiento epidemiológico, clínico y terapéutico de la Sifilis Primaria en pacientes que acudieron al Centro de Salud No. 2 en la Ciudad de Guatemala en el periodo comprendido entre 1,992 a 1,996.

2. ESPECIFICOS:

Respecto a los casos de Sifilis Primaria, determinar lo siguiente:

1. La incidencia de casos por año.
2. El sexo más afectado.
3. El grupo etareo más afectado.
4. Las ocupaciones más relacionadas con la enfermedad.
5. Motivo de consulta.
6. Conocimiento de la fuente de infección.
7. Signos y síntomas encontrados.
8. Antecedentes de ETS.
9. Método (s) diagnóstico utilizado (s).
10. Tratamiento instaurado.
11. Reacciones secundarias al tratamiento.
12. El seguimiento dado a los casos.

REVISION BIBLIOGRAFICA: SIFILIS1. HISTORIA

La historia de la Sifilis es interesante, pues la forma de como embistió contra la ya por entonces vieja Europa, en las postrimerias del siglo XV, con su diseminación posterior, ha impresionado la imaginación de médicos y no médicos, literatos y hombres comunes a lo largo de los años. Los médicos de esa época la llamaron "Great pox", para diferenciarla de la viruela, a la que llamaron "Small pox". (3)

No todos los historiadores médicos comparten la idea de que Colón llevó consigo la sifilis del nuevo mundo. Para algunos, la epidemia del siglo XV fue resultado de una mutación, que convirtió a un padecimiento de baja virulencia, y que durante siglos había permanecido endémico, en un auténtico flagelo con elevado potencial de contagio. (3)

Según algunas fuentes históricas, el origen de la sifilis en Europa se remonta al primer viaje de Colón al nuevo continente en 1493: el gran almirante portaba en las entrañas de la Niña, no solamente plantas exóticas, oro y nativos de las indias sino también a varios tripulantes desesperadamente enfermos, entre ellos, al propio timonel de la nave. Estos marinos enfermos fueron examinados y tratados por el médico Ruy Díaz de Isla, que ejercía en Barcelona por esos tiempos. La historia de Díaz de Isla ofrece la prueba más poderosa del origen americano de la enfermedad: no hay duda que la entidad es la misma que vemos hoy. Muchos marinos de la expedición de Colón eran jóvenes y estaban enfermos, aunque

en una etapa latente, de modo que fue natural para ellos viajar por toda Europa, relatando la historia del gran viaje del descubrimiento, siendo apreciados por los hombres, y solicitados por las mujeres. Ya que la enfermedad era altamente infecciosa y se diseminó en progresión geométrica, parece no haber sido del todo imposible para ellos diseminarla a todo lo largo y ancho de Europa, por medio de sus contactos. (7).

Este médico barcelonés, quien manifestó no conocer semejante afección ni siquiera de oídas, establece enfáticamente que la sífilis era desconocida en Europa antes de 1493, habiendo sido introducida en Barcelona por los hombres de la armada de Colón a su retorno de la Española -actualmente Haití- llamando a la enfermedad "Enfermedad de la isla de la Española". (7).

Nuevos casos surgieron en varias ciudades españolas, y no fue sino hasta 1494 cuando el mal afloró en forma epidémica, durante una batalla por el control de Nápoles. En 1495 apareció en Alemania y Suiza; en Hungría y Rusia en 1499; en Asia, la enfermedad se presentó después de la visita de exploradores portugueses.

Por todas partes donde la enfermedad fue reportada como nueva, se le dieron nombres que intentaron desviar la responsabilidad hacia los otros: los italianos la llamaron enfermedad francesa o española, los franceses, enfermedad napolitana, los ingleses, enfermedad francesa, los rusos, enfermedad polaca, para los turcos era el mal cristiano... y para los españoles también fue considerada la maldición de Venus llegada de las indias. (6)

El conocimiento de las características clínicas de la enfermedad se desarrolló rápidamente en el siglo XVI, ante la preocupación de los círculos médicos por la gran epidemia.

Francastoro (1483-1553), médico veronés y poeta, en 1503 compuso un largo poema sobre las desventuras de un pastor llamado "Syphilus", quien recibió del sol el castigo por un insulto dando este nombre a la enfermedad. Este médico desarrolló una teoría sobre el origen microbiano de las enfermedades, y la naturaleza transmisible de la sífilis por medio del acto sexual. Francastoro escribe: "La Sífilis no es comunicable a distancia; se precisa que dos cuerpos ardan juntos, como en el momento del coito". Y pasa a describir la enfermedad de la siguiente manera: "Sólo tiene que ver con el hombre, sólo él es su víctima. En el cuerpo humano, ataca primero la sangre, y, no alimentándose de los fluidos grasientos y viscosos, se adhiere a la grasa y sus humores corrompidos. Después de haber contraído el germen contagioso, la víctima de este flagelo no suele presentar lesión alguna, antes que la luna haya cumplido cuatro viajes. En este periodo, invade al paciente una extraña postración que deprime todo su ser; siente la mente pesada, los miembros flojos y débiles, incapaces de sostenerlo, la mirada pierde brillo, la expresión, vivacidad, y la faz se torna pálida. El virus es transportado por los órganos de la generación, desde donde se irradia a las partes vecinas y a la región inguinal. Poco después aparecen síntomas mejor definidos, pues súbitamente aparecen atroces dolores en los miembros, donde producen

horribles erupciones, extendiéndose los exantemas por todo el cuerpo y el rostro, al que convierte en repulsiva máscara. Estas erupciones desconocidas en nuestros días, consisten en pústulas y granos cónicos, que al estar repletos de líquidos corrompidos, no tardan en abrirse dando salida a un líquido sanioso, mucoso y virulento. Otras veces, la piel exhala espesos humores que, al disecarse, forman repugnantes costras sobre la superficie de los tegumentos; estas secreciones se asemejan a los jugos viscosos que brotan del cerezo o almendro, condensándose en forma de cayos gomosos en la corteza de estos árboles. Tanto de día como de noche, recrudece sus dolores". (6).

Alarmados por el elevado saldo dejado por la epidemia, los gobiernos de las localidades actuaron con energía para controlar los focos de la infección. A los viajeros aquejados por el padecimiento se les vedó el ingreso a la mayoría de países europeos y en muchas ciudades los infectados eran sometidos a cuarentenas; los baños públicos y las mancebías fueron clausurados, advirtiéndose a las prostitutas que serían marcadas en la mejilla, al continuar recorriendo las calles, y en Venecia se les confinó a un distrito marcado por un farol rojo. También se establecieron hospitales especiales para este mal. En el siglo XVIII fuera del celibato, no existía medio seguro para evitar la sífilis, pero si había recursos para disminuir los riesgos: uno de los más importantes fue el dispositivo llamado "condón". Otros métodos preventivos resultaban imprácticos para el hombre o la mujer comunes de la época. (6,9).

El desarrollo de los conocimientos sobre la Sífilis continuó

rápidamente durante los siglos XVII y XVIII, pero se estancó considerablemente después del experimento de autoinoculación por John Hunter, que lo llevó a considerar a la Sífilis y a la Gonorrea como una misma enfermedad. En el siglo XIX Phillips Ricord separó de nuevo dichas entidades y Jean Alfred Fournier fue un extraordinario conocedor de las características evaluativas de la enfermedad, así como sistematizó el tratamiento con mercurio y yoduros, insistiendo en prevenir el matrimonio de individuos infecciosos o potencialmente infecciosos. (10)

En el año 1905, Fritz Schaudin y Erich Hoffman descubrieron el *Traponema pallidum* en el suero de las lesiones secundarias, siendo confirmado en 1906 por Landsteiner por microscopía en campo oscuro. También en ese año, August Von Wassermann describió el test de fijación del complemento, y en 1910, Paul Ehrlich introdujo el tratamiento con arsenicales. (10)

En Oslo, Noruega, las investigaciones de Boeck y Bruusgaard respecto a lo inadecuado de la terapéutica específica en ese tiempo, los llevó a evitar el tratamiento de la Sífilis Primaria y Secundaria por un periodo de 20 años (1891 a 1910); para proteger de la infección a la comunidad, hospitalizaron a sus pacientes hasta que todas las trazas de la enfermedad habían desaparecido (de uno a 12 meses). En 1929, Bruusgaard reportó el estudio continuado de 473 de tales pacientes, e informó acerca del desenlace de la sífilis no tratada, sentando las bases para su pronóstico. A raíz de la introducción de la Penicilina en el tratamiento de la sífilis por John F. Mahoney, 1943-1944, se pensó que aquella había sufrido un golpe de muerte. Sin embargo,

a finales de la década de 1950, al despuntar la revolución sexual el número de casos de Sifilis Primaria y Secundaria volvió a crecer; en la unión americana, p. ej. la proporción por cada 100,000 habitantes se elevó, de 3.9 en 1957, a 12 en 1975. Desde 1982, el número de casos ha disminuido sensiblemente de nuevo. (10)

Definición:

La Sifilis es una enfermedad infecciosa producida por el *Traponema pallidum*, que se manifiesta como una enfermedad crónica con periodos sintomáticos subagudos, separados por intervalos asintomáticos, durante los cuales es posible realizar el diagnóstico, mediante pruebas serológicas. (12)

La Sifilis es notable entre las enfermedades infecciosas por su gran variedad de presentaciones clínicas. Si no es tratada, progresa a fases primaria, secundaria y terciaria. Las dos primeras fases son infecciosas, habiendo curación espontánea de éstas seguido de un largo periodo de latencia. Aproximadamente en un 30% de pacientes no tratados, aparece la enfermedad tardía del corazón, sistema nervioso y otros órganos. (12)

Clasificación

Son numerosas las etapas clínico-serológicas, según los autores clásicos Stockes, Beerman e Ingraham: inoculación y periodo primario de incubación primario, periodo secundario precoz, periodo secundario tardío, periodo recurrente temprano, periodo recurrente tardío y latente. Sifilis tardía (Terciaria o gomosa), y Sifilis tardía degenerativa (Cuaternaria). (6,12)

El conocer las manifestaciones clínicas permite ubicar a los

enfermos en las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad, posibilitando el mejor manejo terapéutico y pronóstico del paciente. Hasta hoy, el diagnóstico se ha realizado por clínica y laboratorio; dentro del mismo se dispone del examen directo en campo oscuro, las pruebas serológicas VDRL y FTA, el examen de LCR (Líquido Cefalorraquídeo), y más raramente, el de anatomía patológica. (6,12)

En los últimos años, con el advenimiento de nuevas pruebas serológicas, tales como las que analizan los niveles de complejos inmunes circulantes, se ha propuesto una mayor interacción entre el sistema inmune y la producción de lesiones en el transcurso de la sifilis, aunque no se ha podido determinar exactamente la inmunopatogenia de ésta. Simultáneamente, el empleo de pruebas muy sensibles, ha permitido detectar lesiones neurológicas hasta ahora no aparentes, tal como sucede con el empleo de los potenciales evocados auditivos.

Epidemiología:

La Sifilis se adquiere casi exclusivamente por contacto sexual, de lesiones infecciosas, en las etapas primaria y secundaria (chancho, placas mucosas, condiloma lata), aunque también se puede adquirir por vía transplacentaria, transfusiones sanguíneas y, ocasionalmente en trabajadores de la salud, al examinar pacientes infectados, con fomites, niños de padres infectados, al dormir en la misma cama. (1,3)

Esta enfermedad es más frecuente entre las edades de 15 a 19 años, predominio del sexo masculino, hasta en una proporción de 3:1, y en la raza no blanca. (3)

La infección por vía sexual se desarrolla en alrededor de un 30 a un 50% de los compañeros sexuales de pacientes con lesiones sifilíticas, pero no se conoce el riesgo de contraer la enfermedad que lleva aparejada una sola exposición sexual. (3)

Los estudios de pacientes recidivantes con ETS; que son representativos de pacientes con Sifilis, demuestran índices mayores de familias desintegradas, enfermedad mental, edad más temprana de actividad sexual y mayor promiscuidad. (1)

Etiología:

Dentro de las espiroquetas, hay tres géneros que son patógenos para el hombre y muchos otros animales: *Leptospira*, *Borrelia* y *Treponema*, siendo este último quien causa las enfermedades conocidas como *Treponematosis* (Frambesia, Pinta, Bejel, Sifilis). *T. pallidum* es el agente causal de la sifilis. (11).

T. pallidum es un microorganismo delgado, extremos ahusados de 6 a 14 espirales, midiendo entre 6 a 15 μm de longitud, y 0.15 a 0.2 μm de ancho. El microorganismo guarda considerablemente semejanza estructural con las bacterias Gramnegativas. Se forma una capa superficial de ácido hialurónico alrededor del germen, que puede contribuir a su virulencia. (6,11)

El citoplasma está rodeado por una membrana trilaminar, cubierta a su vez, por una fina capa mucopéptidica interna, el periplasto, que, al parecer, está compuesto por moléculas alternantes de N-acetil-glicosamina y N-acetil-ácido murámico, y le brinda cierta rigidez estructural, mientras que la membrana lipoproteínica externa es selectivamente permeable y

osmóticamente sensible. La estructura espiral se conserva por seis fibrillas, tres de las cuales emergen en cada extremo del microorganismo enrollado al cuerpo celular por un espacio que se encuentra entre la cara interna de la pared celular y la membrana celular externa, y que probablemente son los elementos contráctiles causantes de la motilidad. (6,11,12)

El único huésped natural que se conoce para *T. pallidum* es el ser humano, aunque también se ha encontrado en ciertos monos y antropoides superiores. (6)

No ha sido posible cultivar *T. pallidum* in vitro: sólo unas cuantas cepas se han aislado en conejos, estudiándose que es un microbio microaerófilico a aerófilico. Debido a este problema, se dispone de pocos datos sobre la diversidad genética, principalmente en su estructura antigénica. (11)

La multiplicación de los gérmenes es muy lenta, con un tiempo de división en el conejo de aproximadamente 33 horas; en forma similar, el crecimiento lento de los treponemas en humanos el periodo de incubación relativamente largo, y la naturaleza duradera de la enfermedad. (11)

Fisiopatología:

El *T. pallidum* puede penetrar al organismo a través de mucosas intactas, e introducirse por pequeñas soluciones de continuidad del epitelio córneo. La espiroquetemia se produce en etapas precoces, incluso antes que aparezcan las primeras lesiones o de que las pruebas serológicas se hagan positivas. La concentración de treponema alcanza cuando menos 10^7 por gramo de tejido antes de surgir lesiones clínicas. (6,12)

Se ha calculado que la dosis infecciosa 50 (DI50) es de 57 microorganismos, lo que sugiere que al adquirir la enfermedad en forma natural, el inóculo promedio es de 500 a 1000 microorganismos, considerando de 21 días el promedio de incubación. (6)

La lesión anatomopatológica primaria de la Sifilis es endarteritis focal obliterante, que produce disminución del flujo sanguíneo. Aumentan las células adventicias, ocurre proliferación endotelial y existe un manguito inflamatorio alrededor de los vasos afectados; predominan los linfocitos, monocitos y células plasmáticas en la lesión inflamatoria. La luz del vaso con frecuencia queda taponada: al ocurrir la curación, hay considerable fibrosis. (6,12)

La lesión primaria aparece a nivel de la inoculación, persistiendo 2 a 6 semanas, y cicatriza espontáneamente. En ese momento puede demostrarse histológicamente en el chancro lo siguiente: T. pallidum en los espacios entre las células epiteliales, dentro de las invaginaciones o fagosomas de las mismas; fibroblastos, células plasmáticas y células endoteliales de los capilares pequeños, dentro de los conductos linfáticos y en los ganglios linfáticos regionales. También puede observarse macrófagos captando treponemas en sus vacuolas fagocitarias, donde aquéllos son destruidos. (2,3)

Las manifestaciones mucocutáneas, generales y parenquimatosas generalizadas de la Sifilis secundaria, aparecen 6 a 8 semanas después que cicatrizó el chancro, aunque un 15% de los pacientes presentan chancro persistente. Las lesiones tienen

características histopatológicas de hiperqueratosis de la epidermis proliferación capilar, con edema endotelial en el corion superficial, y papilas dérmicas con transmigración de leucocitos polimorfonucleares; en el corion profundo se observa infiltración perivascular de monocitos, células plasmáticas y linfocitos. La linfadenopatía se caracteriza por hiperplasia folicular intensa, infiltración histiocítica y depleción linfocitaria de las áreas paracorticales, donde son más abundantes los treponemas. (3)

La reacción granulomatosa es también frecuente en la sifilis secundaria y tardía. El granuloma, desde el punto de vista histológico, es inespecífico. El resto de las lesiones terciarias es causado por una endarteritis obliterante de los pequeños vasos, que generalmente afecta los vasa vasorum de la aorta ascendente y, con menor frecuencia, del SNC. (3)

Manifestaciones clínicas:

El chancro aparece de 10 a 90 días, promedio 21 días, después de la exposición a un contacto sexual.

El chancro comienza como una pápula, pero se encuentra una erosión superficial que resulta en la úlcera característica indurada, de consistencia cartilaginosa, indolora y de base limpia. (6). La mayor parte de los chancros son únicos, pero a veces se observa úlceras múltiples, es especial cuando los pliegues de la piel quedan expuestos ("Chancros que se besan"). (12)

Anteriormente se creía que el 90% de los chancros ocurría en la región genital; en la actualidad se observa una proporción

mayor de chancros no genitales, en especial en varones homosexuales (boca, conducto anal o recto). En mujeres, los sitios más frecuentes son los labios y el cuello uterino. Recordando que pueden aparecer en cualquier otra parte del cuerpo, desde hacerse el diagnóstico diferencial con cualquier otra lesión ulcerosa, sea cual fuere su localización anatómica. (6,12)

Se ha observado también la asociación de otros agentes infecciosos causantes de lesiones tipo chancroide, como lo son el H. ducrey y el Herpes genital (HSV-II). La asociación más común es con el primero, llamándose a la lesión chancro mixto, o de Rollet. (6)

El diagnóstico diferencial del chancro incluye al HSV-II, linfogranuloma venéreo, chancroide, granuloma inguinal, lesiones traumáticas, erupciones por fármacos, carcinoma, infecciones superficiales por hongos y liquen plano. (6).

El chancro cura dentro de los límites de 2 a 12 semanas, pero la linfadenopatía puede persistir durante varios meses. Los ganglios están indurados, no supuran y son indoloros; la linfadenopatía inguinal es bilateral, y aparece tanto con el chancro general como con el anal. Comúnmente hay cambios hepáticos, pero suelen ser subclínicos. (1,3).

En la Sifilis secundaria, las manifestaciones se presentan a las 2 a 8 semanas después de la aparición, del chancro, aunque a veces tardan hasta 6 meses en aparecer. Por otra parte, algunos pacientes nunca descubren la lesión primaria, presentando en primer lugar, las manifestaciones clínicas de la Sifilis

secundaria. (1,3)

En este estadio, la Sifilis se manifiesta como una enfermedad sistémica, iniciando con cefalea, dolor de garganta, febrícula y, ocasionalmente, secreción nasal. (1)

La enfermedad progresa con el desarrollo de adenopatías y lesiones de la piel y mucosas. La adenopatía aparece en un 75% de los casos y a menudo es generalizada. La adenopatía epitroclear es frecuente y su presencia siempre ha de sugerir la posibilidad de Sifilis secundaria. (1)

Hay lesiones cutáneas en el 80% de los pacientes, pero su aspecto es variable, confundiendo con otros procesos. Las lesiones más frecuentes son las maculas, que por lo general se presentan en muslos, abdomen y tronco; casi siempre bilaterales y simétricas, suelen seguir los pliegues de la piel y su color recuerdan el del jamón cocido; a veces son un poco pruriginosas. Cuando hay erupción, afecta siempre los genitales y suele ser importante en las palmas de las manos y plantas de los pies. También son frecuentes las lesiones maculopapulares, y a veces se presentan lesiones foliculares, que causan alopecia en placas en el cuero cabelludo y barba. (1,3)

Las mucosas están afectadas en más de la mitad de los casos. Pero las lesiones pueden ser poco evidentes. Cerca de un tercio de los pacientes desarrollan placas mucosas, que son ulceraciones ovales indoloras, recubiertas por una membrana gris o amarilla. (6)

Los condilomas planos son lesiones hipertróficas parecidas a las verrugas, que se desarrollan en áreas corporales húmedas. Se

descubren con frecuencia en la región perianal o en la vagina y no corresponden a los puntos de inoculación, sino aparecen como resultado de la diseminación hematógena de las espiroquetas, siendo altamente infecciosas. (1,3)

El SNC está afectado en casi un tercio de pacientes, en forma asintomática, apareciendo meningitis aguda en el 2%. (3)

La Sifilis secundaria va ocasionalmente acompañada de hepatitis y glomerulonefritis por inmunocomplejos, uveitis y también osteitis. (3)

Este período secundario suele durar de 2 a 6 semanas, incluso sin tratamiento. Algunas de las lesiones curan, dejando cicatrices. Es probable que recurran los condilomas lata, Sifilis recurrente. Las manifestaciones dérmicas tienden a ser unilaterales, y las erupciones más densas y notables. (1,9)

Sifilis latente: por definición, la Sifilis latente es la fase en que no existe signos clínicos y el LCR es normal. La latencia comienza al terminar el primer ataque de Sifilis secundaria, y puede durar toda la vida. Suele descubrirse por la presencia de anticuerpos positivos contra el *T. pallidum*. (1)

La fase latente se ha dividido en dos estadios: primaria y tardía, considerándose la latencia temprana menor de 4 años. Cerca de un tercio de casos cura espontáneamente de la enfermedad, y las pruebas serológicas muestran una vuelta gradual a la normalidad. Otro tercio de casos mantiene el estado serorreactivo y, seguramente, también el estado de latencia, pero no vuelve a presentar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. El otro tercio desarrolla Sifilis terciaria. (1)

La Sifilis tardía o terciaria es la fase destructiva de la enfermedad y puede ser incapacitante. En este período, la enfermedad no es infecciosa. (1)

Se distingue tres tipos principales de afección: Sifilis benigna, Tardía-gomatosa, Sifilis cardiovascular y Neurosifilis. (1,3)

NEUROSIFILIS

El sistema nervioso central está afectado en aproximadamente un 8% de los pacientes con Sifilis tardía no tratada. La Neurosifilis puede ser asintomática meningovascular, tabes dorsal y parálisis generalizada progresiva. La Neurosifilis se puede diagnosticar mediante la prueba de VDRL en el líquido cefalorraquídeo. En los pacientes con Neurosifilis no tratada, la posibilidad global de que progrese a Neurosifilis sintomática, el intervalo entre la infección y el inicio de los síntomas es de pocos meses hasta 12 años (promedio 7 años). (1,3,16).

La Sifilis meningovascular secundaria que se da en estos casos es consecuencia de la endoarteritis y suele manifestarse en forma de crisis convulsivas o accidentes cerebro-vasculares (5 - 10 años después de la infección inicial) y también existe una afección de los pares craneales. (1,16)

La parálisis general progresiva se manifiesta como un trastorno de las funciones cerebrales superiores. Los individuos afectados sufren cambios de personalidad, y a menudo caen en estado de delirio y demencial, con cierta frecuencia en la Neurosifilis se encuentra el síndrome de Argyll-Robertson, que se caracteriza por encontrar una pupila pequeña que no reacciona a

los cambios de luz, pero sí a los de acomodación. La enfermedad responde bien al tratamiento con penicilina entre más temprano se proporcione, aunque aproximadamente un tercio de los pacientes pueden sufrir cambios neurológicos por un tiempo prolongado aún con tratamiento. (1,3,16).

La Tabes dorsal es el resultado de la lesión de los cordones posteriores y de las raíces dorsales de la médula. Se manifiesta por una pérdida de la sensibilidad vibratoria y receptiva que conduce a la típica marcha asimétrica y dificultosa. También hay dolores intensos en distintas partes del cuerpo, impotencia y disfunción vesical incluso el paciente puede perder la sensibilidad al dolor, ya que puede haber degeneración trófica y de las articulaciones, llamándose a este signo, articulaciones de Charcot, también puede presentarse en algunos pacientes atrofia óptica. (1, 3, 12, 16).

SIFILIS EN EL EMBARAZO:

La Sifilis en el embarazo es un problema esencial, ya que el producto se infecta después del quinto mes del embarazo por el paso del *T. pallidum* a través de la placenta, esto suele ocurrir en mujeres con Sifilis temprana no tratada, pero también se observa en la Sifilis tardía. El embarazo complicado con Sifilis puede terminar en aborto espontáneo, muerte del producto, parto prematuro o a término, con el producto infectado. La infección materna se atenúa con la evolución de la enfermedad, y la posibilidad de transmisión al feto disminuye con los embarazos subsecuentes. (3,10,12)

SIFILIS CONGENITA

La Sifilis congénita infantil es a menudo una infección generalizada, estos niños están gravemente enfermos, deshidratados y desnutridos. Las manifestaciones más comunes de la enfermedad consisten en lesiones cutáneas, fisuras y condilomas, rinitis persistente, hipersensibilidad en los huesos largos y pseudoparálisis. Si la Sifilis congénita no es tratada a tiempo con los años se va a encontrar Sifilis tardía que se manifiesta después de los dos años de edad y aún más tarde en el segundo decenio de la vida con signos de ataque al sistema nervioso central, como sordera, atrofia óptica y parálisis juvenil. El pronóstico de la Neurosifilis congénita tardía muestra a menudo estigmas típicos, tales como la hipoplasia del espacio interdentario (dientes de Hutchinson), prominencia de los huesos frontales, paladar muy convexo y tibia en sable. El primer molar permanente también puede estar afectado y muestra un aspecto característico.

La queratitis intersticial es una complicación frecuente, en ocasiones puede asociarse con hirsutismo de la rodilla (sinovitis de Clutton). El tratamiento adecuado previo y en el embarazo previene la Sifilis congénita.

El diagnóstico diferencial de la Sifilis congénita incluye la toxoplasmosis, citomegalovirus, rubeola y herpes virus. (3,10,12).

DIAGNOSTICO:

Aunque la historia y examen clínico del paciente aporten datos importantes, son necesarios los exámenes de gabinete, siendo los principales el de campo oscuro y las pruebas

serológicas. El primero es el medio definitivo para establecer el diagnóstico, pues se descubre la espiroqueta, de morfología y movilidad características. (2).

Inmunofluorescencia directa: esta prueba utiliza anticuerpo antitreponémico policlonal conjugado con fluoresceína, para descubrir al microorganismo en los frotis preparados de lesiones sospechosas. Se ha mejorado esta técnica utilizando un anticuerpo monoclonal específico para treponemas patógenos. Se ha demostrado que es ésta prueba tan sensible y específica como la microscopía de campo oscuro. (2,11).

Pruebas serológicas específicas: la más importante es la de inmovilización de *T. pallidum* (TPI), que, cuando se efectúa adecuadamente, es casi específica para la infección por *T. pallidum* o espiroquetas patógenas afines. (2,11).

La prueba más utilizada es la de absorción de anticuerpos fluorescentes para treponemas (FTA-Abs). Para esta prueba, se observan el suero del paciente con extractos de treponemas cultivables no patógenos, para quitar el anticuerpo del grupo para treponemas que produce reacciones cruzadas; el suero absorbido se hace reaccionar con *T. pallidum* seco sobre una laminilla de vidrio, y se descubre anticuerpos específicos contra treponema, al añadir gamaglobulina antihumana marcada con fluoresceína. (2, 11).

Pruebas serológicas no específicas: las más utilizadas son la prueba rápida de la reagina plasmática (RPR), que puede ser automatizada (ART), y la prueba en laminilla, VDRL, es la más barata y fácil de practicar, estando bien estandarizada, por lo

que es considerada la prueba de elección. Comienza a ser positiva 1-2 semanas después del inicio del chancro, siendo positiva en el 99% de pacientes con Sífilis secundaria, tendiendo a disminuir la reactividad en la Sífilis tardía. (2,11).

El título cuantitativo de la prueba es de utilidad en el diagnóstico y para vigilar la respuesta terapéutica. La respuesta de la Sífilis temprana al tratamiento debe determinarse cuantitativamente uno, tres, seis y doce meses después del tratamiento, haciéndose negativa en tres a doce meses en un 85% de pacientes. En la Sífilis secundaria se hace negativo a los 24 meses y en la tardía dura años, o persiste positivo durante el record de la vida del paciente. (2,3,11).

En la práctica, la mayoría de clínicos deben familiarizarse con las tres indicaciones que tienen las pruebas serológicas en Sífilis: 1) Para probar gran número de sueros, con fines de selección o diagnóstico (P. ej. RPR o VDRL); 2) Para medir el título de anticuerpos reagínicos, con el fin de estimar la actividad clínica de la Sífilis, o para vigilar el título de reagina en respuesta al tratamiento (P. ej. DVRL o RPR); y 3) Para confirmar el diagnóstico de Sífilis en un paciente con una prueba positiva de reagina, o con sospecha clínica de Sífilis (P. ej. DTA-Abs o TPI). (2, 11).

TRATAMIENTO:

Muchos autores están de acuerdo en que la penicilina G es el fármaco de elección para todas las etapas de la Sífilis. No hay pruebas que indiquen que *T. pallidum* halla desarrollado resistencia alguna frente a la penicilina u otros antibióticos,

sin embargo, la observación reciente de un plásmido DNA en el microorganismo, sugiere la posibilidad de que este adquiera en el futuro una resistencia antibiótica mediada por plásmidos. (2,7).

Otros antibióticos que también son activos, son las tetraciclinas, la eritromicina y las cefalosporinas. (2,7)

El tratamiento recomendado con penicilina es el siguiente: para la Sifilis primaria, secundaria, temprana, latente y tratamiento epidemiológico: penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. en dosis única, o bien penicilina G procainica 600,000 unidades I.M. diarias por 8 días. (7)

Para la Sifilis latente tardía o latente de duración incierta y si el LCR es normal, administrar penicilina G benzatínica, 2.4 millones de unidades I.M. semanalmente por 3 dosis, o bien penicilina G procaina, 600,000 unidades diarias por 15 días. Si el LCR es anormal, tratar como neurosifilis. (7)

Para la Neurosifilis, sintomática o no, penicilina B acuosa, 12-24 millones unidad IV/día, durante 15 días, seguida por penicilina G benzatínica 2.4 millones unidades I.M. semanal por 3 dosis o bien penicilina G procaina, 600,000 unidades I.M./día por 15 días. (5)

Más de la mitad de los pacientes tratados por Sifilis temprana con penicilina, presentan una reacción denominada Jarisch-Herxheimer. Suele empezar a las seis horas después de haberse iniciado el tratamiento y consiste en la aparición de fiebre, exherbación transitoria de las lesiones cutáneas y/o las adenopatías, artralgias ocasionales y en raros casos, hipotensión transitoria. La reacción suele ser breve desaparecer en menos de

24 horas. y se cree debida a la liberación de antígenos treponémicos tras la destrucción de los mismos. (6,11,5)

Para los pacientes alérgicos a la penicilina, tradicionalmente se recomienda: para la Sifilis primaria, secundaria, temprana latente y tratamiento epidemiológico: tetraciclina, 500 mg PO c/6 H. durante 15 días, o eritromicina, 500 mgPO C/6 H. durante 15 días. o eritromicina, 500 mg PO c/6 H. durante 15 días. (5,6)

Tratamiento con ceftriaxona: esta cefalosporina, perteneciente al grupo de las de tercera generación, ha demostrado ser eficaz contra todas las cepas de *T. pallidum*, siendo actualmente el antibiótico de elección en pacientes donde no puede ser utilizada la penicilina por hipersensibilidad, debiendo prestarse atención a la posibilidad de alergia cruzada. (1,2)

METODOLOGIA1. TIPO DE ESTUDIO: RETROSPECTIVO.UNIDAD DE ANALISIS

Boletas archivadas en el Centro de Salud No. 2. de pacientes con diagnóstico de Sífilis primaria, dentro del período comprendido del 1 de enero de 1,992 al 31 de diciembre de 1,996.

2. POBLACION

Todos los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de Sífilis primaria, incluidos en el período de estudio.

3. CRITERIOS DE INCLUSION:

- a) Boletas de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, con diagnóstico de Sífilis Primaria, que fueron evaluados y tratados en el Centro de Salud No. 2, zona 5 de Guatemala, capital durante el período comprendido del 1 de enero de 1,992 al 31 de diciembre de 1,996.
- b) Boletas que fueron debidamente registradas, por fecha, y que registraron todos los datos solicitados por el instrumento de recolección.

4. DEFINICION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIO- NAL	ESCALA DE MEDI- CION.	UNIDAD DE MEDIDA
Caso de Sífilis Primaria.	Paciente con presencia de chancro (s) luéticos en cualquier región corporal	Evidencia escrita del (los) diagnóstico de chancro (s) sífilíticos.	Ordinal	Número de Casos.
Incidencia anual de casos.	Número de casos nuevos de Sífilis Primaria en un año.	Registro Clínico de pacientes nuevos con Sífilis Primaria.	Ordinal	Tasa de incidencia
Sexo.	Género humano al que pertenece el caso.	Anotada en el registro clínico.	Nominal	Masculino, femenino.
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona desde que nació.	Tiempo, expresado en años.	Ordinal	Años.
Profesión, ocupación u oficio.	Actividad productiva o no, en que emplea la mayor parte de su tiempo una persona.	Lo registrado en la Historia Clínica	Nominal	Profesional, obrero, estudiante, comerciante, ama de casa, servicio doméstico, trabajadora del sexo.

Motivo de consulta.	Principal razón que motivó al paciente a solicitar consulta médica.	Registro clínico del motivo de consulta.	Nominal	Motivo de consulta.
Enfermedad de transmisión sexual (E.T.S.)	Enfermedad infecto-contagiosa transmitida por vía sexual.	Registro escrito de otra (s) E.T.S. asociadas con Sífilis Primaria.	Nominal	Chancroide Herpes genital, Gonorrea, Clamidia, Tricomonia sis, Papilomato sis, Candidia-sis.
Fuente de infección	Persona o medio que contagió al paciente con Sífilis Primaria.	Lo anotado como fuente de infección.	Nominal	Contacto sexual trans-fusión Sífilis en el embarazo otros.
Método diagnóstico.	Procedi-miento de laboratorio confirmativo del diagnós-tico clínico	Registro clínico del (los) método (s) diagnóstico (s) utilizado (s)	Nominal	VDRL, FTA ABS, RPR.
Tratamiento	Recurso (s) terapéuticos utilizado (s) para curar la Sífilis Primaria	Registro escrito del tratamiento instaurado	Nominal	Tipo de terapéuti-ca utilizada.
Reacción secundaria	Efectos indeseables atribuidos a la terapéutica instituida	Registro escrito de reacciones secundarias a medicamentos	Nominal	Diarrea, vómitos, prurito, rash.

Seguimiento	Controles posteriores efectuados en los casos de Sífilis Primaria para reevaluación.	Registro escrito de los controles efectuados a los casos.	Ordinal	Número de controles.
-------------	--	---	---------	----------------------

5. DEFINICION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Tratamiento	Recurso (s) terapéutico (s) utilizado (s) para curar la Sífilis Primaria	Registro escrito del tratamiento instaurado.	Nominal.	Tipo de terapéuti-ca utilizada
Reacción secundaria.	Efectos indeseables atribuidos a la terapéutica instituida.	Registro escrito de reacciones secundarias a medicamen-tos.	Nominal.	Diarrea, vómitos, prurito, rash.
Seguimiento	Controles posteriores efectuados en los casos de Sífilis Primaria para reevalua-ción.	Registro escrito de los controles efectuados a los casos.	Ordinal	Número de controles

6. RECURSOS

Físicos: Archivos del Centro de Salud No. 2 y registros clínicos.

Humanos: Investigador y personal administrativo del Centro de Salud No. 2.

7. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

El presente es un estudio retrospectivo, en el que no se tuvo relación personal con los pacientes. Sin embargo, los datos recabados serán manejados con estricta confidencialidad, y serán utilizados únicamente con propósitos científicos.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1

Total de Registros clinicos estudiados, e Incidencia de casos con diagnóstico de Sifilis Primaria, por año, que se encontraron en el Centro de Salud No. 2 de profilaxia sexual, zona 5 Guatemala, ciudad en los años 1,992-1,996*

AÑOS	NUMERO DE CONSULTAS	INCIDENCIA	PORCENTAJE
1992	963	23	10.00
1993	1,776	37	16.22
1994	1,612	34	14.91
1995	2,610	63	27.63
1996	2,890	71	31.14
TOTAL	9,851	228	100%

* NOTA: Sumados los porcentajes de los 5 años estudiados da una incidencia total de 2.31/% casos de Sifilis Primaria, en ese periodo de tiempo.

CUADRO NUMERO 2

Edad en años de los (las) pacientes con diagnóstico de Sifilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
10-14	13	5.70
15-19	73	32.02
20-24	75	32.89
25-29	35	15.36
30-34	19	8.33
35-39	8	3.50
40-44	05	2.19
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 3

Sexo de los pacientes con diagnóstico de Sifilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Femenino	197	86.41
Masculino	031	13.59
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 4

Estado civil de los pacientes con diagnóstico de Sifilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Soltero (a)	114	50.00
Casado (a)	13	5.70
Unido (a)	57	25.00
Divorciado (a)	25	10.97
Viudo (a)	19	8.33
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 5

Escolaridad de los pacientes con diagnóstico de Sifilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Alfabeta	216	94.73
Analfabeta	12	5.27
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 6

Ocupación de los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
- Trabajadora del Sexo	173	75.88
- Ama de casa	05	2.19
- Obrero	28	12.28
- Profesional	03	1.32
- Estudiante	19	8.33
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 7

Antecedentes de E.T.S. en pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

ANTECEDENTES	NUMERO	PORCENTAJE
Si	148	64.91
No	80	35.09
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 8

Tipo de E.T.S. en los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

ENFERMEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Gonorrrea	112	75.68
Clamidia	00	00.00
Papilomas	31	20.94
Herpes	05	3.38
TOTAL	148	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 9

Motivo de consulta de los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

MOTIVO DE CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
Flujo vaginal	75	32.89
Presencia de "grano en sus partes"	116	50.88
Control rutinario	37	16.23
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 10

Posible fuente de infección de los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

FUENTE DE INFECCION	NUMERO	PORCENTAJE
Contacto sexual	228	100
Transfusión	000	000
Sífilis en el embarazo.	000	000
Otros	000	000
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 11

Signos y síntomas encontrados de los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

SIGNOS Y/O SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAJE
Presencia de chancro único en genitales.	137	60.09
Presencia de chancros varios en genitales	35	15.35
Ausencia de chancro	17	7.46
Adenopatía satélite	39	17.10
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 12

Método diagnóstico utilizado en los pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

METODO DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Campo oscuro	000	000
VDRL	228	100
Otros	000	000
TOTAL	228	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 13

Tratamiento instaurado en pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Penicilina G Benzatinica	220	96.49
Eritromicina	008	3.51
Tetraciclina	000	00.00
Otro	000	00.00
TOTAL	220	100

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

CUADRO NUMERO 14

Reacciones secundarias al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Sífilis Primaria, que consultaron al Centro

de Salud No. 2 de Profilaxia Sexual, zona 5, Guatemala, 1,990-1,996.

REACCION SECUNDARIA	NUMERO	PORCENTAJE
Si (Penicilina)	005	02.19
No	223	97.81
TOTAL	228	100.00

Fuente: Registros clínicos del Centro de Salud.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La población estudiada mostró una predominancia etárea entre los grupos de 15 a 29 años (80.26%).

Es notoria la existencia de 13 casos entre el grupo menor de 15 años, lo que orienta pensar sobre el ingreso de menores de edad a la población sexualmente activa, con el consiguiente incremento del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

El género femenino abarcó un 86.41% de la población estudiada, estando este dato relacionado con la ocupación ya que la mayoría de la muestra restante, correspondiente al género masculino, está compuesta por obreros y estudiantes, totalizando un 19.30%.

Respecto del estado civil, la condición de soltería ocupó un 50%, a los que agregando los grupos de divorciados (as) y viudos (as), totalizan un 69.30%, dato que demuestra que entre la población soltera de ambos géneros, existe mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Dentro del rango de escolaridad, se concentró un amplio predominio de alfabetismo (94.73%). La escolaridad no fue analizada desde el punto de vista etáreo, por lo que desconocemos si la población analfabeta es joven o no.

Los trabajadores del sexo constituyeron, la ocupación predominante en el presente estudio, dado que es el grupo que asiste con mayor frecuencia a este Centro de Salud, el cual está orientado hacia el control y la profilaxia sexual. La situación socioeconómica consideramos que es el principal motivo de la

presencia de obreros y estudiantes dentro del género masculino.

Dentro de los casos registrados con antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (64.91%), la preeminencia de Gonorrea fue un dato esperado, tomando en cuenta la amplia difusión de dicha enfermedad entre grupos de alto riesgo como son las trabajadoras del sexo.

El contacto sexual fue la fuente de infección reportada en un primer y único lugar. Consideramos que, para investigar otras fuentes de infección (congénita, transfusional, etc.) los estudios correspondientes deberán dirigirse hacia el nivel hospitalario.

El signo del chancro constituyó el principal motivo de consulta (50.88%), siendo seguido por el flujo vaginal (32.89%), apareciendo el chancro como hallazgo incidental. Por último, un importante 16.23% fue detectado por medio del control rutinario, lo que viene a demostrar la importancia del mismo para la detección de enfermedad asintomática.

La presencia de chancro único o múltiple en los genitales fue el signo y/o síntoma encontrado en un 75.44% de los casos de Sifilis Primaria. Un 7.46% fue reportado sin hallazgo de chancro, explicándose este hecho por haber pacientes en período de incubación, pero con evidencia serológica de enfermedad. Adenopatía satélite inguinal se reportó en un 17.10% de los casos.

Por otra parte, dadas las condiciones del Centro de Salud estudiado, no encontramos más reporte sobre métodos diagnósticos que el del tradicional VDRL, el cual fue efectuado por una sola

vez como confirmatorio de Sifilis Primaria, sin encontrarse constancia escrita de un seguimiento de los casos.

Respecto del tratamiento farmacológico instaurado, la Penicilina G Benzatinica, en dosis de 2.4 millones de U.I. por vía I.M., sigue siendo aplicado como tratamiento de elección. Es de recalcar que no se registró un seguimiento de los casos para evaluar la respuesta terapéutica, dándose por sentado la ausencia de reconsultas como sinónimo de curación.

Eritromicina fue el otro antibiótico administrado a pacientes, por haber reportado ser alérgicos a la Penicilina. En este grupo (3.51%) no se reportó la presencia de reacciones secundarias, habiéndose encontrado las mismas en un 2.19% de pacientes que recibieron Penicilina.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Sífilis Primaria en el Centro de Salud No. 2 es de 2.31% en un periodo de cinco años, de un total de 9,851 registros clínicos revisados.
2. La Sífilis Primaria continúa siendo un problema de gente joven y con conducta sexual de alto riesgo.
3. El Centro de Salud No. 2 cuenta con escasos recursos diagnósticos lo cual dificulta la detección de un mayor número de casos.
4. El principal problema encontrado para el control de la Sífilis Primaria es la falta de seguimiento ya que no se llega a constatar la efectividad del tratamiento, así como la evolución clínica del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Debe volver a dársele importancia a las ETS, en este caso, la Sífilis, ya que en los últimos años, el control y vigilancia epidemiológica se han centrado más en el SIDA y la Hepatitis B.
2. Es recomendable darle el seguimiento a los casos de Sífilis Primaria para evaluar la efectividad del tratamiento instaurado.
3. Es de suma importancia aplicar el primer nivel de prevención a estas enfermedades, a través de la educación en salud, mediante pláticas, películas u otro material didáctico.
4. Es muy importante recomendar la utilización del preservativo especialmente en los grupos de alto riesgo como son los jóvenes, trabajadoras del sexo y homosexuales.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, sobre las características del comportamiento de la Sifilis Primaria, que se realizó en el Centro de Salud No. 2, de la zona 5, ciudad de Guatemala, perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se realizó revisando los registros clínicos de dicho Centro de Salud, durante los años de 1992 a 1996.

En el periodo de tiempo estudiado, se revisaron un total de 9,851 registros clínicos de los cuales se encontraron 228 casos de Sifilis Primaria clínicamente diagnosticados y confirmados por la prueba de laboratorio de VDRL, lo que nos dió una incidencia de 2.31% en 5 años.

De estos casos positivos la mayoría son gente joven y de sexo femenino.

Este estudio demuestra la importancia de la enfermedad, por lo que se recomienda hacer el seguimiento periódico mensual a los 6 meses y al año de los casos para comprobar la efectividad terapéutica del medicamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adler MW. "ABC OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: SHUPHILLIS: CLINICAL FEATURES". Bri Med J. 1990 feb. 11: 288:468-71.
2. Adler Mw. "ABC OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: SHYPHILLIS; DIAGNOSIS AND MANAGEMENT". Bri Med J. 1990, Feb. 18; 288:551-3.
3. Beeson PB et al: Cecil: "TRATADO DE MEDICINA INTERNA". 19a. Ed. México DF. Interamericana S. A. Tomo II (pp2049-2059).
4. Boletín Epidemiológico Nacional M.S.P.A.S. Feb. 1997 (pp 5-11).
5. "Enfoque Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual". M.S.P.A.S. 1996.
6. Francastoro, Girolamo. "LA SIFILIS"; Texto tomado de la obra clásica ("SHIPILLIS, SIVI MORBI GALLICI"). Md. en español- Centroamérica. 1987, Jul;I(1):109-15.
7. Goodman & Gilman: "LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA". Editorial Médica Panamericana, Ba. Ed. 1991. (pp 1002-1004, 1098).
8. Harris, EN et al: "USE OF AN ENIZME LINKED INMUNOSORBENT ASSAY AND OF INHIBITION STUDIES TO DISTINGUISH BETWEEN ANTIBODIES TO CARDIOLIPIN FROM PATIENTS WITH SHPHILLIS OR AUTOINMUNE DISORDER". J Infec Dis. 1993, Jan; 157(1): 23-31.
9. Hernández Pérez, Enrique: "CLINICA DERMATOLOGICA: SIFILIS". San Salvador; UCA/Ed. 1989, 441 p (pp 141-59).
10. Herrera Escobar, Alvaro Vinicio. "DETERMINACION DE ANTICUERPOS CONTRA SIFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS, MEDIANTE LA PRUEBA DE HEMAGLUTINACION INDIRECTA Y LA PRUEBA DE VDRL". Tesis (Médico y Cirujano); USAC, Fac. de CC MM: Guatemala, 1987. 56 p.
11. Jawetz, E et al: "MICROBIOLOGIA MEDICA". 14 Ed. México DF, El Manual Moderno S.A. 1992, 700 (300-303, 652-653).
12. Nelson: "TRATADO DE PEDIATRIA". 15a. Ed español. Vol I, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1996, pp 1073-1078.
13. "PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EL SIDA EN GENTE JOVEN". Boletín de OPS; Washinton. 1995; 104(6): 607-8.

14. Reglamento para el control de enfermedades de transmisión sexual: Acuerdo Gubernativo No. 342-86, Palacio Nacional de Guatemala. 10 de junio de 1986.
15. "PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y EL SIDA EN GENTE JOVEN", Boletín de OPS; Washington, 1995. 104(6):607-8.
16. Stein JH: "MEDICINA INTERNA", 3ra. Ed. en español. Barcelona; Salvat S.A. 1994; tomo II (pp 1788-94).

ANEXO No. 1
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Caracterización del comportamiento epidemiológico, clínico y terapéutico de la Sífilis Primaria.
Estudio retrospectivo realizado en el Centro de Salud No. 2.
Ciudad de Guatemala.

R e g i s t r o C l i n i c o .

F e c h a d e
Diagnóstico.

S e x o M - - - - -
F

Edad _____ Años _____

Etnia: _____ Ladino _____ Indígena _____
Otro _____

O c u p a c i ó n : T r a b a j a d o r d e
sexo _____

Estudiante _____

Casa _____ A _____ m _____ a _____ d _____ e _____

Obreros _____

Profesional _____

M o t i v o d e
Consulta _____

Posible fuente de infección:

Contacto sexual ☐

Transfusión ☐

Sífilis en el Embarazo ☐

Otros ☐