

Algunos aspectos de la Sífilis en Honduras

Por el Dr. HERNÁN CORRALES P.

Trabajo leído por su autor en el seno de la "Asociación Médica Hondureña"

Insistentemente llamaba la atención Warthin, en sus lecciones clínicas, sobre la extraordinaria adaptación del ciclo vital de la espiroqueta pálida al organismo humano. Experimentalmente está demostrado el concepto de la gran perfección de la simbiosis espiroqueta-hombre; tiene una tan notable adaptación parasitaria la espiroqueta, que guarda sus posiciones en el organismo ante diversas condiciones de oposición.

El curso de una infección sífilítica en cualquier caso, está determinado por varios y complejos factores cuya relación y significado no se conocen totalmente en la actualidad. Koller ha expresado ya su teoría de que existe en el hombre, además del cuadro clínico habitual que resulta de la reacción contra el germen, "un estado de portador caracterizado por una inmunidad completa o alergia contra la infección.

Lo que extraña es ver muy pocas y poco concretas comunicaciones de personas o grupos definidos de personas, que sean portadores de sífilis toda la vida sin afectarse apenas por la presencia del germen.

En el hombre podemos controlar apenas dos factores de su relación con la espiroqueta: las cepas del germen y la duración de la infección en un número dado de casos.

Stokes comenta el caso de "dos hermanos infectados coetáneamente por la misma mujer; las dos infecciones siguieron un curso totalmente distinto. En un hermano sobrevino un chancro típico y lesiones secundarias claras dentro del período corriente. En el otro aparecieron tres úlceras peneanas dos semanas después que en su hermano. No se presentó secundarismo y sólo se supo su infección general al practicarse una reacción, de waserman cuando se observó la erupción secundaria en su hermano.

Livingood y Berman, por el contrario, en 1941 consignan la semejanza del curso de una infección con una cepa única de espiroquetas mediante transfusión sanguínea a cada uno de dos hermanos. En 1941 Morgan en un intento por determinar el curso de la sífilis, indicó un 33 a 35% de infección a sintomática y un 25 a 35% de "curación" espontánea en el curso de los primeros 20 años de la infección. Sin embargo hay imposibilidad de establecer conclusiones definitivas.

Estudiando la sífilis en las prostitutas, Brandt cree que es posible una verdadera resistencia a la infección, y que las mujeres que no contraen precozmente la enfermedad en su ejercicio, pueden

escapar a ella en alto porcentaje. Legrain y Shulman han publicado casos de verdadera inmunidad.

Lo anteriormente expuesto, a manera de exordio, nos lleva a considerar un aspecto de suma importancia para nosotros, que declaramos paladinamente, puesto que de la exposición del hecho, resultarán las opiniones y conceptos que harán luz en nuestro problema.

Es el caso que, nosotros somos jefes del servicio de dermatovenerología del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa, estamos sorprendidos por el escasísimo número de lúes cutánea secundaria y cutánea terciaria y aunque en menor proporción, escaso número de sífilis primaria. Vemos con alguna regularidad, los casos dermatológicos de la consulta externa del mismo hospital y esporádicamente hemos asistido a los servicios diurno y nocturno de la Dirección General de Sanidad, en donde observamos el mismo fenómeno. No se nos escapa que, con los tratamientos modernos, el número de sífilis precoz ostensible ha disminuido muchísimo, pero nuestra observación ha recaído sobre una masa heterogénea de gente, muchas de las cuales nunca han tenido que ver con el médico por su género de vida. Además, cuando éramos estudiantes, nos llamaba la atención el hecho de que, las sífilis descritas clásicamente, nuestros profesores las mostraban muy rara vez y uno de ellos que, por su condición de médico militar en España y sus colonias, estaba familiarizado con dichas manifestaciones, ya nos llamaba insistentemente la atención sobre el fenómeno, antes del advenimiento de los medios modernos de tratamiento.

No pasamos desapercibido el concepto de que siendo las manifestaciones secundarias en la piel, eminentemente variadas y diversos sus modos de agruparse y la fuerza de los brotes, hay que agotar los medios de examen objetivo.

Stokes habla de grandes series clínicas de sífilides foliculares variadas que han pasado inadvertidas a sífilólogos experimentados.

Contrariamente, la lúes nerviosa y cardiovascular, muestra una insidencia regular. La heredolúes exhibe una frecuencia que no nos sorprende y la sífilis del aparato visual (según informes de Oftalmólogos), especialmente las corioretinitis, son frecuentes.

Pensamos, si no se trataría de una reacción inmunológica especial del organismo en nuestro ambiente, que imprima tal carácter a las manifestaciones lúeticas de piel por razones geográficas, climáticas o humanas propiamente dichas, haciendo a aquellas fugaces, poco aparentes o aún oligomórficas, que no nos permite ver lo que vemos en otras latitudes, en donde la campaña sanitaria incluso es intensa pero que no ha logrado aún evitar la observación de variadas manifestaciones de sífilis cutánea.

Referentes al oligomorfismo tenemos la impresión de que muchas sífilis secundarias entre nosotros son foliculares, discretamente aparentes y que en algunos casos pueden llegar hasta el aspecto del lichen espinuloso. Ya dijimos que Stokes ha insistido sobre

largas series clínicas de sífilides foliculares y H. H. Hazen, atribuye a la raza negra el patrimonio de la sífilides foliculares diversamente agrupadas, e insiste en que hay que estar prevenido para no dejar escapar muchas lúes secundarias en aquella raza por tal motivo.

Para nosotros es muy raro observar roseolas, placas mucosas, sífilides papulosas, papuloerosivas, etc. Igualmente raro es observar sífilides circinadas, modulares, noduloulcerosas, etc. (sin embargo tenemos casos comprobados de por lo menos uno de cada uno).

Hay una gran cantidad de factores que influyen accesoriamente el curso de la sífilis y que han sido comentados con mayor o menor preponderancia por diversos autores.

Del grupo clínico cooperante, extraemos los siguientes:
Germen (cepas).

Estación y radiación solar, etc. A este respecto nosotros queremos recordar que el Dr. Frederick R. Schidt de Chicago hizo un magnífico estudio de la leishmaniasis y la lepra en Bolivia y concluyó que las partes bajas de aquel país con clima caliente y húmedo condicionan formas intensas de lepra y leishmaniosis con marcadas manifestaciones generales y cutáneas; los climas de altura secos determinan mejoras muy aparentes- de los enfermos que traducen disminución de la actividad biológica de los agentes. Esto está de acuerdo con experiencias que demuestran que la reducción del oxígeno atmosférico perturba in vitro la vitalidad del bacilo de Hansen y debilita su actividad patógena. De manera parecida las modificaciones del Oxígeno atmosférico podrían condicionar las diferencias de las lesiones de la leishmaniasis por influencia sobre la actividad de los micro-organismos. El autor hace recordar, a) objeto de comprender los efectos de la deficiente oxigenización de los tejidos, sus estudios interesantísimos sobre afecciones de la piel según las condiciones climáticas. Y dice que es necesario llamar la atención sobre la influencia del clima en las enfermedades de la piel, tal como lo señalara Marchionini.

Fahri Izgi ha expresado que la rareza de ciertas Dermatitis en la Anatolia Central pueden ser atribuidas exclusivamente a la altitud.

La valoración de las influencias del clima es un problema complejo. No hay que considerar solamente las radiaciones solares, humedad, régimen de lluvias, calor y frío. Hay muchos otros factores. Uno de los más importantes es el tipo de alimentos que se encuentra en localidades ubicadas a 3.000 metros y más sobre el nivel del mar. La bioquímica recientemente ha indicado métodos terapéuticos utilizando conocimientos aportados por el estudio del suelo. La tierra está perdiendo su contenido mineral. Las encimas que regulan los procesos de oxidación, pueden estar controladas por cantidades mínimas de vitaminas. El uso de vitaminas y minerales produce una reducción, de la tensión de oxígeno de la sangre por interferencia en el sistema enzimático de oxidación y reducción.

Factores Edocrinos

Dieta.— (Desarrollo precoz de lesiones en la acidosis del conejo. Deficiencia de B2 como coadyuvante de la queratitis intersticial)

Edad.— (Frecuencia de sífilis de las mucosas en segunda infancia).

Raza.— Es digno de notar la enorme frecuencia de sífilides foliculares especialmente anulares en la raza negra y H. H. Hazen dice que siempre hay que esperar una erupción papulosa en el secundario de la raza negra (contrario a lo que observamos nosotros en Honduras) y que las pápulas planas son en aquella raza especialmente frecuentes hasta el grado que semejan las de la psoriasis; pero he sabido que la raza negra, muy rara vez sufre psoriasis.

H. H. Hazen insiste además en la gran frecuencia de la adeno-patía especialmente cervical y supraepitroclear en la sífilis latente del negro (hecho que se observa entre nosotros) y la prevalencia de la sífilis osea sobre la neurosífilis en esta misma raza. En los negros africanos hay ausencia de abortos sífilis viseral.

Hecho importantísimo: los islandeses están casi libres de sífilis.

Embarazo. Ya Hutchinson había comprobado la influencia favorable del embarazo sobre la sífilis, Moore y otros han probado aquel aserto. La sífilis secundaria es leve en la embarazada y hasta puede quedar inhibida en el cincuenta por ciento si la infección se realiza durante el embarazo. El embarazo prolonga la lactancia, protege los huesos el sistema nervioso y la piel. Hay pues, una influencia del bloquimismo del embarazo en el curso de la infección. Se ha hecho célebre la frase: "la gestación ejerce una influencia favorable sobre la sífilis, pero la sífilis no la ejerce sobre la gestación".

¿No podría actuar una o varias de las causas apuntadas sobre la evolución de las sífilis en nuestro país? Evidentemente, no se puede negar el hecho impunemente y, como lo que hemos declarado es la observación diaria en nuestro medio, pensamos que es importante dejar abierta esta ruta de investigación sobre el particular.

Brunsgard divide en cuatro grupos los pacientes en los cuales la sífilis evoluciona sin mediar tratamiento alguno:

- 1° Enfermos que desarrollaron lenta y progresivamente lesiones graves de naturaleza cardiovascular o neuropsiquiátrica;
- 2° Enfermos en los cuales sobrevinieron lesiones destructivas de la piel, mucosas, esqueleto, aparato ocular, etc.;
- 3° Latencia clínica total durante todo el tiempo de observación, pero positividad de las reacciones serológicas en la sangre;
- 4° Enfermos en los cuales *no* se observó clínicamente ni por el laboratorio ni en la necropsia, evidencia alguna de sífilis.

Moore y Flemin al discutir la hipótesis que permiten explicar una evolución tan variable de la sífilis humana, consideran a las siguientes como las más importantes:

- 1° Variaciones en la infecciosidad del treponema;
- 2° Factores extraños a la infección en sí misma, pero que parecen ejercer una influencia favorable en el desarrollo del treponema;
- 3° El mecanismo defensivo del huésped; esta última parece ser la que desempeña el principal papel en el proceso de la evolución de la sífilis.

El hecho de que tanto experimentalmente en el animal como espontáneamente en el hombre parece existir una relación inversa entre el tamaño y número de las lesiones primosecundarias, por una parte y las terciarias o viscerales por otra, ha ocupado mucho la atención de Brown y Pearce, quienes lo han expresado con el nombre de ley de las proporciones inversas, establece que: "cuanto más intensas sean las lesiones recientes menor intensidad tendrán las manifestaciones tardías de la enfermedad y viceversa".

¿No podría tratarse en nuestro medio de una permanencia fija de los postulados de dicha ley? En el cual caso el período primosecundario siendo efímero y poco ostensible daría paso a manifestaciones tardías no cutáneas,

Importante sería aquí meditar sobre la inmunidad en el individuo sífilítico no tratado que magistralmente describió Urbach Beerman.

El curso completo de la sífilis no tratada puede explicarse por las bases de la alergia o lo que es lo mismo, por las bases de una capacidad de reaccionar modificada del organismo infectado. Todas las manifestaciones anatómicas clínicas y serológicas se interpretan de acuerdo con las leyes de la alergia que preciden la evolución de las enfermedades infecciosas en general.

Las diversas manifestaciones que se apartan, del patrón, tienen que interpretarse como diferencias individuales en la interrelación espiroqueta-huésped.

En general la induración debe verse no sólo como un proceso de la enfermedad sino como una alergia que lleva a la destrucción de gran número de espiroquetas. Las manifestaciones secundarias las interpretamos por el hecho de que las espiroquetas ya en el torrente circulatorio son atacadas y destruidas parcialmente. Como la piel es particularmente rica en anticuerpos, este concepto se realiza mejor en este órgano. Entonces las manifestaciones secundarias son, por una parte, signos de enfermedad activa y por otra, manifestaciones de un mecanismo alérgico de defensa.

En orden a explicar por esta vía la escasez de manifestaciones cutáneas en nuestro medio, pensamos. ¿Si no se trataría de una disminución en la entrega de anticuerpos que permite a los microorganismos proliferar, pero cuyo ataque se ve desprovisto de los poderes de resistencia, imprimiendo así un carácter distinto a las manifestaciones? O acaso, una cepa de espiroqueta, cuyas severidades no hacen poner en juego aquellos mecanismos; alérgicos del organismo, resultando manifestaciones diferentes en la piel a las que

resulta de una beligerancia plena de las espiroquetas y los anticuerpos. Se realizaría en último término, algo así como un estado de alergia a nivel de la piel. (Ya se han evidenciado estados de esta naturaleza por el hecho, de encontrarse gran número de espiroquetas en el miocardio de un niño sífilítico congénito que no da lugar a ninguna reacción tisular evidenciable).

Sería interesante hacer una larga prueba con luetina orgánica (preparada del sífiloma totalmente desarrollado del testículo del conejo) para revelar el grado de alergia que tienen los sífilíticos de nuestra latitud. En manos de Kolmer, Blaner y Tuft los tests dan resultados positivos era, los tipos en los cuales el grado de alergia es alto. No es ocioso llamar la atención en este momento sobre los hechos claros e innegables de que muchas otras afecciones universales ostentan en nuestro medio una gran irregularidad: la ausencia práctica de escarlatina, carbunco, muermo. La rareza de la difteria, la corea (complicación del reumatismo febril), etc.

Estos, hechos últimos, que han sido apuntados con gran criterio por Gómez Márquez y otros sobre los que han insistido por realizarse en su campo clínico (oftalmología) nos mueven a pensar, si no estamos frente a un factor común, que imprime tal modificación a las afecciones infecto-contagiosas entre nosotros

BIBLIOGRAFÍA

- STOKES, BEERMAN, INGRAHAM.— Sifilología clínica moderna, 1949.
- ERICH URBACH YHERMAN BEERMAN M/D.— El estado actual de la inmunidad y alergia en la sífilis. *Am. J. of Syphilis Gonorrhoea and Venereal Diseases* 31: 2.192 March 1947.
- MARCIAL I. QUIROGA y ayudantes.— Sífilis. 1950. Cátedra titular de Dermatosifilografía de Buenos Aires.
- FFREDERICK R. SCHMIDT.— AE., M, D. Leishmaniosis cutánea. Posibilidad de nuevos métodos de tratamiento. Departamento de Dermatología Northwestern University Medical School. Chicago. 1949.