

Cuadro estadístico evolutivo de sífilis reciente en el Policlínico

Por los Dres.:

FERNANDO FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ Y ROGELIO CARTAYA RODRÍGUEZ

El incremento de casos de sífilis en nuestra Patria, coincidente con el aumento que se viene observando en escala Internacional desde el año de 1955, hizo que el hecho constituyese una preocupación para nuestras Autoridades Sanitarias, quienes se dieron a la tarea de elaborar un Programa de Control de Sífilis. Era necesario para ello crear las condiciones para que el Programa fuera del manejo no sólo del médico especializado, sino también de fácil uso por el médico general; sin culpa contribución, las medidas epidemiológicas tomadas, no serían del todo efectivas. Se planteaba como primera necesidad la de crear una clasificación, que a diferencia de la existente, fuese sencilla y de fácil manejo por el médico no especializado y al mismo tiempo, a más de llenar el aspecto sanitario de la sífilis se adaptase al empleo de la misma por el dermatólogo, al hacer un examen más acucioso del paciente. Surge así la clasificación sanitaria de sífilis, debido a la contribución del Dr. Carlos Castañedo, quien al someterla en 1962 a la consideración de los compañeros que laboramos en el Policlínico de Piel, en una de las reuniones conjuntas, que coordinadamente celebramos con el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", fue aprobada por nosotros.

Al ser adoptada por la Dirección Nacional de Dermatología del MINSAP se decidió ponerla en vigencia en el Policlínico, iniciándose la clasificación de los casos de sífilis de acuerdo con la misma y empleándose como esquemas de tratamientos, los adoptados por el Ministerio.

En el Cuadro No. 1, que aparece en la página siguiente, exponemos la clasificación de referencia. Como puede observarse el objetivo primordial de esta Clasificación es Sanitaria. De aquí la primera división en *reciente* (R), altamente infectante y *tardía* (T), considerada poco o nada infectante.

Tanto en la *reciente* como la *tardía*, se subdividen en *adquirida* (A), y *congénita* (C), las que a su vez pueden ser *sintomáticas* (S), y *latente* (L).

Hasta aquí la clasificación puede ser manejada fácilmente por el médico general.

La otra parte de la clasificación se refiere al aspecto clínico más detallado de la enfermedad, siendo por tanto más del manejo del médico especializado; para ello se toma las iniciales de la patología en cuestión, por ejemplo, en el caso

21 Director del Policlínico Especial de Piel e Higiene Social No. 1.

22 Consultante del Policlínico Especial de Piel e Higiene Social No. 1.

CUADRO No. 1

CLASIFICACION SANITARIA DE LA SIFILIS

RECIENTE (R)	Adquirida (A)	Sintomática (S)	Chanero (c) — debe especificarse serología (+ o —) Sifilides cutáneas (sc) — Roseola y sif. papulosas Sifilides mucosas (sm) — Placas mucosas, Condilomas planos Angina sifilítica (as) Fiebre sifilítica (fs) Reacción Jarisch-Herxheimer (rJH) — Febril o en lesiones Neurosífilis líquidiana (nl) — Señalar estado del LCR Meningitis secundaria (ms) — Rara Hepatitis secundaria (hs) — Rara Nefritis secundaria (ns) — Muy rara
		Latente (L)	No lesiones. Serología +. LCR negativo. TRx negativo
	Congénita (C)	Sintomática (S)	Sifilides cutáneas (sc) — Papulosas, vesiculares, rágades Sifilides mucosas (sm) — Condilomas planos, rinitis, angina Lesiones óseas (lo) — Frente olímpica, cráneo natiforme, Parálisis Parrot, Findlay, Osteocondritis y Condrosifilitis. Visceral (v) — Esplenomegalia Meningitis (m) — Rara
		Latente (L)	No lesiones. Serología +
TARDIA (T)	Adquirida (A)	Sintomática (S)	Gomas (g) — Especificar localización Sifilides cutáneas tardías (scT) — Localización Artropatía de Charcot (aC) Cardiovascular (c) — Artritis, Aneurisma, Insuficiencia aórtica tipo Hodgson Neurosífilis (n) — Líquidiana-Meningovascular-Tabes, Parálisis General, Atrofia óptica Visceral (v) — Hepatoesplénica, Gástrica. (Raras)
		Latente (L)	No lesiones. Serología +. LCR negativo. TRx negativo
	Congénita (C)	Sintomática (S)	Gomas (g) — Muy raros. De nariz o garganta Queratitis intersticial (qi) Atrofia óptica (ao) — Rara Dientes de Hutchison (dH) Lesiones radiológicas de epífisis (Ire) Tibia en sable (ts) Nariz en silla de montar (nsm). Estigma óseos (Eo) Signo de Hígoumenakis Hidrartrosis de Clutton (hC) Sordera (s) — Parálisis del VIII par craneano Neurosífilis sintomática (ns) — Muy rara. Igual al adulto Neurosífilis líquidiana (nl) — Señalar estado del LCR
		Latente (L)	No lesiones. Serología +. LCR negativo

Los objetivos de esta Clasificación son sanitarios, destacando la separación entre los casos RECIENTES (menos de 2 años post-infección), que se consideran altamente infecciosos, de los TARDIOS (más de 2 años post-infección) que se consideran poco o nada infecciosos.

de chancro se designa con la letra C, especificando si la serología es positiva o negativa, para lo cual a continuación de la C colocaremos el signo más o menos, según corresponda.

Esta clasificación además de cumplimentar el concepto moderno de epidemiología en sífilis, tiene la ventaja de permitir el manejo y tabulación fácil de los apartados por las máquinas electrónicas, ya que sólo uno de ellos tiene más de diez posibilidades, cosa fácil de resolver uniendo bajo la denominación de estigmas óseos la tibia en sable, la nariz en silla de montar y el signo *higoumenakis*.

En cuanto a los esquemas de tratamientos, se elaboraron cuatro como vemos en el Cuadro No. 2. el A que utiliza Penicilina G *Benzatínica* y el B que utiliza penicilina G *Procaínica* en Mono Estearato de aluminio (P.A.M.), fueron utilizados por nosotros, Estos esquemas de tratamientos, cumplimentan también los objetivos sanitarios, al convertir en no infectantes los casos de sífilis reciente, ya que administran la Penicilina, en tiempo corto pero suficiente, con dosis intensivas de inicio (2'400,000) U. Como dosis total se emplean Seis Millones de Unidades de Penicilina distribuidas en tres dosis, separadas una de otra por cuarenta y ocho

CUADRO No. 2 TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

Tipos de Penicilina Ira. Sesión	2da.Sesión	3ra. Sesión	Total		
	48 horas	48 horas			
A					
Penicilina Benzatínica	2,400,000 U	2,400,000 U	1,200,000 U	6,000,000	u
B					
Penicilina Procaínica con monoestearato.....	2,400,000 U	1,800,000 U	1,800,000 U	6,000,000	u
C					
Mezcla 'de Benzatínica, Procaínica y Cristalina	2,400,000 U	1,800,000 U	1,800,000 U	6,000,000	u
	8 de 300,000				
	ó 2 de 1,200,000				
D					
Penicilina G Cristalina Procaínica	200.000 U	2,000,000 U	2,000,000 U	6,000,000	u

Se preferirá el esquema A. y después el B, C, D, según la Penicilina de que se disponga. Todos los casos deben tratarse con estos esquemas, con las siguientes excepciones:

1. Los casos de sífilis cardiovascular serán enviados para estudio a centros especializados.
2. Los niños menores de dos años recibirán la mitad de cada dosis.
3. Los casos de intolerancia a Penicilina serán tratados con Tetraciclina de 1.5(1 a - gmos. diarios durante 21 días.

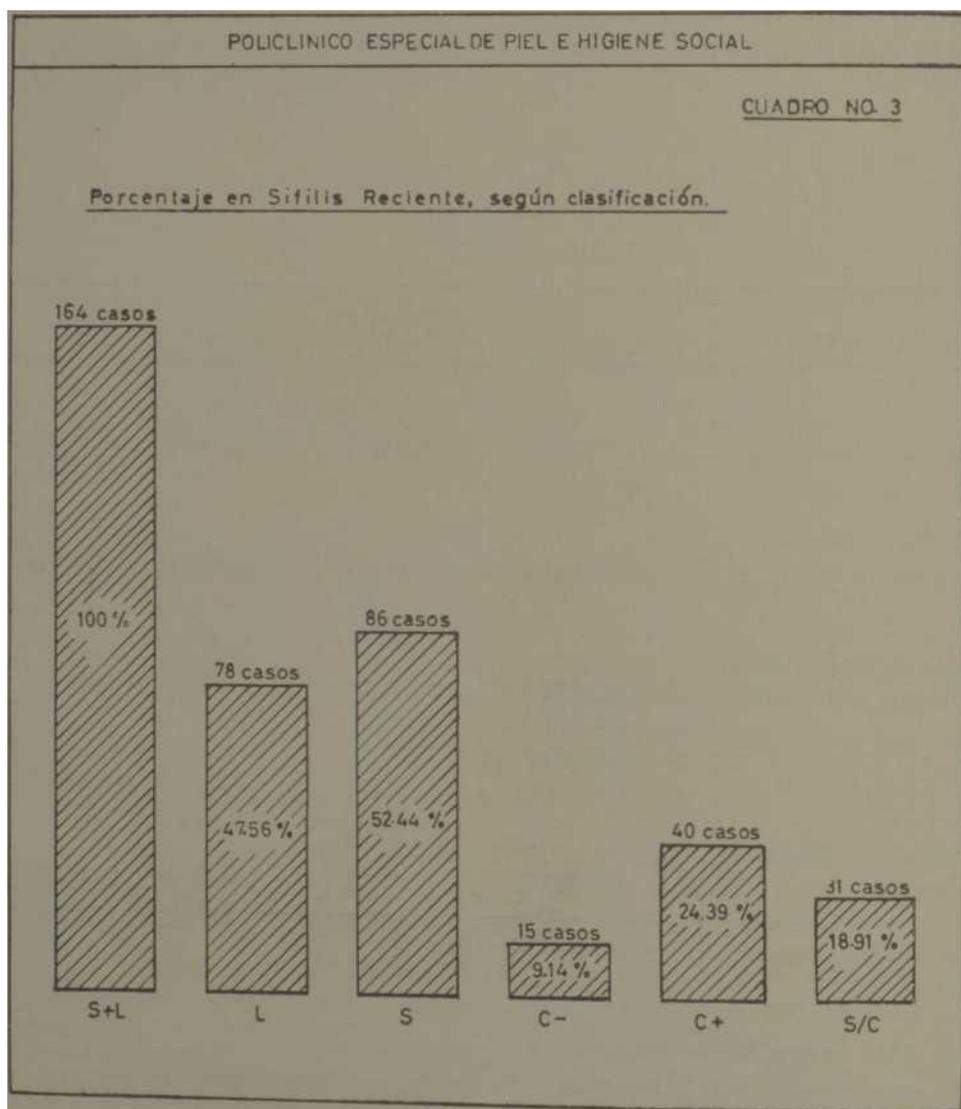
Í48) horas de intervalo. Esta forma de administración tiene la ventaja de reducir el número de veces que el paciente concurre al Policlínico lo que hace que el tratamiento no se abandone y se reducen de este modo, las ausencias al trabajo, tan necesarios en estos momentos a nuestra Patria.

En 1964, año en que se toman los casos para el estudio, hubieron en el Policlínico de Piel, 15.236 consultas dermatológicas de nueva inscripción, de las cuales 371, correspondieron a

casos de sífilis recientes, lo que representa el 2.43% de los casos. Se revisan 164 hojas clínicas de los 371 casos de sífilis recientes, revisión que se hace a fines del año 1965, por lo que la mayoría de los casos tienen más de un año de tratamiento, y otros por lo menos uno.

Los resultados terapéuticos han sido satisfactorios, similares a los observados con la administración diaria de Penicilina en mayores cantidades.

En los cuadros que siguen, hacemos un análisis de nuestra casuística, tienen-



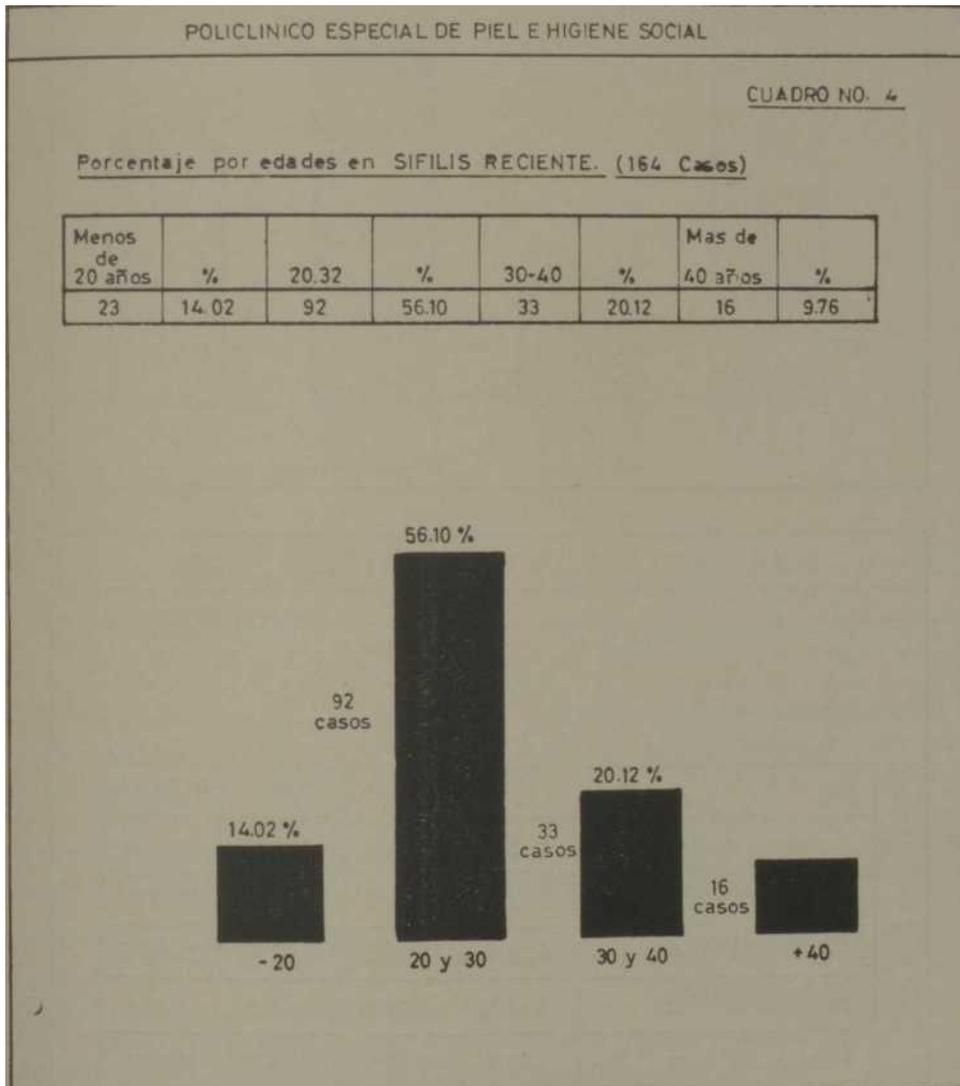
En cuenta el factor edad, sexo, raza, número de casos y porcentaje de las distintas variantes clínicas, según la clasificación adoptada y por último tres tráficos que muestran la evolución de la serología post-tratamiento.

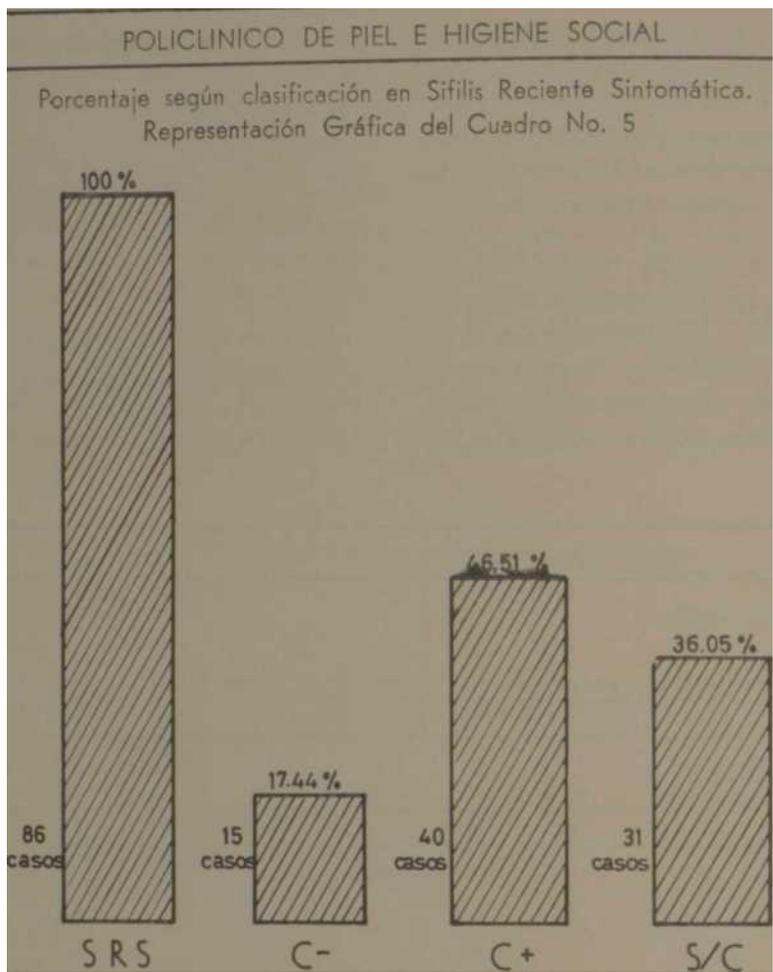
Cuadro No. 3.—En este cuadro vemos que de los 164 casos de sífilis reciente adquirida, 78 corresponden a sífilis *latente* (47.56%) y 86 casos a sífilis recientes adquiridas *sintomáticas* (52.44%), éstos últimos agrupados, según clasificación en 15 caeos C

— (9.14%); 40 casos -) (84.39%); y 31 casos S/C (18.91%).

Cuadro A o. 4.— En él observamos que el mayor porcentaje de casos se encuentran entre los 20 y 30 años de edad, lo que representa más de la mitad de los casos, es decir el 56.10%.

Cuadro A o. 5.—Agrupa este gráfico los casos de sífilis reciente *sintomática*. de acuerdo con el tipo de lesión y por edades. De su análisis observamos:





POLICLINICO ESPECIAL DE PIEL E HIGIENE SOCIAL

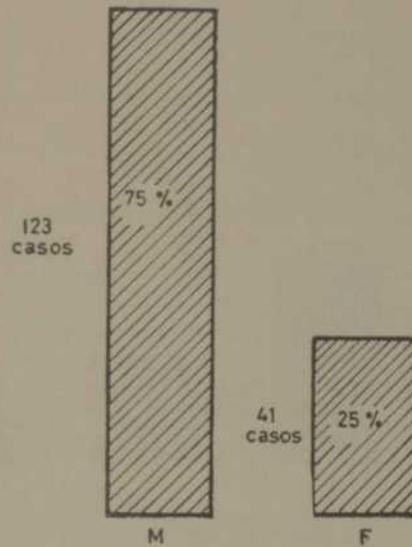
CUADRO NO. 5

Sífilis Reciente Sintomática
Porcentaje
86 Casos

	C -	C +	S/C	TOTAL
Menos de 20 Años	2.33 %	6.98 %	9.30 %	18.61 %
De 20 a 25 Años	2.33 %	13.95 %	10.47 %	20.75 %
De 25 a 30 Años	9.30 %	11.63 %	4.65 %	25.58 %
De 30 a 40 Años	3.48 %	11.63 %	3.49 %	18.60 %
Mas de 40 Años	0.00 %	2.32 %	8.14 %	10.46 %
TOTALES	17.44 %	46.51 %	36.05	100.00 %

Porcentaje de acuerdo con el sexo en Sífilis Reciente.

Sexo	M	%	F	%
	73	75	41	25



Que la mayoría de los casos concurren a consulta en fase de chancro con serología positiva, en nuestra casuística corresponde al 46.51%, siguiéndole con frecuencia las lesiones de sífilides cutáneas con un 36.059c.

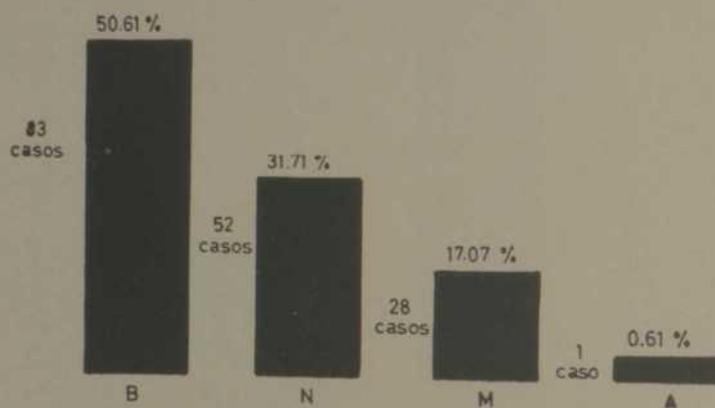
Cuadro No. 6.—Según observamos el 75% de los casos corresponde al sexo masculino y sólo el 25% al femenino, hay que destacar que la casi totalidad de los casos del sexo femenino fueron del tipo de sífilis *reciente*, con lesiones

cutáneas (*sífilides cutáneas*), ya que sólo dos mujeres presentaron chancros con Ultra-Positivo. Esto lo explicamos bien, porque la mayoría de las veces, la mujer concurre primero a la consulta del ginecólogo y no a la del dermatólogo. Además, el chancro sífilítico por su situación pasa desapercibido.

Cuadro No. 7.—Aunque entendemos, que la raza no constituye un factor a considerar en la evolución de la enfermedad, como dato curioso podemos ob-

Porcentaje según raza en Sífilis Reciente.

B	%	N	%	M	%	A	%
83	50.61	52	31.71	28	17.07	1	0.61



servar, que, si sumamos, el porcentaje correspondiente a la raza negra y a la mestiza, vemos, que es prácticamente igual el porcentaje de la raza blanca.

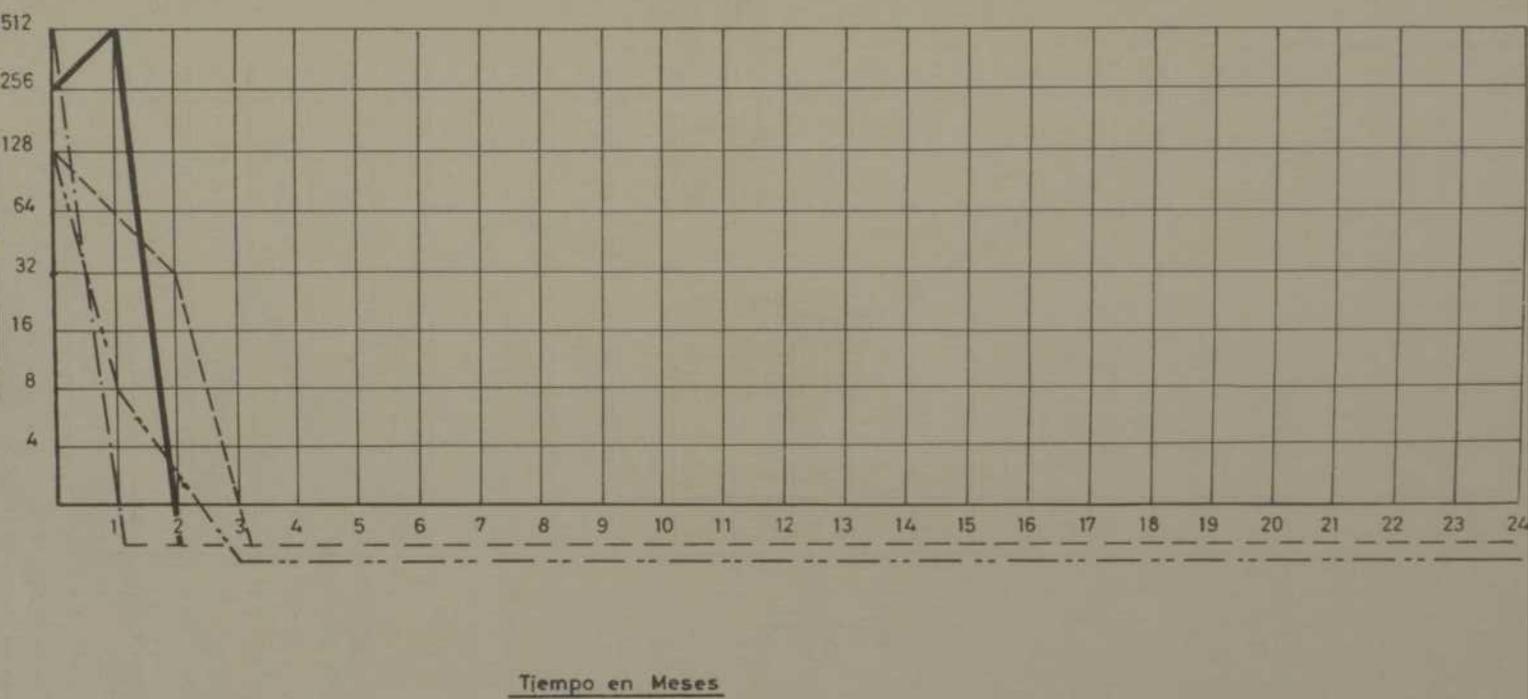
Como se sabe la terapéutica con Penicilina, no sólo produce la modificación del cuadro clínico, sino que también modifica la evolución serológica.

Los 15 casos clasificados como C—, es decir sífilis reciente adquirida *sintomática* con Ultra-Positivo y serología no reactiva, la serología nunca se hizo positiva después del tratamiento. Representan el 9.14%.

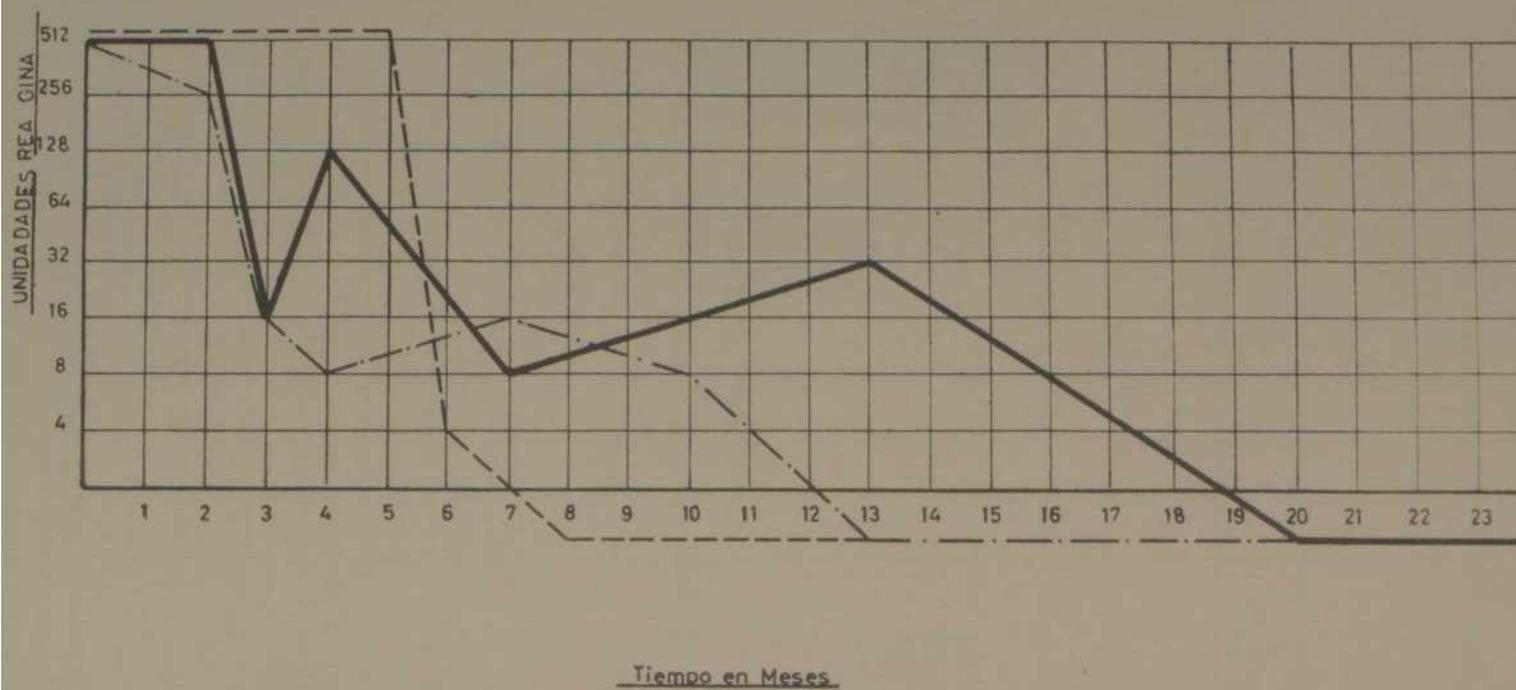
Cuadro No. 8.—Corresponden a los casos C— (—, es decir sífilis reciente adquirida *sintomática* con chancro y serología reactiva. El tratamiento realizado en esta fase logró la negativización de la serología entre el primero y tercer mes, después del tratamiento. A este grupo correspondieron 40 casos según hemos visto anteriormente, es decir un 24.39%.

Cuadro No. 9.—Correspondiente a sífilis reciente adquirida *sintomática* S/C, es decir con sífilides cutáneas. El tratamiento iniciado en esta fase consiguió

RAS c+



R A S s/c



la negativización de la serología dentro del séptimo y décimo-octavo mes en los 31 casos, que corresponden al 18.91%.

Cuadro No. 10.—Aquí se estudia los 78 casos de sífilis reciente adquirida *latente*. Hemos tomado cuatro curvas tipo. La *curva núm. uno*, vemos que se inicia cuatro U. de Reaginas y después del tratamiento se mantiene con pequeñas oscilaciones, negativizándose al oncenno mes. En nuestra casuística sólo 18 casos siguieron esta evolución, lo que representa un 23.08% de los casos de sífilis *latente*.

La *segunda curva* es representativa de la evolución serológica de 55 de los casos, que evolucionan con serología positiva. pero con títulos bajos de Reaginas (70.51%). Este tipo de curva nos ha llamado la atención, ya que no es la evolución esperada, en casos de sífilis reciente adquirida *latente*, motivo por lo cual, estamos estudiando el comportamiento de la serología, de nuevo, realizando una rectificación de los casos. buscando las razones por las cuales el comportamiento de la serología, no guarda relación, con el comportamiento de la misma, en los casos de sífilis *sintomática*. La elevación de la sensibilidad serológica, en nuestro Laboratorio pudiera «er la causa.

La *tercera curva* representa un caso que vino a consulta con historia de nuevo contacto sospechoso v chancro inicial, con ultra-positivo, por lo cual lo consideramos como re-infección, por lo que repetimos el tratamiento. Representa el 1.28%.

La *cuarta curva* corresponde a la evolución de cuatro casos considerado por nosotros como reactivación, ya que mantienen títulos de Reagina altos. En estos casos no encontramos historia ni lesión sospechosa de sífilis. Por considerar el tratamiento insuficiente lo repetimos con dosis mayore. de Penicilina, administrando esta vez 10 millones de Unidades. Estos casos representan el 5.13%.

Se efectúa líquido cefalorraquídeo de estos casos que no negativizaron. encontrándolos no activos.

CONCLUSIONES

1. Entendemos que la clasificación empleada es funcional, desde el punto de vista clínico y sanitario, v de fácil manejo por el médico no especializado.
2. Del estudio de Jos casos se desprende que el 56.10% corresponde al período de mayor actividad sexual (20-30 añosl.
3. Que la mayor parte de los casos que concurren a consulta, con lesión inicial (chancro) son del sexo masculino.
4. Que los casos C— (pre-serológicos) en el 100% de los casos nunca la serología fue positiva.
5. Que los casos C(- y S/C se negativizaron todos después del tratamiento. Los primeros entre el primer y tercer mes y los segundos entre el séptimo y décimoetavo mes.
6. Que los casos de sífilis reciente adquirida *latente*, están nuevamente en estudio por nosotros por las razones expuestas.
7. Consideramos que los tratamientos en la forma v dosis utilizados, son efectivos, no consiguiéndose mejorar la evolución de los casos, con el empleo de dosis mayores. Que sólo hicimos uso de ellas, en los casos considerados como reactivación, y que en los casos de reinfección hicimos un nuevo tratamiento.
8. Que es de primordial importancia el diagnóstico precoz y tratamiento suficiente en dosis y tiempo, así como la búsqueda de los contactos en todo caso de sífilis reciente.

CONCLUSIONS

1. The authors feel the classification employed to be functional, both from a clinical and public health view point and easy to handle for non-specialized physicians.
2. It follows from the cases studied that 56.10% correspond to the period of highest sexual activity (20-30 years of age).
3. Most of the cases showing an initial lesion (chancre) seen at our office have been males.
4. 100% of cases classified as "C"—(preserological) showed no positive serology.
5. Cases classified as "C" + and S/C became all negative after treatment: former the first and the third month and latter between the seventh and eighteenth month.
6. The cases of recently acquired *latent* syphilis are being studied anew by us for reason given above.
7. We consider the treatment as applied by us as to forms and doses to be effective, larger doses not having been able to favorably influence the evolution of cases of this kind. We only used such doses in cases considered as of reactivation; in those of reinfection we started a new treatment.
8. Early diagnosis and adequate treatment as to doses and duration, as well as the search for contacts are all of primary importance in every case of recent syphilis.

CONCLUSION

1. Les auteurs y pensent que la classification employée est fonctionnelle, autant du point de vue clinique que de celui de la santé publique et (pi' elle est facile á utiliser pour les médecines non-specialisés.
2. Il s'ent suit des cas étudiés que le 56.10% correspondent á la période de la majeure activité sexuelle (20- 30 ans).
3. La majeure partie des cas qui ac courent á notre cabinet présentant une lésion initiale (le chancre) ap- parti'ennent au sexe masculin.
4. Le 100% de cas classifiés comme "C" présérologiques) ne présentaient point de sérologie positive.
5. Les cas classifiés oomme "C" + et S/C se rendirent tous négatifs après le traitement.
6. Les cas de syphilis acquise récente et *latente* se trouvent de nouveau sou- mis á notre étude pour les raisons susmentionées.
7. Nous considérons que le traitement aux formes et aux doses utilisées est effectif, sans que des doses plus élevées réussissent á influencer favorablement sur l'évolution des pareils cas. Nous avons employé de telles doses seulement chez les cas consideres comme subissant une reactivation tandis que chez ceux réinfection nous avons initié un nouveau traite- ment.
8. Que le diagnostic de bonne lieure et le traitement suffisant en ce qui concerne aux doses et á la durée ain- si que la recherche des contacts ont une importance du premier rang chez tout cas de syphilis récente.