

MORBILIDAD DE LA SIFILIS INFECTO-CONTAGIOSA EN LOS SEIS ÚLTIMOS AÑOS

Prof. A. LORET DE MOLA* y Dr. LUIS FLORES CEVALLOS**

En el curso del presente año hemos constatado con gran sorpresa que el número de pacientes con lesión inicial de Sífilis, ha aumentado en forma cada vez mayor lo que, indudablemente, nos indujo a realizar un minucioso estudio al respecto escogiendo dos centros de gran concurrencia en pacientes adultos y de diferente ubicación "Hospital Obrero de Lima y Policlínico Obrero del Callao", en los que se diagnosticaron en un lapso de 4 meses 220 casos de Sífilis Primaria, confirmados por la presencia de treponemas en campo oscuro, siendo el principal foco de contaminación el denominado Barrio Rojo de la Victoria.

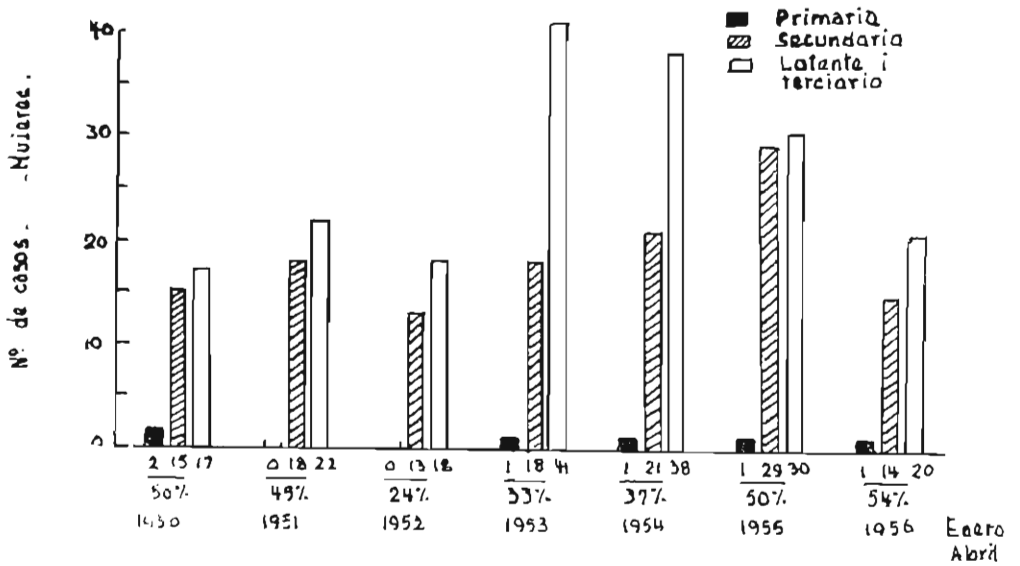
Como la cifra anteriormente mencionada, es verdaderamente alarmante, hemos revisados la incidencia de Sífilis reciente (infecto-contagiosa) en el total de los pacientes sifilíticos atendidos en los últimos 6 años en el Servicio de la Cátedra de Dermatología y Sifilografía del Hospital Arzobispo Loayza (mujeres) y en el Servicio de Dermatología y Sifilografía del Policlínico Obrero del Callao (hombres), a fin de tener una idea clara respecto a esta alarmante situación.

En las mujeres se encontró, en el año de 1950, el 50% de mujeres sifilíticas lo eran de Sífilis reciente o infecto-contagiosas; en 1951, el 45%; en 1952, el 24%; en 1953, el 33%; en 1954, el 37%; en 1955, el 50%; y en los 4 primeros meses de 1956, el 54%. De lo que deducimos que si bien, el número de

(*) Catedrático titular de Dermatología y Sifilografía.

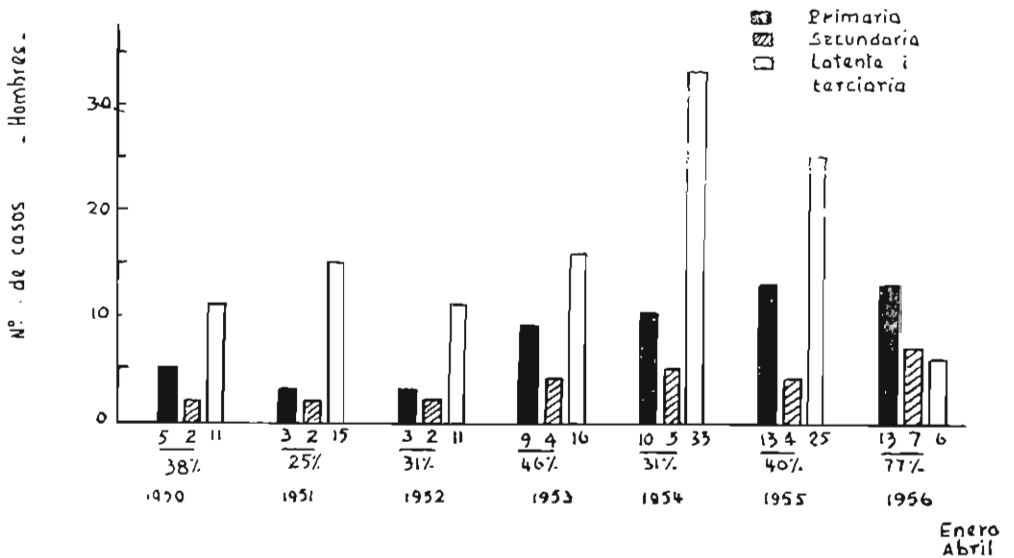
(**) Profesor Auxiliar.

GRAFICA N° 1



mujeres infecto-contagiosas había ido disminuyendo hasta el año 1952, desde entonces ha aumentado dicho porcentaje superando al inicial de 1950. (Gráfica 1).

En lo referente a hombres según gráfica N° 2 :



En el año 1950 el 38% fueron de Sífilis infecto-contagiosas; en 1951, el 25%; en 1952, el 31%; en 1953 el 46%; en 1954, el 31%; en 1955, el 40% y en los 4 primeros meses del presente año el 76%; si no ha habido coincidencia en la baja del porcentaje que representaron las mujeres, con respecto a la de los hombres, se debe quizá a la distancia considerable entre los dos Servicios en estudio, pero lo lamentable es que durante los cuatro primeros meses del presente año, el porcentaje de hombres infecto-contagiantes ha superado en mucho al de los años anteriores, lo que nos demuestra que actualmente en la población de Lima y probablemente en otras de la República, se ha presentado un alarmante aumento del porcentaje de Sífilis infecto-contagiosa.

Este problema constituye un palpitante punto de preocupación porque hemos constatado, así mismo que la mayoría de los pacientes en sumo grado de contagiosidad son personas que desempeñan labores manuales en contacto con muchos objetos de uso colectivo y, sobre todo, productos comestibles (mozos de restaurant, baños públicos, panaderos, confiteros, carniceros, etc.).

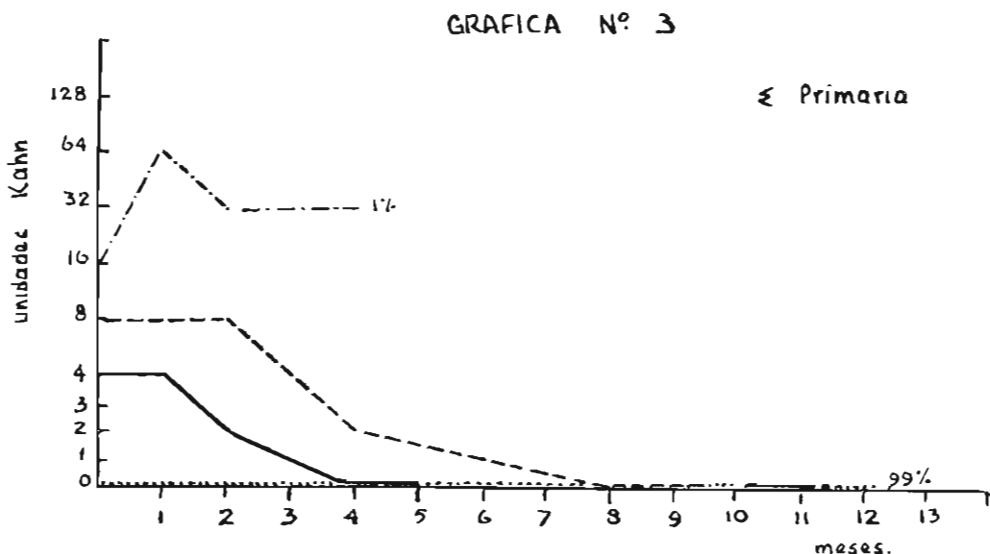
Por otra parte, si es verdad que muchos pacientes acuden a la consulta médica siendo diagnosticados y tratados oportunamente, otros por la ignorancia absoluta sobre conocimientos del mal contraído, no lo hacen dando lugar a un nuevo foco infeccioso, amen, de la evolución de la enfermedad.

Además, se ha comprobado, que algunos pacientes tratados, vuelven precozmente a reinfectarse por un nuevo foco que él contaminó (Sífilis pin - pon); así también, la infección se propaga a varios miembros de su familia. Les describiremos un caso estudiado en éstos últimos días : Un joven de 17 años se presentó a la consulta y luego del examen, se diagnostica Sífilis secundaria en segunda afloración con serología positiva y treponemas en las lesiones de mucosas, fue contaminado en el Barrio Rojo de la Victoria y al hacer un despistaje entre sus familiares, se encontró que la hermana, niña de 10 años, presentaba chancro sífilítico genital en estado cicatricial con adenopatía regional y serología positiva; el hermano, niño de 9 años, chancro sífilítico peri-anal, con adenopatía regional, treponema y serología positivos, mientras que el despistaje en los padres fue negativo.

Casos como éste de despistaje hemos tenido que hacerlos personalmente porque no se ha podido contar, lamentablemente, con la colaboración que en esta campaña toca desempeñar al personal de las Asistencias Sociales; haciéndose casi difícil el poder continuar en la investigación completa de los diferentes focos de contaminación.

También, hemos constatado que el 50% de mujeres y el 40% de hombres abandonan el tratamiento antes de ser terminado. De allí, por lo que a nosotros toca, tratamos de ser cada vez más efectivos en el ataque a éste flajelo desde el punto de vista terapéutico, procurándonos el empleo de esquemas de tratamiento que en un corto tiempo lleguen a la esterilización del paciente, de su más alto porcentaje de curación, mayores garantías de tolerancia, facilidad de aplicación y menor inconveniente para el enfermo. Hace más de 10 años que utilizamos la Penicilina como medicamentos de base en las nuevas normas terapéuticas a seguir y estamos en condiciones de afirmar que los resultados varían según las diferentes etapas de la Sífilis.

En la Sífilis Primaria (chancro) seronegativa y seropositiva, la terapéutica con Penicilina es efectiva ya utilizándola en forma cristalizada disuelta en suero fisiológico y suministrando a razón de 25,000 unidades cada tres horas, o la Penicilina en retardo con monoesteato de aluminio suministrada a razón de 400,000 unidades cada doce horas, en un total no menor de 6'000,000 de unidades. Gráfica N° 3 :



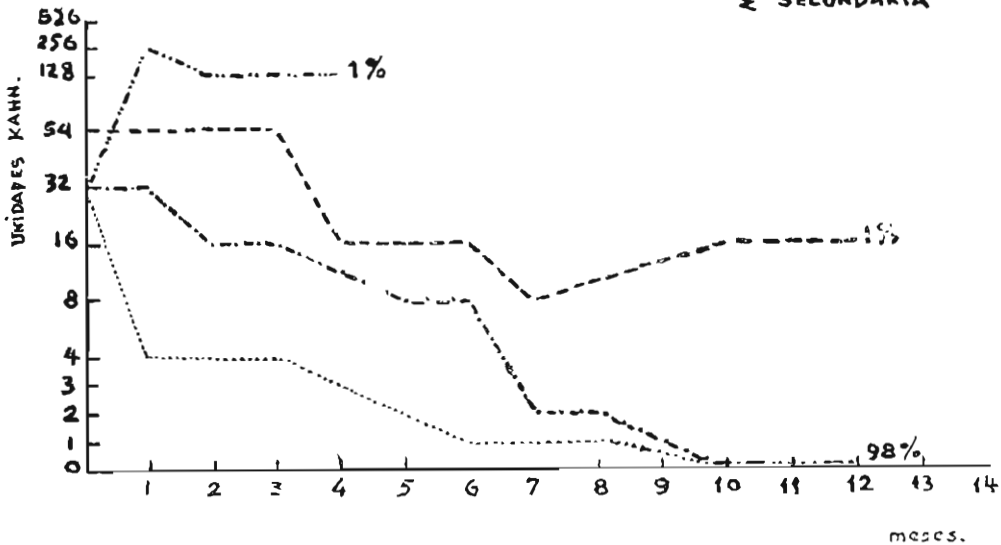
Pacientes que al iniciar el tratamiento presentaron 0 unidades Kahn, han permanecido siempre negativos; los que representaron 4 y 8 unidades comenzaron a bajar al mes, y 2 meses para llegar a 0, a los 4 y 8 meses, permaneciendo negativas después de más de 10 años de control, sin haberse presentado ningún síntoma ni signo de la in-

fección inicial (99%); un paciente que al iniciar el tratamiento presentó 16 unidades, al mes subió a 64 y a los 2 meses bajó a 32 permaneciendo así hasta los 4 meses en que se cambió la terapéutica (penicilino-resistencia ?) obteniéndose la negativización (1%).

En la Sífilis secundaria no se ha podido obtener los mismos resultados con solo esta medicación y, es así, que hemos comprobado que los mejores éxitos en el tratamiento de esta etapa de la Sífilis se obtiene asociando a la Penicilina pequeñas dosis de Arsenicales y Bismuto, (7'000,000 unidades de Penicilina en retardo con monoestearato de aluminio, a razón de 400,000 unidades cada 24 horas; 5 ampolletas espirotripán de 1.5 c.c., 3 c.c., 4.5 c.c., 6 c.c.c, y 6 c.c., puestas el 1º, 3º, 6º, 9º y 14 día; 4 ampolletas de yodobismutato de quinina de 2 cc. cada una puesta el 2º, 5º, 9º, y 12 día de iniciado el tratamiento. Gráfica N° 4 :

GRAFICA N°4

Σ SECUNDARIA



Pacientes que al iniciar el tratamiento presentaron 32 unidades, luego de un mes bajaron bruscamente a 4 unidades para después ir lentamente descendiendo hasta que a los 10 meses se normalizaron: en otros fue necesario un mes para comenzar a descender y llegar a lo normal después de varios meses (98%); cuando no se ha producido un descenso antes de los 3 meses, generalmente no llega a normali-

zarse siendo necesario repetir el tratamiento después de los 3 meses (1%); rara vez las unidades aumentan después del tratamiento y tienden a persistir elevadas (Penicilino-resistencia?), haciendo necesario cambiar la terapéutica con lo que se puede llegar a la negativización o las unidades persistir bajas, 2 unidades, 4 unidades; sin embargo, el enfermo está esterilizado (1%).

Para la Sífilis latente y terciaria no rigen estas normas terapéuticas que en este caso son materia de amplia discusión y no opinamos al respecto por no ser punto del tema que tratamos.

Con la divulgación de las constataciones expuestas y con el aporte de nuestra experiencia en los nuevos conceptos terapéuticos, esperamos que las Autoridades Sanitarias hagan más eficaz la obra de asistencia social dictando de inmediato las medidas indispensables y necesarias para el mayor control y tratamiento de éste grave mal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BOLGERT. M. et LEVY, G. (1951) Bull. Med. Paris, Nº 23,535.
- 2.—BOLGERT, M. el LEVY, G. et TABERNAT, J. (1951) Bull. de la Sec. Francesa de Derm. et Syph. Nº 4,404.
- 3.—DEGOS R., L VISSIAN et BASSET H. (1950) Ann. Derm. et Syph. Paris, Nº 5,498.
- 4.—FLORES CEVALLOS LUIS (1946) Ensayos de los últimos tratamientos antisifilíticos en nuestro medio. Tesis, Lima, Nº 1529.
- 5.—SEZARY, A. (1951) Mon. Med. Paris, Nº 969.257.
- 6.—HEVIA HERNAN PARGA (1950) Orientación actual del tratamiento de la Sífilis.