

# Estudio de 100 Casos de Chancro Sifilítico en Costa Rica

Por

Dr. Jorge de Mézerville \*

Dr. Manuel Zeledón P. \*\*

## INTRODUCCION

Para el presente estudio se han escogido 100 casos al azar de pacientes de la Consulta Externa del Departamento de Lucha Antivenérea. Todos ellos con sífilis primaria en su modalidad de chancro.

Nuestro estudio ha consistido en investigar las modalidades clínicas y las características sociológicas de cada caso; así mismo, hacer un estudio comparativo de estos detalles con otros pueblos similares.

Se ha puesto principal interés en el tratamiento con penicilina a base de monoestearato de aluminio, para tratar de demostrar que todavía su eficacia es muy aceptable; lo poco frecuente de las reacciones secundarias y la pronta desaparición del *treponema pallidum* de las lesiones abiertas, hacen que esta droga sea la predilecta. Basados en este último punto hemos conseguido un criterio epidemiológico de importancia práctica, dado que con la primera dosis masiva del P. A. M. las lesiones de nuestro paciente pocas horas después, dejan de constituir un peligro epidémico.

## 1º) NUMERO DE CHANCROS EN CADA INFECCION

El concepto generalizado de que el chancro sifilítico es siempre único ha desaparecido de la práctica. En toda lesión ulcerativa tenemos que buscar tanto *treponema Pallidum* como *Hemophilus Ducrey*. Las formas mixtas son frecuentes y desde luego clínicamente revisten características de ambas entidades nosológicas. En el grupo escogido resultó que el 36% presentaba más de un chancro sifilítico y desde luego siempre estuvo presente la espiroqueta pálida aunque algunas de las otras lesiones fueran de tipo chancroide comprobados por el laboratorio.

\* Director del Departamento de Lucha Antivenérea.

\*\* Jefe del Servicio Social de Lucha Antivenérea.

---

## 2º) GRUPOS DE EDAD

Como podemos notar en nuestro estudio se comprueba una vez más que la frecuencia más alta de sífilis reciente sintomática corresponde a las edades comprendidas entre 20 y 34 años, que no sólo coinciden con la época de gran actividad sexual del hombre sino que van acordes con la edad productiva, económicamente hablando, para poder afrontar las oportunidades mundanas. El adolescente y el púber, que se encuentran en edades de gran apetito sexual no son arrollados con la misma facilidad por los antros del vicio y del comercio carnal, pues no cuentan con la solvencia económica ni con el libre dominio de sus costumbres que hasta el momento pueden estar influenciados por sus padres.

Nótese que la mayoría de los países de cultura similar a la de Costa Rica los porcentajes más altos corresponden a los nuestros, o sea en las edades de 20 a 24 años.

## 3º) LOCALIZACION

La localización de la lesión ulcerada en el pene, nos dio un porcentaje, que está más o menos de acuerdo, con lo descrito en los libros, a este respecto, a saber:

Surco balano-prepucial (primer lugar con . . .)	68%
Frenillo (segundo lugar con . . .)	15%
Prepucio	7%
Glande	6%
Piel del pene (que no es prepucio)	4%

## 4º) ADENITIS INGUINAL

Indudablemente, que la adenitis inguinal como lo sostenían algunos sífilólogos, franceses de renombre, es el signo más constante de la lesión sífilítica, es el signo patognomónico del chancro luético en los órganos genitales externos. A tal extremo, que la lesión puede ser a veces, tan pequeña que pasa desapercibida, como en la sífilis decapitada y sin embargo, la adenitis es el único testigo, constante, que recuerda el paciente a la hora de la anamnesis.

Casos con adenitis inguinal	100%
-----------------------------	------

## 5º) SEXO

Este factor, no tiene, para este trabajo, mayor significado, pues-

to que este estudio se hizo sobre 100 casos de chancros sífilíticos, en el Dispensario Central Antivenéreo, donde la cantidad de hombres es notoriamente mayor que, las de mujeres.

Hombre	99%
Mujeres	1%

#### 6\*) RURALES Y URBANOS

En cuanto, a la procedencia de los pacientes, si éstos eran del campo o de la ciudad, tuvimos una sorpresa, al verificar el cómputo de todos los casos, a saber:

Rurales	59%
Urbanos	41%

Pareciera, que entran algunos factores, para explicar esta anomalía.

1) El campesino, es más ignorante, en cuanto a los asuntos del sexo y de las enfermedades venéreas.

2) Cuando llega a la ciudad, con dinero, es fácil presa de intermediarios inescrupulosos, que son agentes de los diferentes burdeles y casas de citas.

#### 7\*) NUMERO DE HORAS PROMEDIO, ENTRE LA 1ª INYECCION DE P. A. M. DE 2.400.000 U) Y EL 1º C. O. DE CONTROL NEGATIVO

Desde hace algunos años, era ya del dominio médico, que una inyección de 2.400.000 U. de P. A. M. o de Penicilina benzatínica, a propósito de una lesión abierta en alguna región del cuerpo, con C. O. positivo, en 24 horas desaparecían los Treponemas de esa lesión sífilítica y no era entonces posible el contagio; principio sumamente importante, en el campo de la Epidemiología.

Tuvimos, entonces la idea, a propósito de que no pocos Colegas sostienen que el Treponema Pallidum, presenta ya, una ligera resistencia hacia la Penicilina, de estudiar lo siguiente:

En cada chancro sífilítico de los 100 estudiados, observamos, qué tiempo promedio, se necesitaba entre la inyección de 2.400.000 U. de P. A. M. y el 1º C. O. negativo encontrado en el laboratorio.

A pesar que nuestros datos son conservadores, debido a que no podíamos disponer de laboratorio, a toda hora del día y de la

noche, los resultados son halagadores. Así nos dio un tiempo promedio de 20 horas, y fracción de 235, entre la inyección de 2.400.000 U. de P. A. M. y el 1º C. O. negativo, observado en el laboratorio.

Después de emplear la Penicilina-terapia, de un modo sistemático, desde hace ya más de quince años es bastante bueno este resultado, porque, nos demuestra que posiblemente, todavía no se ha manifestado resistencia, de parte del *Treponema Pallidum* hacia la Penicilina; y entonces esta droga, continúa siendo la reina de los medicamentos en la Terapia anti-luética, porque:

1º) Es efectiva terapéuticamente, sobre todo en las formas recientes.

2º) Porque es la que más se ha estudiado, desde el punto de vista de la concentración de U. de la droga en la sangre (0.03 Mlts 0.20 U. Mlts. durante 7 u 8 días en la sangre).

3º) Eficaz, como resultado en el menos tiempo posible.

4º) Poco Tóxica.

5º) Preferible por inyección.

6º) Fácil de conseguir.

7º) Barata.

Tiene un peligro: la alergia y la sensibilidad.

Para evitar estas reacciones, es aconsejable, tener a mano ampollas de Adrenalina en solución acuosa o aceitosa para inyección intramuscular y además antihistamínicos, también administrados por la misma vía.

De este modo, las reacciones alérgicas o sensibles a la Penicilina son bien combatidas.—En el Dispensario Central Antivenéreo desde 1960 hasta el presente, se han administrado más o menos de 70.000 a 75.000 inyecciones de fuertes dosis de Penicilina, sin haber tenido dichosamente, ningún caso fatal. Desde luego que sí hemos tenidos casos de alergia y sensibilidad en un buen número, pero combatidos a tiempo, con buen resultado.

En los casos de alergia y sensibilidad notorias, recurrimos a otros antibióticos, como el Cloramfenicol (1 Gr. diario en inyección intramuscular durante 30 días) y las Tetraciclinas y Oxi-Tetraciclinas, que se necesitan de 35 a 40 grs. para obtener un buen resultado. Estas drogas son efectivas para el tratamiento de la Sífilis Reciente, pero presentan algunos inconvenientes:

1º) Cantidad de inyecciones (30 o 40 dosis) lo que resulta

bastante grosero.

2º) El precio alto de estos medicamentos, hasta 10 veces más, en ocasiones que la Penicilina, lo que resulta muy caro sobre todo para los dispensarios públicos.

3º) Estos antibióticos, han sido menos investigados y estudiados en cuanto al tratamiento de la Sífilis, que la Penicilina.

El tratamiento de la Sífilis reciente por la Penicilina es verdaderamente efectivo. Es una verdad muy conocida que la Sífilis dejaba en el paciente que la sufría, una inmunidad moderada; se atribuye a esta inmunidad, que la persona que ya había padecido de Chancro sífilítico, era muy difícil que presentara al tiempo, nuevamente un chancro luético. Pues bien, ahora observamos con alguna frecuencia que una persona padezca en el término, por ejemplo de 2 años, en tres ocasiones diferentes de Chancro sífilítico, reconocido clínicamente y por C. O.

¿Cómo se puede interpretar este hecho?

Según nuestro criterio, el tratamiento actual de la sífilis reciente adquirida sintomática por medio de los conocidos esquemas de Cutler y de Kitchen es tan efectivo y tan rápido, que no da tiempo, a la formación de la moderada inmunidad que la enfermedad confería antes, y por eso el organismo, está sensible a las siguientes reinfecciones.

En cambio el tratamiento de la Sífilis tardía, por medio de la Penicilina y otros antibióticos, no es tan efectivo. A este respecto se puede recordar las experiencias de Pierre Collart sobre personas y también con los conejos, en que prueba que no desaparece el *Treponema Pallidum* con la Penicilina-terapia, en las formas tardías de la sífilis.

## CONCLUSIONES

Pasemos ahora a formular algunos resúmenes y conclusiones que se desprenden lógicamente de las observaciones leídas anteriormente, a saber:

- 1) Que más de la tercera parte de los casos estudiados, presentaban más de un chancro sífilítico.
  - 2) El grupo de edad que se manifiesta con más incidencia de sífilis reciente contagiante es el de 20 - 24 años.
-

- 3) La adenitis inguinal, es un testigo constante del Chancro Sifilítico.
  - 4) En cuanto a la procedencia de los enfermos si éstos son rurales o urbanos, es posible como sucede en este estudio, que resulte un mayor porcentaje de rurales, probablemente debido a los factores ya anotados.
  - 5) El número promedio de horas, entre la 1ª inyección de P. A. M. (2.400.000 U.) y el 1º C. O. de control negativo, es de 20.235 horas.
  - 6) Este dato, a pesar de ser bastante conservador, nos revela después de quince años de Penicilina-terapia sistemática que probablemente el *Treponema Pallidum* no ha mostrado resistencia hacia la penicilina.
  - 7) La Penicilina, continúa siendo la reina de las drogas, para combatir la Sífilis con efectividad.
  - 8) La Epidemiología de la Sífilis consiste en descubrir lo más pronto posible la fuente de contagio y los contactos sexuales consiguientes. Para tratarla preventivamente, si son negativos los exámenes y con tratamiento adecuado, si son positivos, por ser estos estados recientes de la Sífilis, perfectamente combatidos con los tratamientos modernos y segados entonces, como posibles nuevas fuentes de contagio.
-

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—JEFFERISS and WILLCOX. *Cure of early syphilis*. *Lancet London*, N° 7321: 1317, Dec. 21.
  - 2.—JEFFERIS and WILLCOX. *Treatment of Early Syphilis with Penicillin Alone*. Vol XXXIX, oct. 1963. 143-148 *Brit. Jour. of Ven. Dis.* London.
  - 3.—A. J. EVANS and R. SUMMERLY. *Pseudo-Chancro Redux with Negative Serology*. *Brit. Jour. of Ven. Dis.* London Vol. XI, Sept. 1964.
  - 4.—R. R. WILLCOX. *Implications of the Reported Finding of treponemes of little or no virulence after the Treatment of Syphilis with Penicillin*, *Brit. Journ. of Ven. Dis.* Vol. XL, June 1964, London.
  - 5.—W. F. DANEHOWER. *Lluvia de Penicilina y Sífilis contagiosa*. *Clínicas de Norteamérica*: 747 - 753. Filadelfia EE U.U.
  - 6.—*Age Groups of Patients with Incurious Venereal Disease, 1957 and 1958*. 1958. British Co-operative Clinical Group. *Brit. Journ. of Ven. Dis* Vol. XXXVI, Dec. 1960. 233 - 240.
  - 7.—G. KNIGHT. *Early Syphilis. A Case with Some Unusual Features*. *Brit. Journ. of Ven. Dis.* Vol. XXXIV, Jun. 1958. 100-106.
  - 8.—R. S. MORTON. *Side-Effects of Penicillin Treatment*. *Brit. Journ. of Ven. Dis.* Vol. XXXIII, Sept. 1957. 176 - 178.
  - 9.—A. HOLZEL. *Jarisch-Herxheimer Reaction following Penicillin Treatment of Early Congenital Syphilis*. *Brit. Journ. of Ven. Dis.* Vol XXXII, Sept. 1955. 175-180.
  - 10.—J. ZELEDON A. *Sífilis Reciente Sintomática Adquirida*. *Revista Médica de Costa Rica* año XXX. tomo 20, número 353. 372-377.
  - 11.—W. J. BROWN. *An Evaluation of the Incidence of Reactions to Penicillin*. *Brit. Journ. of Ven. Dis.* Vol. XXXVI March, 1960. 30 - 33.
  - 12.—A. CAMPOS S. *Tendencias de los Programas antivenéreos en México*. *Boletín de la Ofic. Sanit. Pan.* Vol. LXII N° 6. Dic. 64. 517 - 523.
-