

Enfermedades venéreas

Participantes

Coordinador: Dr. Luis Beirana, M.S.P. profesor de Dermatología y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Gilberto Breña Villaseñor, profesor de la Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Alfonso González Galván, M.S.P. jefe de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas.

Dra. Ma. Cristina Hirata V., ginecóloga y veneróloga, Centro de Adiestramiento Elíseo Ramírez, SSA.

Dr. Vicente Rivera Melo Vázquez, jefe de Salud Mental de la Dirección General de Salubridad en el D.F.

Dr. Beirana Las enfermedades venéreas están directamente relacionadas al sexo, por lo que se sugiere denominarlas "enfermedades de transmisión sexual (ETS)", para evitar el calificativo de venéreas y sus implicaciones vergonzantes, origen de sentimientos de culpa que, con frecuencia, impiden su tratamiento y control epidemiológico.

Las enfermedades venéreas son padecimientos infectocontagiosos que se adquieren por contacto sexual y, excepcionalmente, en forma accidental, inocente o congénita. Se clasifican de acuerdo al agente etiológico, los sitios que afectan, y el hecho de ser localizadas, diseminadas o sistémicas. Desde 1960, la frecuencia de estos padecimientos va en aumento, con una prevalencia aproximada en México del 2%.

Pueden definirse como padecimientos infectocontagiosos que se adquieren por contacto sexual y, excepcionalmente, por otros mecanismos inocentes, accidentales o congénitos. En muchas ocasiones, las personas infectadas para no complicar su vida ni la de su pareja, aducen haberse contagiado por estos mecanismos.

Clasificamos a estas enfermedades de acuerdo a su agente etiológico y a su repercusión localizada, diseminada o sistémica. Un padecimiento inicialmente localizado, como la uretritis gonocócica, subsecuentemente puede diseminarse por diferentes razones o vías: 1) por accidente al contaminar las manos, que lo llevan a otros sitios como ano u ojos; 2) por contigüidad o por vía linfática, una uretritis o una vulvovaginitis puede dar origen a proctitis, prostatitis, orquiepididimitis, salpingitis, esquenitis, bartolinitis, ooforitis y peritonitis; 3) por vía hematógica, el gonococo puede afectar cualquier órgano o sistema, y dar

Cuadro 1. Morbilidad por enfermedades venéreas en México (1960-1975)

Año	Sífilis		Gonorrea	
	Casos	Tasa por 100,000 Habts.	Casos	Tasa por 100,000 Habts.
1960	23,817	68.8	19,105	52.2
1961	20,456	56.8	19,542	54.3
1962	19,443	52.3	19,859	53.2
1963	20,066	52.4	18,784	49.0
1964	17,697	44.8	18,367	46.4
1965	16,323	39.9	16,512	38.7
1966	12,384	29.3	11,395	25.6
1967	13,577	29.7	13,486	29.5
1968	14,322	30.3	12,248	25.9
1969	11,871	24.2	12,802	26.2
1970	10,976	22.4	11,467	23.4
1971	12,246	24.1	13,325	26.2
1972	11,210	21.3	14,323	27.2
1973	9,774	18.0	16,066	29.6
1974	8,949	15.8	17,438	30.9
1975	7,680	15.0	18,650	31.4

Fuente: Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, S.S.A.

manifestaciones cutáneas, hepáticas, articulares, cardíacas, meníngeas o septicémicas.

La sífilis siempre debe considerarse como una enfermedad sistémica, ya que, aunque sólo exista una manifestación localizada como el chancro, en esa etapa del padecimiento los treponemas son circulantes.

Todos los médicos y personal paramédico deberíamos estar conscientes del problema que constituyen las enfermedades venéreas, mismo que se ha recrudecido en todo el mundo a partir de 1960. Dr. González Galván, ¿quisiera usted esbozar el panorama mundial y nacional de estas enfermedades?

Dr. González Galván En la primera mitad del decenio de los años 60s, se calculó que, en el mundo, se presentaban anualmente de 70 a 75 millones de casos de gonorrea, y cuatro millones de casos de sífilis reciente sintomática, con prevalencia de 40 millones; siendo la población mundial de unos 4000 millones de habitantes, deducimos que uno de cada 100 habitantes del planeta es sifilítico, y que cada año, uno de cada 55 adquiere gonorrea.

En los países desarrollados es en donde se observa mayor incidencia de gonorrea. En los Estados Unidos, el padecimiento constituye la enfermedad infecciosa más

frecuente después del catarro común, y se presentan de tres a cuatro millones de casos al año, por desgracia, casi todos en adolescentes.

Como contraste, hay más casos de sífilis en países menos desarrollados. El informe de casos de sífilis reciente sintomática es mayor en Inglaterra, E.U.A., Suecia y Dinamarca, lo cual puede deberse al logro de buenos diagnósticos; pero, en lo que se refiere a todas las formas de sífilis, se observa mayor número en países de África y Asia. Un ejemplo notable lo tenemos en la India, en donde es el padecimiento más frecuente después de las parasitosis; hay ciudades como Bombay, en donde se considera epidémica.

En cuanto a nuestro país, la frecuencia de sífilis parece haber sufrido descenso en los últimos años, mientras que la gonorrea ha mostrado curva ascendente desde 1970.

Dr. Beirana No creo que, en México ni en ninguna parte del mundo, estén disminuyendo los casos de sífilis; lo que pasa es que éstos no se comunican.

Dr. Breña Desde el punto de vista del laboratorio, parece que ha bajado la frecuencia, sobre todo de los casos de sífilis reciente sintomática.

Dr. Beirana En el I.M.S.S., cada año se informa mayor número de casos de ese tipo; aparentemente, la calidad de la atención y diagnóstico influyen mucho en el fenómeno.

Dr. González Galván Puede considerarse que, por cada caso conocido de sífilis, hay otro desconocido; en gonorrea, por cada caso descubierto, hay tres que se desconocen. Es posible que en 1975 y 1976 haya disminuido la notificación de casos en la S.S.A., y haya aumentado en el I.M.S.S., lo cual nos explicaría el fenómeno antes mencionado.

Dr. Breña La serología es el parámetro más usado para determinar la prevalencia de sífilis. En algunas instituciones, cuando se descubre un caso, se cita repetidamente al paciente para vigilancia serológica y, en ocasiones, cada vez que éste se presenta,

se considera como caso nuevo que se toma en cuenta en el análisis de la incidencia y prevalencia de la enfermedad.

Dr. Beirana En 1976, el I.M.S.S. realizó catastros serológicos en 746,716 trabajadores, encontrándose 12,956 personas enfermas y 2,400 contactos afectados, lo que da un total de 15,356 y prevalencia del 2 por ciento. Podemos inferir que son dos las razones que impiden la determinación exacta de la incidencia y prevalencia: falla en la calidad del diagnóstico, y en la del reporte de casos.

Pasemos ahora a analizar cuáles son los agentes causales de las enfermedades venéreas.

Dr. Breña Los más frecuentes son los de la blenorragia (*Neisseria gonorrhoeae*) y el de la sífilis (*Treponema pallidum*). Con menor frecuencia o importancia en nuestro país tenemos los agentes del chancro blando (*Haemophilus ducreyi*), del linfogranuloma venéreo (*Bedsonia virus?* o *ricketsia?*), del gra-

Existe gran número de agentes etiológicos de las EV, siendo los más frecuentes la *Neisseria gonorrhoeae* (blenorragia) y el *Treponema pallidum* (sífilis). La sífilis reciente sintomática con lesiones abiertas (chancro, sífilides, placas mucosas, etc.) es contagiosa; después de un periodo variable, las lesiones desaparecen espontáneamente, la sífilis pasa a ser latente, y a los dos años tardía; ya no se transmite en forma sexual, aunque existe el riesgo de transmisión congénita por la circulación placentaria.

nuloma inguinal (*Donovania granulomatis*), del condiloma acuminado (*Papovavirus*). En las uretritis no gonocócicas, son frecuentes los colibacilos, estreptococos, estafilococos, difteroides, mycoplasmas, chlamydias (agente TRIC), tricomonas y monilias.

Existen otros agentes que producen padecimientos paravenéreos o pseudovenéreos, algunos frecuentes y otros desconocidos en México. Tenemos el de la sarna, del pinto, del pian, de la espundia; en algunas condiciones, hasta la amiba puede producir este tipo de padecimientos.

En relación con muchos de los agentes mencionados como productores de uretritis

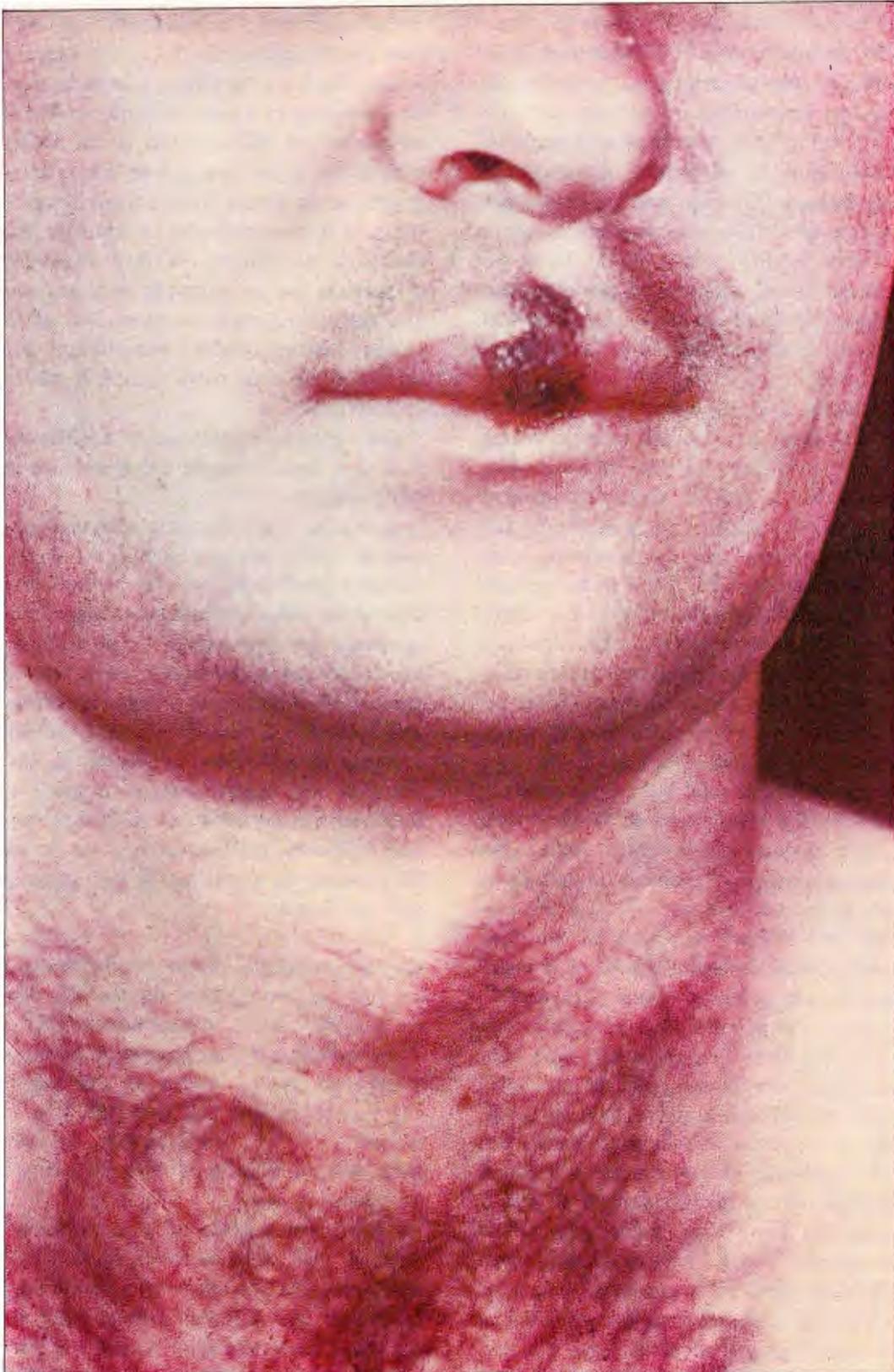


Fig. 1. Chancro en labio superior. Sífilis contagiada por un beso.

no gonocóccicas, siempre existe la discusión de que pueden ser solamente organismos de contaminación; sin embargo, no obstante las restricciones lógicas, esas uretritis curan con tratamientos específicos, constituyéndose así pruebas terapéuticas.

Dr. Beirana En esta mesa redonda, por razones de tiempo, sólo nos referiremos a gonorrea y sífilis, haciendo mención superficial a las uretritis no gonocóccicas. Primero quisiera que nos informaran del periodo de transmisibilidad de la sífilis y la gonorrea.

Dr. Breña La sífilis es transmisible cuando se manifiesta por lesiones abiertas, como sucede en la etapa de sífilis reciente sintomática en la que se encuentra chancro (primaria), o sífilides (secundarismo). Las lesiones de este tipo son pasajeras, y en tiempos variables de 1 a 6 meses desaparecen espontáneamente sin que esto signifique que la sífilis haya curado, sino que se hace latente. Lo importante de esta etapa es que la sífilis ya no es transmisible sexualmente, y sólo la madre enferma puede transmitirla al feto. Después de dos años de evolución, la sífilis pasa a ser tardía y no volverá a transmitirse en forma sexual.

Para adquirir la infección sifilítica es necesario que el treponema se inocule y que el inóculo sea suficiente. La inoculación casi siempre se realiza en mucosas, y es en ese sitio donde aparecerá el chancro, de tres a cinco semanas después.

En lo que se refiere a blenorragia, todo aquél que tiene gonococos en algún sitio constituye una fuente potencial de infección; en realidad, lo mismo que en la sífilis, se necesitan condiciones favorables, principalmente abundancia de gonococos, apareciendo las manifestaciones de tres a cinco días después del contagio. La uretritis anterior aguda en el hombre produce secreción purulenta abundante, lo que no le permite contactos sexuales; por ello, el verdadero peligro en el contagio lo constituye la mujer que casi siempre es asintomática.

Dr. Beirana Ya mencionamos que, muy

excepcionalmente, las enfermedades venéreas pueden transmitirse fuera del contacto sexual. En lo que se refiere a la sífilis, puede adquirirse en forma inocente, como es el caso de las vulvovaginitis en las niñas, o en contagio por besos; o en forma accidental, como en las transfusiones brazo a brazo, o la inoculación en laboratorios. En cuanto a la gonorrea, es fácil adquirirla al sentarse en un excusado contaminado con secreción fresca; al nacer, los niños pueden contraer oftalmia purulenta, al pasar por el canal del parto cuando la madre está afectada.

Dra. Hirata, ¿puede usted explicarnos cuál es el mecanismo de transmisión de la sífilis congénita?

Dra. Hirata La sífilis congénita la transmite la madre afectada al feto, por la circulación placentaria, en un proceso que equivale a una transfusión de sangre contaminada con treponemas. No se trata de un padecimiento hereditario, ya que no se transmite por los genes; y, como la circulación placentaria sólo se inicia a las 18 semanas de gestación, no afecta al feto antes de ese tiempo. Por lo mismo, no puede decirse que produzca abortos ya que, por definición, estos ocurren antes de las 20 semanas de gestación; lo que provoca son mortinatos.

Dr. Beirana ¿Cuáles son los factores que favorecen o determinan la diseminación de las enfermedades venéreas?

Entre los factores de diseminación de las EV, destacan la actividad sexual y la promiscuidad a temprana edad, la relajación moral, la pérdida del miedo a los embarazos y a las EV, la prostitución, la homosexualidad, y la falta de educación sexual.

Dra. Hirata Son numerosos y muy variados, y dependen en gran parte del auge, en casi todos los países, de la actividad sexual y la promiscuidad a edades muy tempranas, por diversas razones, entre las que destacan la relajación moral y la pérdida del miedo a los embarazos "fáciles de evitar" y a las enfermedades venéreas "fáciles de curar". Otros factores son la

Cuadro 2. Factores que favorecen o determinan la diseminación de las enfermedades venéreas.

- | | |
|--|---|
| 1. Auge de la actividad sexual gracias a los nuevos métodos anticonceptivos que liberan a la mujer de embarazos no deseados. | 9. Movimientos migratorios del campo a la ciudad, con el consecuente asentamiento en ciudades perdidas. |
| 2. Negligencia al no tomar las precauciones cuando se tienen contactos con personas desconocidas. | 10. Viajes fuera del habitat natural (turismo, negocios, congresos, eventos deportivos o ferias). |
| 3. Ignorancia de las medidas preventivas pertinentes. | 11. El no consultar oportunamente por pudor, negligencia o incapacidad económica o para comprender el problema social que representa su enfermedad. |
| 4. Ausencia de manifestaciones clínicas en mujeres, que se transforman en portadoras aparentemente sanas. | 12. No seguir los tratamientos indicados, no presentarse a los controles indicados, no declarar los contactos y así impedir que se llegue a las fuentes de infección y poder romper la cadena de transmisión. |
| 5. Inicio de la actividad sexual a edad temprana en relación al porcentaje de la población mundial por edades. | 13. Falta de actualización y de interés en el problema por parte del gremio médico y autoridades sanitarias. |
| 6. Relajación moral en relación a que en muchos países en la actualidad, la virginidad parece ser un mito. | 14. Pobre educación sexual y poca difusión del problema dentro de la población general. |
| 7. Homosexualidad. | |
| 8. Prostitución organizada (explotación del hombre por el hombre). | |

homosexualidad, la prostitución organizada, los viajes y movimientos migratorios del campo a la ciudad, y la falta de educación al respecto, tanto en la población general como de los médicos.

Dr. Beirana Parece entonces que el problema es fundamentalmente educativo, de miseria y de difusión. Dentro de las facetas de la miseria humana cabe la prostitución organizada.

Dr. Rivera Melo, ¿qué importancia tiene la prostitución en relación con estas enfermedades?

Dr Rivera Melo Recientemente, estudiamos algunos aspectos de la prostitución en México. Observamos que existe principalmente en el Distrito Federal, en ciudades

turísticas, fronterizas, puertos, centros petroleros donde hay dinero; en contraste, aparece también donde hay miseria. En el medio rural no existe, o es muy limitada.

Se calcula que en el Distrito Federal, existen 53,000 prostitutas o prostitutos profesionales; los que, en promedio, tienen de tres a cuatro relaciones diarias, es decir 200,000 contactos al día, 6 millones al mes. Por lo general, no utilizan ningún medio preventivo, y lo único que practican es el aseo con agua y a veces jabón, lo que no representa protección alguna, teniendo elevada posibilidad de infectar a los clientes.

Si consideramos que en el Distrito Federal, 7 de cada 10 prostitutas tienen serología positiva (aunque esto no signifique

Cuadro 3. Características fundamentales de la sífilis venérea.

<p>S.A.R.S.</p> <p>Treponema positivo Trasmisible Serología — a + + + + Curable Buen pronóstico con tratamiento Estropeable Problema epidemiológico + + + +</p>	<p>S.A.T.S.</p> <p>Treponema negativo No trasmisible Serología + a + + No curable Pronóstico incierto No estropeable Problema epidemiológico + +</p>
<p>S.A.R.L.</p> <p>Treponema negativo Trasmisible potencial Serología + a + + + + Curable Buen pronóstico con tratamiento Estropeable Problema epidemiológico + + +</p>	<p>S.A.T.L.</p> <p>Treponema negativo No trasmisible Serología + a + + No curable Buen pronóstico con tratamiento No estropeable Problema epidemiológico +</p>

que sean transmisoras), vemos que las posibilidades de transmitir sífilis son elevadas. Este grupo también constituye un alto riesgo de difusión de otros padecimientos como gonorrea, tricomoniasis y sarna.

Dr. Beirana ¿Cuáles son los grupos de más alto riesgo en la transmisión de las enfermedades venéreas?

Dr. Rivera Melo El primer lugar, aunque parezca extraño, corresponde a los homosexuales, seguidos por las prostitutas, soldados, sirvientas, choferes y meseras.

Con base a encuestas serológicas, se sabe que los médicos no suelen padecer enfermedades de este tipo, saben cuidarse y se atienden bien; lo mismo sucede con la rama paramédica, como enfermeras y trabajadoras sociales, que son personas informadas en salud pública y métodos de protección.

Dr. Beirana A pesar de que disponemos de numerosos y efectivos medios terapéuticos para el tratamiento de las enfermedades venéreas, la incidencia de éstas ha aumentado notablemente en el mundo. Por otra parte, ya se perdió la esperanza de su erradicación que nos había dado la pe-

nicilina. Esto indica que no hemos sabido abordar el problema, y surge la pregunta, ¿en qué nos hemos equivocado?

Aparentemente, el auge de estas enfermedades se debe a la explosión de la sexualidad humana, sobre todo en los jóvenes; este es un problema que depende de factores múltiples: culturales, psicológicos, sociales, económicos, familiares y religiosos; pero aún más, de otros factores como son la educación sexual e higiénica, y la actitud negativa del gremio médico que no da importancia a este tipo de padecimientos y trata de seguir considerándolos tabú. En otras palabras, la denominada revolución sexual no ha sido seguida por otra revolución: la educativa.

Dr. Breña Opino que la revolución sexual como tal, es un mito. La sexualidad ha existido siempre y se manifiesta por los mismos fenómenos, tanto si está reprimida por la mentalidad de la época, como sucedió en la victoriana, como cuando existe libertad, como sucede en la actualidad. Si observamos el panorama histórico, vemos periodos cíclicos de represión alternando con otros de abierta expre-

Cuadro 4. Características fundamentales de la sífilis congénita.

<p>S.C.R.S.</p> <p>Treponema positivo Hepatoesplenomegalia Facies de viejo, rinitis Pénfido sifilítico al nacer Sifilides al tercero o cuarto mes Meningitis Iritis, coroiditis Serología positiva</p>	<p>S.C.T.S.</p> <p>Treponema negativo Queratitis intersticial, 40% Neurosífilis, 12% P.G.P., tabes, sordera n. Articulaciones de Clutton Gomas Estigmas: nariz, en silla de montar, perforación nasal y paladar, fisuras, tibia en sable Dientes de Hutchinson Serología positiva</p>
<p>S.C.R.L.</p> <p>Serología positiva Menores de dos años Asintomática</p>	<p>S.C.T.L.</p> <p>Serología positiva Mayores de dos años Asintomática</p>

sión sexual, como en la Grecia antigua, Roma imperial, Renacimiento o descubrimiento de América. Por esto, considero que no existe revolución sexual, sino que se trata de un simple fenómeno biológico propio de cada especie animal; y que, indudablemente, el hombre se comporta como tal dentro de su categoría zoológica.

Dr. Rivera Melo Por supuesto que estamos atrasados. En Inglaterra, desde 1850, la educación sexual es obligatoria en primaria; en México sólo desde hace apenas unos años. Por otra parte, es importante capacitar a los educadores en el tema, ya que muchos de ellos siguen viendo la sexualidad como un tabú. Se han visto casos de directores de escuela que mandan arrancar el capítulo de orientación sexual de los libros de texto gratuito.

Dr. Breña En contraste, el teatro, el cine y la televisión hacen una divulgación abierta de lo sexual, representando todo tipo de actividades. Esto lo ven los jóvenes; y no sólo constituye información, sino que resulta motivo de inquietud o desazón. Considero que, en la actualidad, a los jóvenes no les falta información, sino educación médica.

Dr. Beirana La información actual sobre el tema se limita notablemente. Apenas si se informa que son fáciles de curar esas enfermedades, por lo que se les ha perdido el miedo, como antes de la era antibiótica. Creo que, en preparatoria, nadie sabe que las complicaciones de la gonorrea pueden ser mortales. Muchos de nosotros pasamos por la Facultad de Medicina, sin oír hablar nunca del tema llamado educación sexual.

Veamos ahora algo acerca de manifestaciones clínicas, agudas y crónicas de la sífilis.

Dra. Hirata La sífilis se clasifica en tres grupos: reciente, tardía y congénita. La reciente es la que tiene menos de dos años de evolución y puede ser, al igual que la tardía y la congénita, sintomática o latente. En la reciente sintomática, **La sífilis puede ser reciente, tardía o congénita; y, en cada caso, sintomática o latente. La reciente sintomática se manifiesta primero por un chancro de inoculación, acompañado de infarto ganglionar regional (complejo primario), que desaparece en 1 a 3 meses; después, se presentan las lesiones del secundarismo, las que a su vez desaparecen, volviéndose entonces la sífilis latente.**

Historia natural de la blenorragia no tratada

Factores del huésped

Sexo: Ambos por igual; más importante la mujer como reservorio
 Edad: Todas las edades; más frecuente en la adolescencia.
 Hábitos: Promiscuidad sexual, mala higiene personal, relaciones sexuales a temprana edad, homosexualidad, etc.
 Trabajo: Prostitución
 Cultura: Falta de educación sexual, poca información sobre posibilidades de contagio y tratamiento, etc.

Factores del agente

Neisseria gonorrhoeae
 Cantidad suficiente de inóculo

Factores del ambiente

Libertinaje sexual
 Mayor movimiento de la población, (bracerismo, viajes, turismo, etc.)
 Más frecuente en países desarrollados

En embarazadas, oftalmía purulenta en el producto

Vaginitis (a veces asintomática)

Estímulo desencadenante

Reproducción de *N. gonorrhoeae* en el sitio de inoculación

Periodo prepatogénico

Prevención primaria

Promoción de la salud

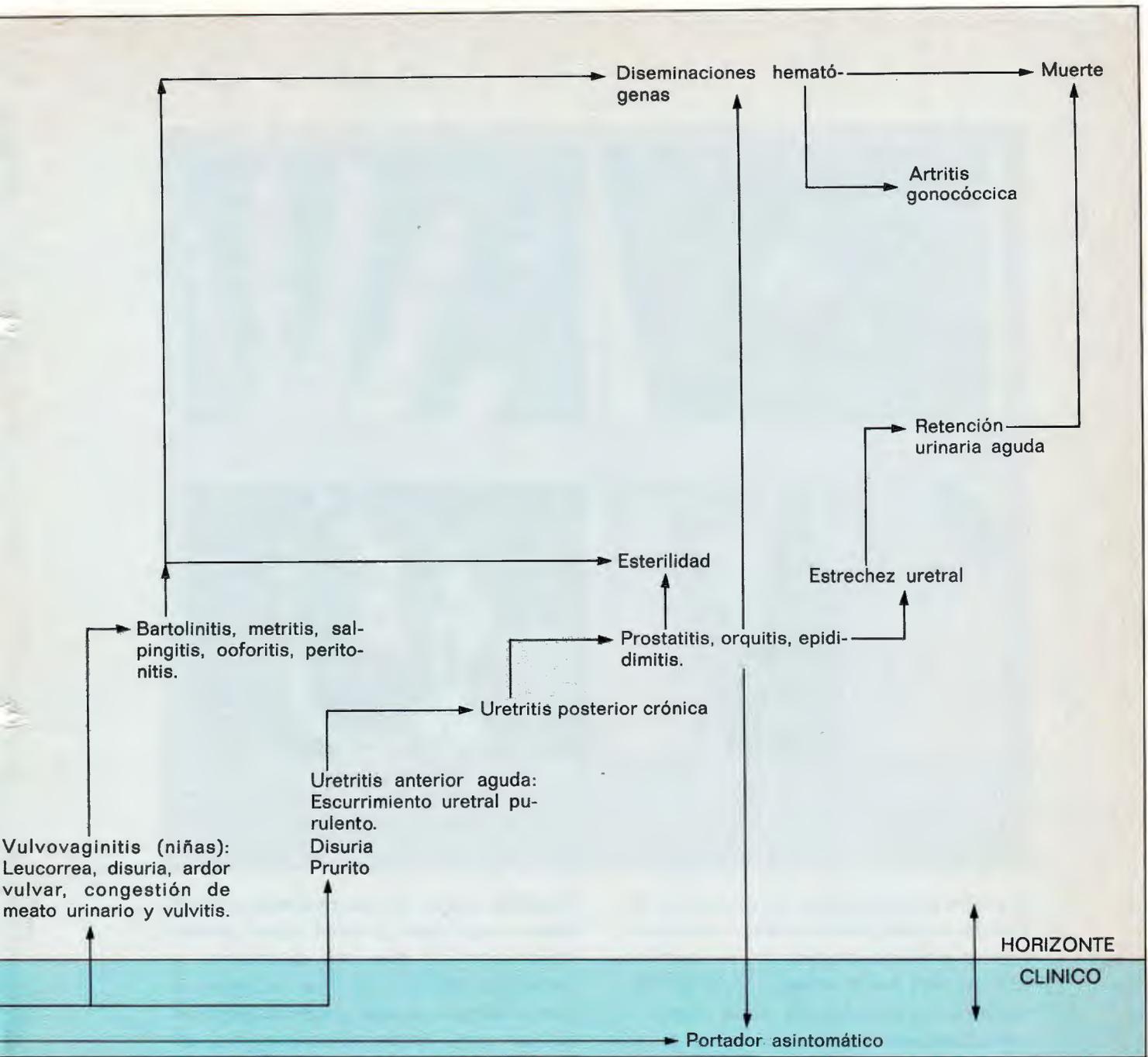
Educación sexual a todos los niveles
 Educación higiénica a la población general.

Protección específica

Evitar la promiscuidad.
 Medidas higiénicas después del contacto sexual.
 Uso de preservativos.
 Orinar después de la relación.
 Investigación de contactos.
 Detección de portadores asintomáticos.

Diagnóstico temprano

Cuidadosa historia clínica con especial enfoque en contactos sexuales potencialmente infectantes.
 Cultivo en medio de cultivo de Thayer Martin.
 Atención de todo escurrimiento vaginal o uretral.



Período patogénico

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Niveles de prevención

Tratamiento oportuno

Limitación de la incapacidad

Rehabilitación

Administración de penicilina procainica de acción rápida a dosis y tiempo suficientes.
Evitar tratamientos insuficientes o inadecuados.
Recurrir para el tratamiento a médicos particulares o clínicas de instituciones, evitando la automedicación o las recetas de personas mal informadas.

Tratamiento de las infecciones del aparato urogenital, tanto masculino como femenino para evitar secuelas.

Tratamiento quirúrgico de la estrechez uretral.
Control de la artritis gonocócica.

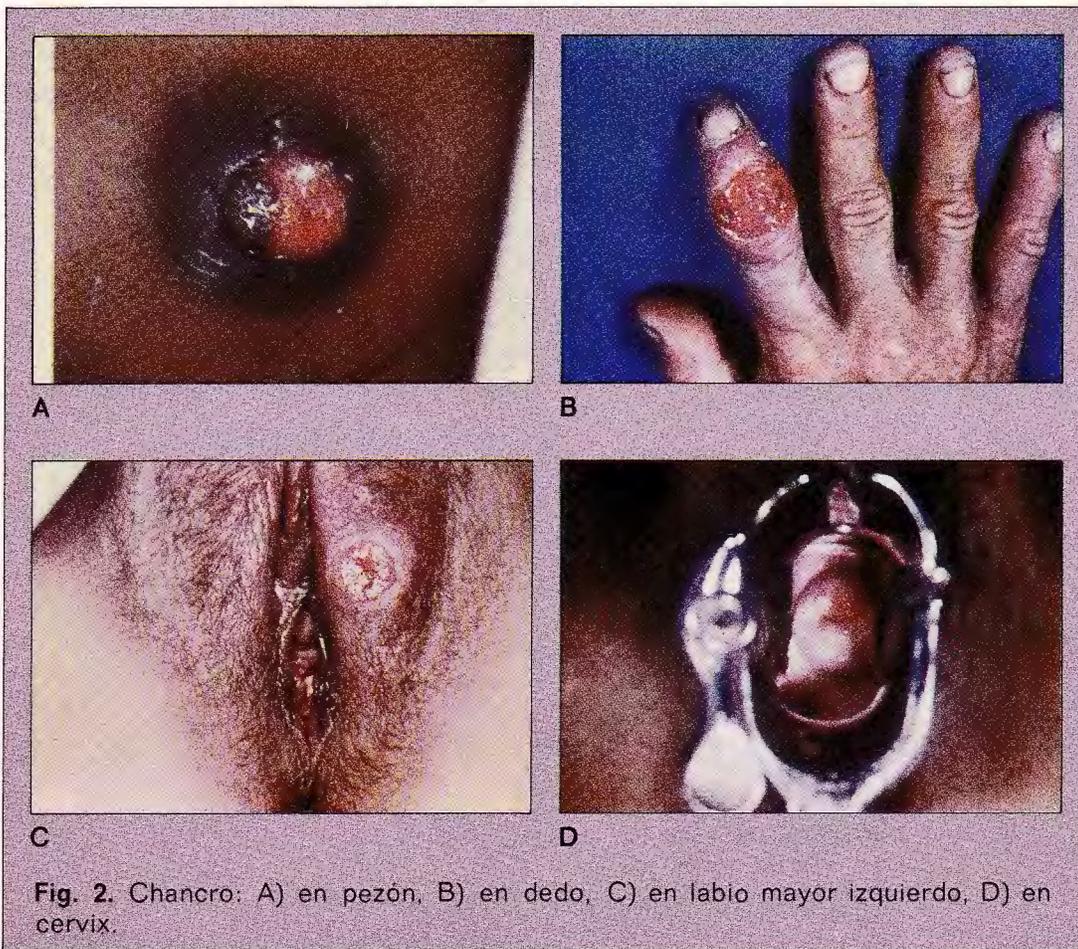


Fig. 2. Chancro: A) en pezón, B) en dedo, C) en labio mayor izquierdo, D) en cervix.

la primera manifestación es el chancro de inoculación, que generalmente se localiza en órganos genitales, pezones, dedos o boca; se trata de una lesión erosiva, de bordes levantados e indurados, de fondo limpio y color ajamonado, que se acompaña de infarto ganglionar regional, dando así el complejo primario de inoculación. El chancro desaparece espontáneamente en uno a tres meses.

Meses después, pero antes de dos años, y a veces coexistiendo con el chancro, aparecen las lesiones del secundarismo caracterizadas por ser múltiples, proteiformes y no puriginosas; se localizan de preferencia alrededor de genitales y orificios naturales o mucosas. Las que con más frecuencia se observan son el condiloma plano, las lesiones pápuloerosivas o pápulo-costrosas, zonas de alopecia en piel cabelluda o cola de las cejas, y la roseola.

También existe microadenopatía generalizada y mal estado general. Estas lesiones desaparecen, al igual que el chancro, en forma espontánea y la sífilis se vuelve latente, misma que sólo puede diagnosticarse por antecedentes epidemiológicos, clínicos, y serología positiva.

Después de dos años de evolución, la sífilis se hace tardía. En este momento, ya no hay transmisión de tipo sexual y las lesiones no son curables; el tratamiento sólo puede detener la evolución de las mismas; en otras palabras, las lesiones ya no son resolutivas como las de la sífilis reciente. Las manifestaciones tardías de la sífilis aparecen casi siempre después de diez años de evolución, pudiéndose clasificarlas en lesiones de tipo benigno que atacan principalmente piel y huesos, y aquéllas de tipo maligno que pueden causar la muerte cuando se localizan en sis-

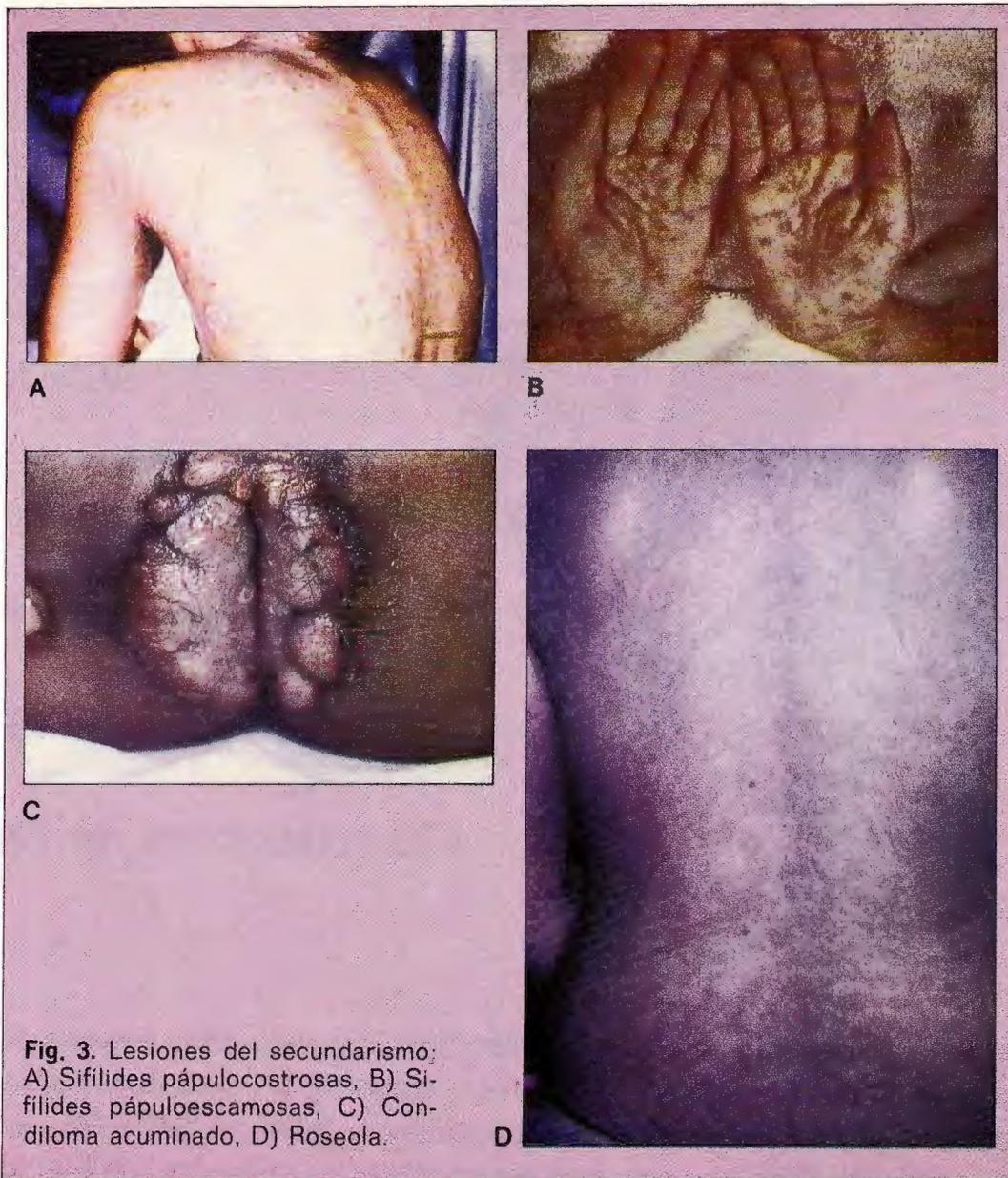


Fig. 3. Lesiones del secundarismo: A) Sifíldes pápulo-costrosas, B) Sifíldes pápulo-escamosas, C) Condiloma acuminado, D) Roseola.

tema nervioso o cardiovascular.

La mujer enferma de sífilis infecta el producto por la circulación placentaria y éste puede morir *in utero* o nacer vivo, aparentemente sano o enfermo, de acuerdo a la época de su vida intrauterina en que fue contagiado. Al nacer aparentemente sano, pero contagiado, puede presentar manifestaciones clínicas meses después.

La gonorrea suele ser asintomática en la mujer; en el hombre puede dar manifestaciones agu-

Dr. Beirana ¿Podría hablarnos ahora sobre manifes-

taciones clínicas de la gonorrea?

Dra. Hirata Clasificamos las manifestaciones en tres tipos: agudas, crónicas y complicaciones.

das (uretritis anterior), o crónicas (uretritis posterior); en ambos sexos, las complicaciones son afección de los órganos genitales, esterilidad, diseminación hematológica y algunas veces, la muerte.

En el hombre, la aguda se manifiesta por uretritis anterior aguda con escurrimiento uretral purulento, disuria, edema y prurito. En la mujer, es difícil observar cambios que sugieren gonococcia porque casi

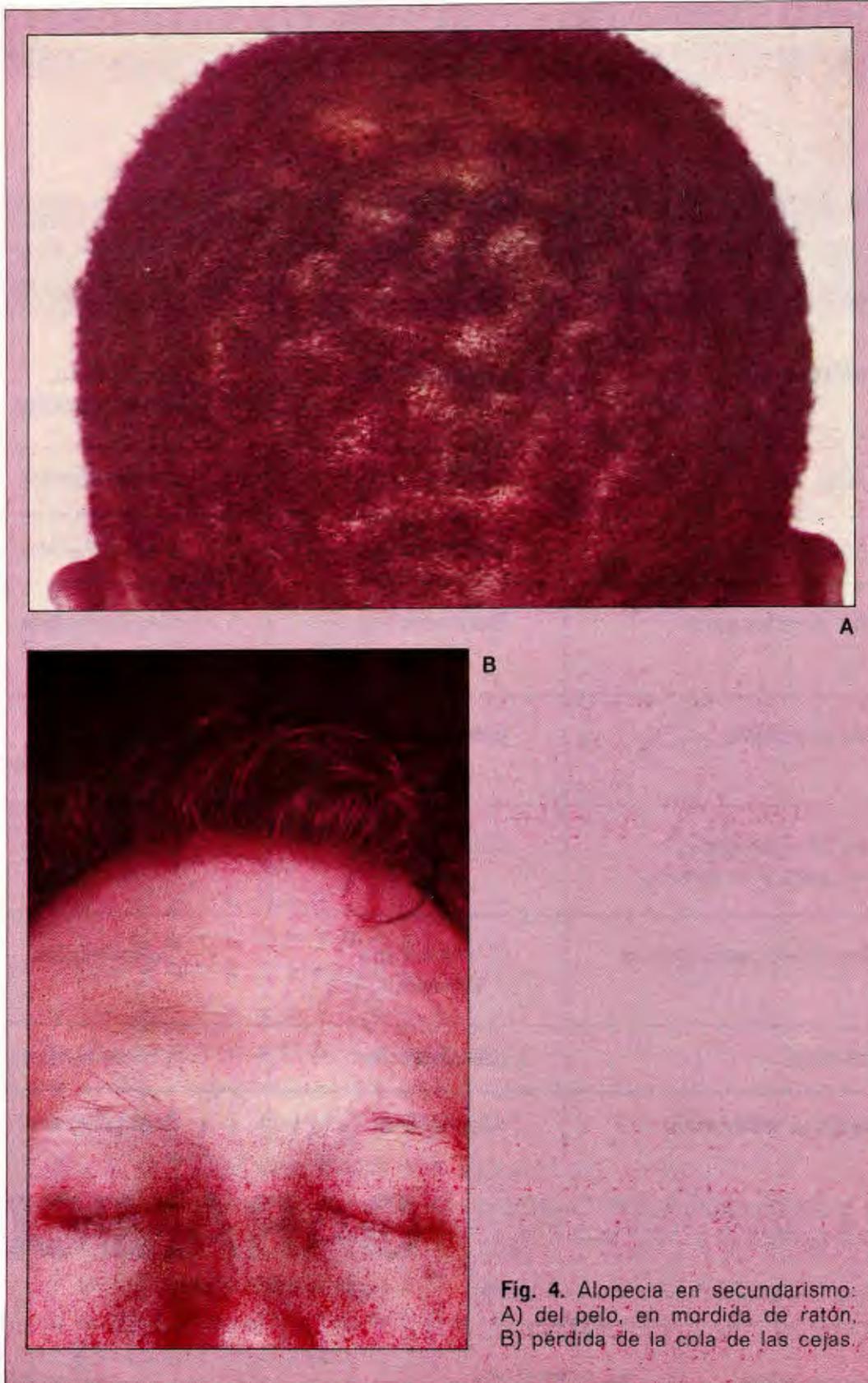


Fig. 4. Alopecia en secundarismo:
A) del pelo, en mordida de ratón.
B) pérdida de la cola de las cejas.



Fig. 5. Manifestaciones tardías de la Sífilis: A) Goma, B) Perforación de paladar postgoma, C) Noma, D) Rodillas de Charcot.

siempre es asintomática; así, se constituye en portadora crónica.

En niñas, debido a su escasa defensa en mucosas, aún no conformadas, se presenta vulvovaginitis que se manifiesta en forma de leucorrea verdosa y fétida, ardor vulvar y del meato urinario, y disuria.

Las manifestaciones crónicas en el hombre son la uretritis posterior, que ocurre fundamentalmente en pacientes mal tratados, y que puede llevar a diferentes complicaciones como prostatitis, orquitis, epididimitis o diseminaciones hematógenas del padecimiento. En la mujer, las complicaciones son el doble de frecuentes y son principalmente esquetitis, bartolinitis, metritis, salpingitis, peritonitis y diseminaciones hematógenas. Una consecuencia común de las complicaciones es la estrechez uretral y la esterilidad, tanto masculina

como femenina.

Aparte de ser más frecuentes, las complicaciones femeninas pueden ser más peligrosas, fundamentalmente porque no se piensa en su posible origen gonocócico y, por ello, las muertes por esta causa son relativamente frecuentes.

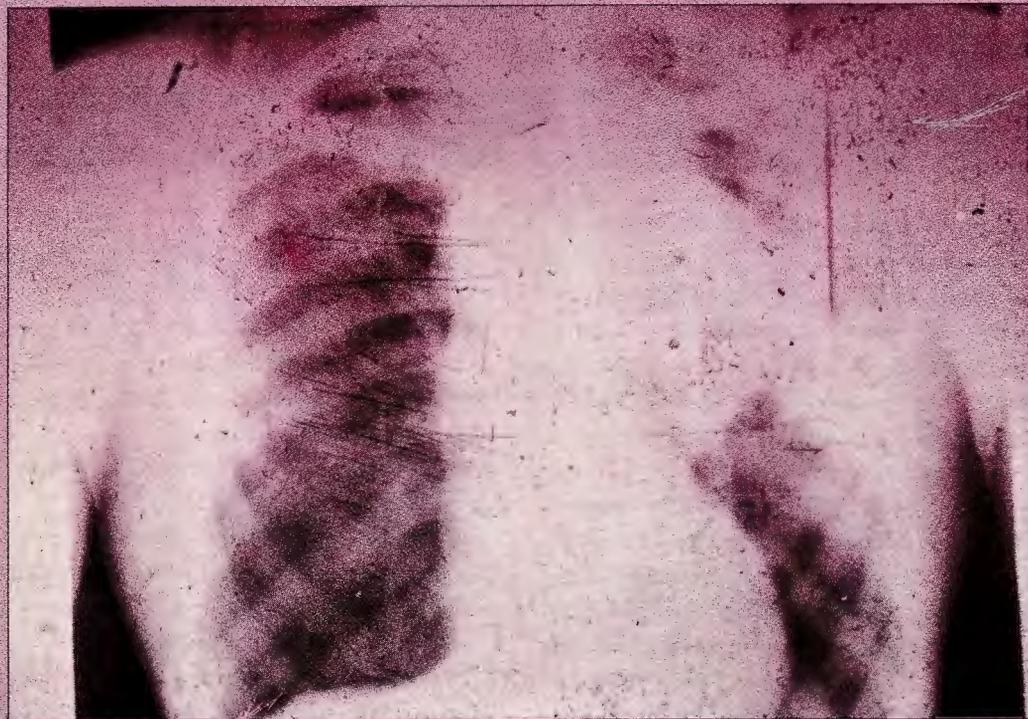
Dr. Beirana ¿Existen casos de gonorrea asintomática en hombres?

Dr. Breña En 1970, al investigar contactos de mujeres afectadas, se descubrieron cultivos selectivos que revelaron casos de portadores masculinos asintomáticos.

También se descubrió que el gonococo puede vivir en boca, amígdalas u orofaringe de personas que practican la felación; y en secreciones anales de homosexuales y mujeres que practican el coito anal. Por otra parte, un 5 por ciento de mujeres que no lo practican pueden alber-



A



B

Fig. 6. Aneurisma aórtico, consecuencia tardía de la sífilis, A) Deformación visible producida por el aneurisma, B) Radiografía del mismo caso; se aprecia un gran aneurisma aórtico.

Fig. 7. Sífilis congénita, A) Sifilides pápuloerosivas, SCRS, B) Niño de cera, lesiones periorificiales rezumantes, C) Dientes de Hutchinson, D) Queratosis intersticial, SCTS.



A



B



C



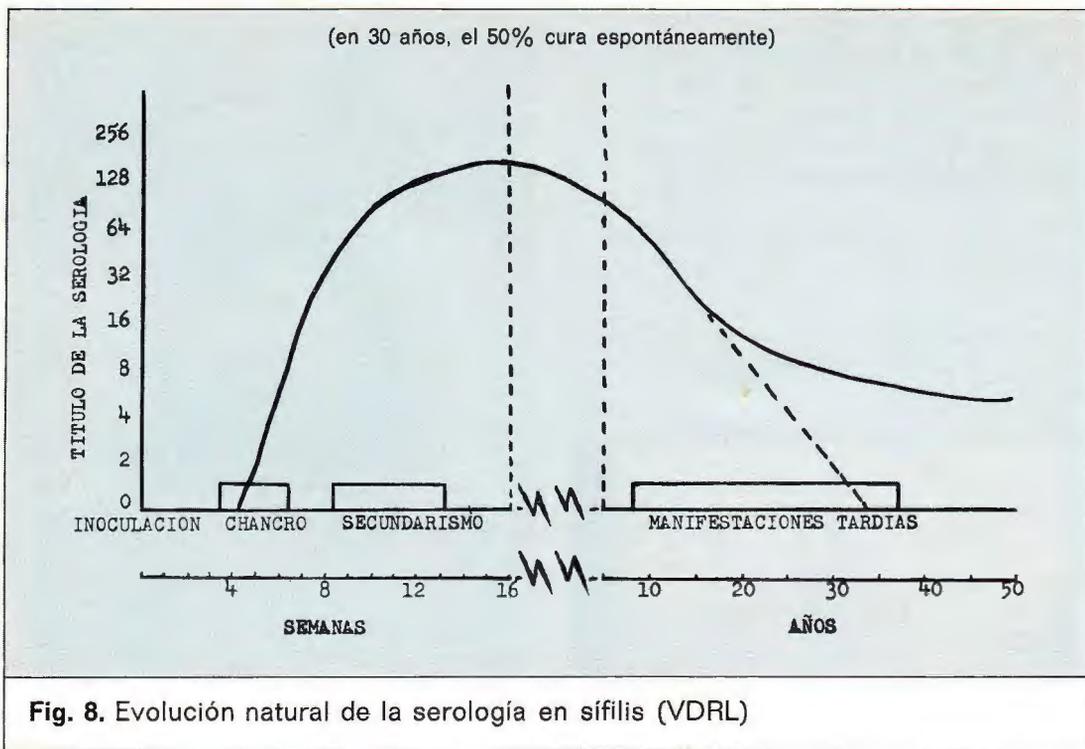
D

gar gonococo en ese sitio y no tenerlo en otro. Estos conocimientos se lograron gracias al medio de cultivo de Thayer y Martin que contiene inhibidores selectivos de otras bacterias, como son las intestinales o de flora normal de vagina; deploradamente este medio aún no se usa ampliamente en México.

Dr. Beirana Lo interesante de esas localizaciones es su notable resistencia a los antibióticos, y el hecho de que se requieran

tratamientos muy prolongados. Esto también destaca la necesidad de tener en cuenta el posible diagnóstico de gonorrea en diferentes padecimientos bucofaríngeos y anales, y no seguir pensando únicamente en las localizaciones clásicas de la gonorrea.

Dr. Rivera Melo Cabe señalar que, en el medio rural, rara vez se encuentran esas localizaciones de las enfermedades venéreas.



El diagnóstico de las EV se basa en la clínica, los antecedentes epidemiológicos y se comprueba en el laboratorio. La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección para las EV; para la sífilis, la benzatínica de acción lenta; y para la gonorrea, la procaínica de acción rápida.

Dr. Beirana ¿Cómo se establece el diagnóstico de sífilis y gonorrea?

Dr. Breña El diagnóstico definitivo de estos padecimientos se establece en base al laboratorio, y desde

el punto de vista microbiológico es el más perfecto dentro de las enfermedades infecciosas. La sífilis reciente sintomática se comprueba en campo oscuro. El cien por ciento de los casos de sífilis no tratada son serorreactivos en alguna época de su evolución. Cabe afirmar que, con el medio de Thayer y Martin, el gonococo puede demostrarse en todo caso infectado.

Dr. Beirana El diagnóstico de las enfermedades venéreas se basa en la clínica y los antecedentes epidemiológicos, y se apoya en el laboratorio; pero éste no puede ser en todos los casos la única base del diagnóstico. Este es un error de la educación médica moderna: muchos médicos

dependen tanto del laboratorio, que olvidan hacer medicina y, de ahí, su fracaso diagnóstico y terapéutico, no sólo en el campo que nos ocupa, sino en muchas otras enfermedades.

En venerología, son tan importantes la clínica y, sobre todo los antecedentes epidemiológicos, que aun sin ninguna manifestación clínica ni comprobación de laboratorio, deben realizarse tratamientos profilácticos a todos los contactos de blenorragia o sífilis antes de que den manifestaciones. Esto es hacer medicina preventiva, control epidemiológico, y ser buenos médicos.

Dr. Beirana Veamos ahora el tratamiento de estos padecimientos.

Dr. González Galván Conviene recordar que, en el tratamiento de estos padecimientos, han existido dos etapas muy diferentes, me refiero a la etapa anterior al uso de la penicilina, y a la ulterior. Este antibiótico sigue siendo el mejor; para la sífilis, la penicilina benzatínica de acción lenta; para la blenorragia, la procaínica de acción rápida.

Cuadro 5. Tratamiento y control postratamiento de la sífilis

Clasificación	Tratamiento					Control postratamiento		
	Medicamento de elección: Penicilina G. benzatínica. Presentación: Frasco Amp. de 2.4 millones U.					Tiempo	Consultas méd.	VDRL
	Dosis Total	Aplicación Semanal						
		1a. Aplicac.	2a. Aplicac.	3a. Aplicac.	4a. Aplicac.			
Sífilis adq. rec. sint. (SARS) Sífilis adq. rec. lat. (SARL) Sífilis adq. tard. lat. (SATL) Sífilis en embarazadas Tratamiento epidemiológico en contactos. Sífilis cong. tard. Lat. (SCTL) Individuos de más de 12 años	7.2	2.4	2.4	2.4		UN AÑO	CADA TRES MESES	CADA TRES MESES
Sífilis adq. tard. sint. (SATS)	9.6	2.4	2.4	2.4	2.4			
Sífilis cong. rec. sint. (SCRS) Sífilis cong. rec. lat. (SCRL)	50 000 U por kg	50 000 U por kg						
Sífilis cong. tard. sint. (SCTS) Niños de 2 a 12 años	2.4	1.2	1.2					

Antes de aplicar la penicilina benzatínica deben investigarse antecedentes de intolerancia.

Otros antibióticos:
En caso de comprobar sensibilidad a la penicilina pueden emplearse los siguientes antibióticos: eritromicina o tetraciclina.
La eritromicina se administrará por vía oral a la dosis de 2 gramos diarios, divididos en cuatro tomas iguales, sin interrupción hasta completar 30 gramos en 15 días.
Las tetraciclinas se administrarán por la misma vía, y a las mismas dosis diarias, durante 20 días hasta completar la dosis total de 40 gramos.

Errores en la selección del medicamento y su dosificación, o la interrupción prematura del tratamiento pueden provocar cronicidad de las EV, y la aparición de complicaciones. El criterio de curación se basa en la

Dr. Beirana ¿Qué problemas resultan de los malos tratamientos?

Dra. Hirata Un tratamiento mal llevado, ya sea por

que el paciente lo interrumpe o por un error del médico en la selección del medicamento, su dosis, o duración de su ad-

desaparición de las manifestaciones clínicas, no poder demostrar el agente causal en las lesiones y, en la sífilis, la desaparición o la estabilización de los anticuerpos en suero.

Cuadro 6. Tratamiento y control postratamiento de las infecciones gonocócicas

Clasificación	Tratamiento				Control postratamiento
	Medicamento de elección: Penicilina G. procaína. Presentación: Fco. Amp. de 2.4 millones U. Clave 2040				
	Dosis Total	Aplicación diaria			
1a. Aplicac.		2a. Aplicac.	3a. Aplicac.		
En el hombre Gonorrea. Uretritis anterior Tratamiento epidemiológico en contactos	2.4	2.4			<p>Asegúrese de la efectividad del tratamiento.</p> <p>Recordar que en ocasiones la gonorrea y la sífilis coexisten simultáneamente y de ahí la necesidad de ordenar un VDRL un mes después de la infección gonocócica.</p> <p>Recordar que para aislamiento de <i>N. gonorrhoeae</i> en mujeres debe emplearse el medio de cultivo antibiótico selectivo de Thayer Martin.</p>
Uretritis posterior. Proctitis	7.2	2.4	2.4	2.4	
Epididimitis. Prostatitis	9.6	4.8	2.4	2.4	
En la mujer Gonorrea. Uretritis. Cervicitis Tratamiento epidemiológico en contactos	4.8	4.8			
Bartholinitis, esquistitis y anexitis	9.6	4.8	2.4	2.4	
Proctitis	7.2	2.4	2.4	2.4	
En el niño Vulvovaginitis infantil Oftalmía neonatorum	300000 U por kg de peso	100000 U por kg de peso	100000 U por kg de peso	100000 U por kg de peso	

Antes de aplicar la penicilina procaína deben investigarse antecedentes de intolerancia.

Otros antibióticos:

En la gonorrea, en el hombre pueden darse 8 g de eritromicina o tetraciclina por vía oral, en dosis de 0.5 g cada 6 horas durante 4 días.

En la gonorrea, en la mujer pueden darse 16 g de eritromicina o tetraciclina por vía oral, a dosis de 0.5 g cada 6 horas, durante 8 días.

ministración, puede dar lugar a que el padecimiento siga evolucionando y llegue a hacerse crónico o a dar complicaciones. En sífilis, eso se llama decapitar la evolución de la enfermedad; en la gonorrea, podemos observar uretritis residuales.

Esto destaca la gran importancia que re-

viste llevar a cabo tratamientos bien indicados y completos, y el peligro que representa la automedicación.

Dr. Beirana Dra. Hirata, ¿quisiera usted ampliar el punto de las uretritis?

Dra. Hirata En relación a uretritis en general, se entiende por uretritis residual, al

caso en el que persiste el gonococo; por uretritis no gonocócica, la infección e inflamación de la uretra adquirida por contacto sexual cuyo agente etiológico no es el gonococo. Es de importancia recordar que hay posibilidades de que coexistan dos o más agentes causales de una uretritis y que, después de tratamientos correctos para la blenorragia, persistan los síntomas y signos clínicos iniciales; a esta uretritis se le denomina postgonocócica.

Dr. Beirana ¿Qué frecuencia tiene la uretritis no gonocócica en nuestro medio?

Dr. Breña En México no disponemos de cifras exactas, pero podemos decir que cada día son más frecuentes. En otros países, como Gran Bretaña, esta etiología es tan frecuente como para afirmar que el 60 por ciento de las uretritis no son gonocócicas.

Dr. Beirana ¿Cuándo puede considerarse a un paciente curado de sífilis y gonorrea?

Dr. Breña El criterio de curación se basa en dos parámetros: la desaparición de las manifestaciones clínicas, y el no poder demostrar el agente causal en las lesiones. En sífilis, un criterio más lo constituye la desaparición de anticuerpos en suero, o cuando menos su estabilización.

Conviene recordar que, en determinadas personas curadas desde el punto de vista clínico, persisten anticuerpos en títulos variables. En esos casos, el criterio de curación se apoya en el hecho de que los títulos serológicos se mantengan constantes durante periodos de seis meses o más, sin exceder de una variante de un título de dilución, en especial si se trata de títulos bajos.

Dr. Beirana La interpretación de las reacciones residuales es un problema que se presenta frecuentemente, y tiene repercusiones laborales. Las personas que conservan serologías positivas llegan a perder su trabajo por mala interpretación. Debemos tomar en cuenta que, entre más temprano se administre el tratamiento, más probabilidades habrá de que las reacciones serológicas se negativicen, lo que quiere de-

Cuadro 7. Otros antibióticos para el tratamiento de la sífilis

En caso de comprobar sensibilidad a la penicilina pueden emplearse los siguientes antibióticos: eritromicina o tetraciclinas.

La **Eritromicina** se administrará por vía oral a la dosis de 2 gramos diarios, dividida en cuatro tomas iguales sin interrupción hasta completar 30 gramos en 15 días.

Las **Tetraciclinas** se administrarán por la misma vía y a las mismas dosis diarias durante 20 días hasta completar la dosis total de 40 gramos.

cir que las sífilis recientes se vuelven negativas en su mayoría, pero que las tardías seguirán positivas por toda la vida.

Dr. González Galván Esto también es importante en el manejo de los tratamientos, ya que muchos médicos, al observar la persistencia de la positividad de la serología de algunos pacientes, los consideran aún enfermos y les siguen administrando antibióticos.

Dr. Breña Yo iría más lejos, considero que una serología positiva de ninguna manera es un impedimento para que el individuo realice funciones normales de trabajo, sociales o sexuales, si ha recibido tratamientos completos.

Dr. Beirana ¿Cuál es el pronóstico de las EV?

Dr. González Galván En lo que se refiere a gonorrea, cuando los casos son tratados correctamente, curan sin ningún problema. En caso de tratamientos inadecuados, el paciente puede pasar

En sífilis reciente sintomática, el tratamiento con penicilina es tan efectivo que, en 24 horas el paciente deja de ser contagioso; en fases tardías, el tratamiento sólo logra detener el proceso. En una sola persona pueden coexistir varias enfermedades venéreas. Una vez curado el paciente, es recomendable que evite la promiscuidad y siga medidas de higiene adecuadas cuando tiene relaciones que implican riesgo de contagio.

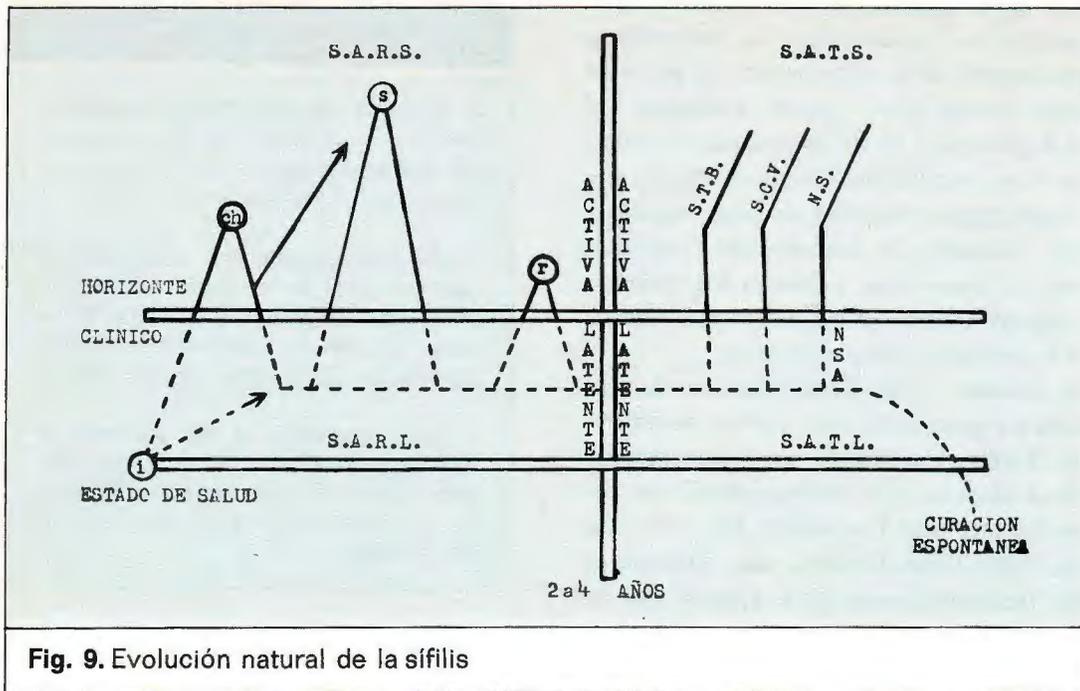


Fig. 9. Evolución natural de la sífilis

a la cronicidad o las complicaciones de las que ya hablamos. Quisiera resaltar dos aspectos de estas últimas: el costo de su atención y su peligro mortal. En sífilis reciente sintomática, ya sea en fase de chancro o de secundarismo, el tratamiento con penicilina es muy efectivo; tanto que, en 24 horas, el paciente deja de ser contagioso. En fases tardías, el tratamiento ya no es tan efectivo, porque la función del órgano afectado no se restablece completamente. Se dice que la sífilis reciente es curable, y que la tardía sólo se puede detener; esto se debe a que las lesiones de la reciente son resolutivas, mientras que las de la tardía son destructivas.

Dr. Beirana ¿Pueden coexistir en un enfermo varias enfermedades venéreas?

Dr. González Galván Es frecuente que una persona adquiera al mismo tiempo sífilis y gonorrea; hemos llegado a ver que, además de las mencionadas, adquieran sarna y piojos del cuerpo o de la cabeza. De hecho, se aconseja que, a toda persona que adquiere gonorrea, se la practiquen dos serologías, una en el momento de la primera consulta para descubrir sífilis antigua, y otra, uno o dos meses después,

en busca de sífilis reciente. Esto se justifica porque la sífilis no se cura con la medicación para la gonorrea; si tenemos una persona con los dos padecimientos, debe dársele tratamiento para cada uno de éstos.

Dr. Beirana ¿Qué medidas conviene recomendar a un paciente después de que ha recibido tratamiento adecuado?

Dra. Hirata En primer lugar, que se traten de evitar nuevos contagios; para ello debe estar consciente de los peligros de las enfermedades venéreas, y de que debe evitar tener relaciones con desconocidos o profesionales de la prostitución; esto es, hacer buena selección de la pareja. Otro factor de riesgo lo constituyen las relaciones promiscuas; es decir, con varias personas, escogidas indiscriminada o casualmente, y ya sea individualmente o en grupo. Este tipo de relaciones indiscriminadas y promiscuas predomina en jóvenes, y parece estar condicionado a factores culturales, sociales y psicológicos.

Tampoco debemos olvidar recomendar medidas de higiene o seguridad; por ejemplo, usar preservativos, orinar inmediatamente después a la relación, lavarse con agua y jabón los genitales, vientre y mus-

los, hacer duchas vaginales. También es importante inspirar confianza al paciente para que, en caso que sospeche un nuevo contagio, acuda al médico antes de presentar manifestaciones clínicas.

Dr. Beirana Existen grandes variaciones en las normas o conductas sexuales de acuerdo a los grupos de edad y las culturas. Una de estas últimas mejor estudiadas es la identificada con el machismo, cuyos rasgos característicos se hacen más manifiestos en los niveles socioeconómicos bajos y que cuentan, entre sus principales valores, la conducta sexual promiscua en el hombre.

En caso de enfermedad, ¿a dónde pueden acudir los pacientes?

Toda persona con una EV debe saber que puede acudir para su atención a cualquier clínica del IMSS o del ISSSTE u hospital de la SSA donde se le atenderá en forma confidencial, a él y sus contactos.

Dra. Hirata En el Distrito Federal, contamos con un sitio dedicado exclusivamente a la atención y detección de las enfermedades venéreas;

se trata del Centro Dr. Eliseo Ramírez, ubicado en Héroes No. 38, Col. Guerrero. No se cobra, o se cobra muy poco, según el caso. Además, todo hospital general de la SSA, toda clínica del IMSS o del ISSSTE atiende también estos casos.

Dr. Beirana Esto nos lleva a un hecho desconcertante: disponemos de estudios, medicamentos y atención gratuitos, y aún así las personas no acuden a buscar atención, ¿por qué sucede esto?

Dra. Hirata Quizá la razón sea que no saben dónde buscarla.

Dr. Beirana Aparte de la ignorancia y falta de información, me parece que el tabú de las enfermedades venéreas persiste, lo cual destaca la importancia que la educación tiene dentro de su profilaxis y control. Dr. González Galván, ¿quisiera usted exponer su opinión sobre profilaxis de estas enfermedades?

Dr. González Galván En primer lugar, cabe destacar que son curables casi en su

totalidad, que cuanto más tempranamente se inicie su tratamiento, mayores serán las posibilidades de curación y menor la probabilidad de que se presenten complicaciones. Si curamos oportunamente estos padecimientos, reducimos las fuentes de infección e interrumpimos cadenas de transmisión.

Si se deja avanzar la enfermedad a etapas tardías, aún con buenos tratamientos, podrá dejar cicatrices irreversibles e invalideces permanentes.

Es indispensable que el público sepa que la consulta y manejo de los pacientes venéreos se realiza con carácter confidencial, y nunca se menciona cómo se contrajo el padecimiento, ni quién fue el o los contactos. También es importante explicar que los tratamientos caseros y las recomendaciones de curanderos o amigos deben evitarse, ya que muchas veces, no sólo no curan el padecimiento, sino que complican la evolución y pronóstico de los casos.

Debe pugnarse porque los enfermos declaren sus contactos y éstos también se traten.

Dr. Rivera Melo Como siempre, la educación constituye la mejor medida profiláctica. Para el caso, sería recomendable la educación sexual desde la primaria hasta el último grado de cualquier licenciatura, sin olvidar la orientación de los padres para que estén capacitados para educar a sus hijos. Por supuesto, también sería conveniente capacitar a los maestros para que puedan transmitir buenos conceptos a sus alumnos, eliminando el tabú relacionado con las cuestiones sexuales, que aún impera en gran parte de la población, e impide que las personas acudan a solicitar atención médica ética, recurriendo para aliviarse, a los sitios que anuncian: "se curan enfermedades secretas".

Con respecto a la rama médica, es necesario que aprenda a pensar con orientación epidemiológica, reconociendo que no sólo se trata de curar a la persona que asiste a consulta, sino que siempre hay

que seguir la pista de los casos, investigando quién contagió al paciente y a quienes puede éste contagiar a su vez, para evitar que se siga diseminando la enfermedad a partir del primer contacto. En los Estados Unidos de Norteamérica, se llevó a cabo un estudio de una prostituta que llevaba como curiosidad una agenda con el nombre y dirección de sus clientes. En seis meses, esa mujer produjo directamente 90 nuevos casos de sífilis, diseminados por siete diferentes países, y que fueron el origen de 276 casos más entre cónyuges y amistades íntimas. Esto constituye un muy buen ejemplo del seguimiento de contactos en abanico.

Dra. Hirata En México no existe, como en otros países, personal especializado en el seguimiento de casos pista. En nuestras instituciones, se da tratamiento al compañero sexual y, a veces, las trabajadoras sociales investigan contactos y los citan para que se traten.

Dr. González Galván Son tres los enemigos del control de las enfermedades venéreas: la ignorancia, el miedo y la vergüenza. El primero puede no ser del resorte del médico; pero el segundo y el

tercero sí lo son y es nuestro deber combatirlos.

Dr. Beirana En conclusión, vemos que gran parte del problema gira alrededor de la ignorancia, y de patrones culturales entre los que destacan, sobre todo en jóvenes y adolescentes, la búsqueda de aventuras sexuales con cambios frecuentes de pareja, la elección de compañeros sexuales al azar, y también las prácticas sexuales en grupo.

De lo anterior se deducen algunas medidas preventivas generales como son: dar seguridad e integridad a los jóvenes para que establezcan relaciones perdurables, evitando así el aventurismo sexual; persuadir a los expuestos a consultar, y así recibir tratamientos profilácticos antes que aparezcan manifestaciones; convencer a los afectados a que declaren sus contactos, y hacer que éstos se traten para que no se siga diseminando el padecimiento; y, por último, modificar la actitud social en relación a estos padecimientos, obteniendo apoyo y colaboración de la sociedad, y en especial, de legisladores, administradores sanitarios, profesores de escuela y la rama médica.

Revista de la Facultad de Medicina

Unidad Administrativa (Atención: Srita. María Ledesma)
Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
Ciudad Universitaria, México, D.F.

Deseo suscribirme a la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, para lo cual envío por correo certificado la cantidad de: \$ _____ M.N. en cheque o giro postal a nombre de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., para iniciar mi suscripción a partir de esta fecha.

Nombre completo _____

Domicilio _____ Ciudad y Estado _____

En mi carácter de _____ Céd. Prof. _____

Médico recibido/Alumno/Público en general

Ciudad de _____ a _____ de _____ 197 _____

Firma