

TREPONEMATOSIS*

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

WALDEMAR E. COUTTS

Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

La antigüedad de las treponematosis, su punto de origen y otros aspectos de no menor importancia, son problemas que han suscitado múltiples y añejas discusiones. En opinión de algunos su origen se remonta a la época de los vedas y se les atribuye un origen, bien americano, bien europeo, asiático o africano; pero, a pesar de testimonios óseos correspondientes a distintos períodos del pasado y de otros datos arqueológicos, la verdad escueta es que nada permite por el momento, afirmar cuál es su antigüedad o su punto de origen. Las treponematosis han constituido, en más de una oportunidad, un serio problema para grandes grupos humanos. La historia consigna el hecho, y brotes epidémicos de una enfermedad con síntomas característicos de las treponematosis son bien conocidos, en especial el registrado en Europa después de los viajes del descubrimiento de América.

Tres son las treponematosis que mayor daño producen entre los seres humanos: la sífilis (causada por el *T. pallidum*), la frambesia o pian (por el *T. pertenue*) y la pinta o carate (debida al *T. carateum*). Morfológicamente no es posible distinguir estos treponemas en preparaciones frescas o fijas no teñidas, observadas bajo campo obscuro (1), ni tampoco se aprecian características que los distinguan bajo el microscopio electrónico (2). No obstante, en cuanto a distribución geográfica, la sífilis es enfermedad cosmopolita y de preferencia urbana, mientras el pian y la pinta se hallan exclusivamente en regiones situadas

en la zona tórrida y su índice de morbilidad más alto se registra en las zonas rurales.

En relación con el pian y con la pinta existe una particularidad digna de mención: mientras el primero se observa en la zona tórrida en general, la pinta sólo se halla en la parte americana de dicha zona. En relación con este hecho es de gran interés señalar la existencia de la denominada "pinta cubana", considerada por algunos como una forma pigmentaria del pian, hipótesis que parece confirmada por los estudios de Guimarães (3), quien presenta datos epidemiológicos y clínicos de la existencia de formas pintosas del pian en Brasil. Estos casos son similares a los estudiados en Cuba. Por otra parte, la sífilis puede también producir en la piel manifestaciones pigmentarias tipo melano o leucodérmico. En nuestros estudios hemos podido despigmentar el iris de conejos inoculando *T. pallidum* en la cámara anterior del ojo (4).

Algunos autores han sostenido la posibilidad de que las distintas treponematosis procedan de un tronco ancestral común que, a través de las edades, se ha adaptado a ambientes diferentes, tanto climáticos como etnológicos. La similitud de algunas manifestaciones clínicas de las treponematosis que analizamos hacen verosímil esta hipótesis. Diferentes cepas de un mismo agente patógeno, al crecer y multiplicarse en un individuo, pueden dar origen a formas con propiedades comunes, algunas exaltadas, facilitando interacciones genéticas y cuyas características pueden mantenerse mientras las condiciones locales sean favorables, como lo han demostrado algunos autores respecto de ciertos virus (Burnet *et al.*, Hirst y Gottlieb). Este hecho podría explicar, en

* Trabajo presentado en la Décimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana, Santiago, Chile, del 7 al 22 de octubre de 1954.

cierto modo, las formas clínicas atípicas de ciertas treponematosis. Por otra parte, los testimonios obtenidos hasta el momento parecen indicar que existe inmunidad cruzada entre la sífilis "venérea" y el pian. Esta inmunidad es más marcada en la sífilis y en los casos de pian en que el período de actividad o de latencia es prolongado. Además, las investigaciones de Kahn y Villegas con la reacción "universal" de Kahn en casos de pinta mexicana, mostraron que el tipo de respuesta serológica es idéntico al de la sífilis y similar, aunque no idéntico, al del pian. En los últimos tiempos se comienza a clasificar las treponematosis como "venéreas" y "no venéreas". Entre las primeras se coloca a la sífilis adquirida y transmitida por contacto sexual; entre las segundas, a ciertas formas de sífilis—"endémica" (Bosnia, Servia, etc.), "bejel" o sífilis de los árabes "dichuchwa" (Rhodesia), "njovera" (Bechuanalandia)—, al pian y a la pinta. Aunque en términos generales y con fines epidemiológicos, se puede aceptar esta división, su delimitación no es tan precisa, por cuanto la sífilis en estas distintas formas y el pian, pueden transmitirse sexualmente. No existen diferencias esenciales entre las lesiones tegumentarias que las acompaña. Hay pruebas, aunque no incontrastables por el momento, de que algunas de ellas, a semejanza de la sífilis, pueden ir acompañadas de lesiones cardiovasculares y neurológicas.

La mayor parte de los casos de sífilis "no venérea" y de pian remontan su contagio a la infancia (de los 6 meses a los 4 años); por esta razón, es difícil establecer si existen formas congénitas. No obstante, el consenso de opinión es que el pian no se transmite congénitamente. Es posible, a pesar de hechos negativos, que los recién nacidos tengan cierto grado de inmunidad transmitida, ya que la infección es excepcional durante los primeros 3 meses de vida. Estos puntos no están aun bien esclarecidos: en ciertos casos de sífilis y de pian la madre puede tener grandes cantidades de reagina,

que no es transmitida a su descendiente, mientras que en otros, la reagina materna puede ser de título muy bajo y el recién nacido ser serológicamente positivo.

Los treponemas que producen la sífilis, el pian y la pinta son muy sensibles a la acción de la penicilina. Índices útiles de penicilinemias mantenidos durante algunas horas bastan, en la inmensa mayoría de los casos, para librar de ellos a un individuo. Como hasta el momento no se ha comprobado resistencia o adaptación de estos microorganismos a la droga, toda acción contra ellos debe basarse exclusivamente en la penicilino-terapia.

A raíz de las deliberaciones del grupo de Expertos en Infecciones Venéreas y Treponematosis, de la OMS, se iniciaron o se subvencionaron campañas en masa contra la sífilis y el pian (Polonia y Haití), a la vez que se iniciaron proyectos "piloto" en distintas regiones de la tierra, a base, en los últimos tiempos, del uso exclusivo de penicilina, de preferencia del PAM.

En la segunda parte de este trabajo damos a conocer el informe del Comité Nacional de Lucha Antivenérea de Chile sobre los resultados obtenidos en la lucha contra la sífilis, usando exclusivamente el PAM en los últimos años.

CONCLUSIONES

En las treponematosis no interviene otro trasmisor que no sea el ser humano. Por tanto, la lucha contra su propagación se reduce a un solo campo de acción: el hombre. Tratar el enfermo, buscar la fuente de contagio y los contactos y tratarlos y, en general, educar y elevar el nivel de vida, son las bases en que debe descansar toda campaña contra ellas. La penicilina cura estas treponematosis. Su acción sobre los distintos treponemas que la producen es muy rápida y, hasta el momento, no se ha demostrado adaptación de estos agentes patógenos a la droga.

En consecuencia, de la vasta experiencia acumulada hasta el momento, se deduce que toda campaña contra las treponematosis

debe basarse exclusivamente en la penicilino-terapia. Para el mejor éxito, y dado que el mayor número de enfermos reciben tratamiento ambulatorio, es conveniente uni-

formar, en lo posible, el criterio terapéutico a base del menor número de inyecciones en el menor espacio de tiempo posibles y compatibles con la seguridad social.

REFERENCIAS

- (1) Coutts, W. E.; Silva-Inzunza, E., y Morales-Silva, G.: Unstained slides for the diagnosis of certain treponematoses, *Public Health Rep.*, 67:442, 1952.
- (2) Angulo, J. J.; Watson, J. H. L.; Wedderburn, C. C.; León Blanco, F., y Varela, G.: Electronmicrography of *Treponemas* from cases of yaws, pinta and so-called cuban form of pinta, *Am. Jour. Trop. Med.*, 31:458, 1951.
- (3) Guimarães, F. N.: Manifestações boubaticas tardias, semelhante o quadro clinico de pinta terciaria, *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 45:307, 1947.
- (4) Coutts, W. E.: Depigmentation of the iris in experimental rabbit syphilis, *Am. Jour. Syphilis*, 22:381, 1938.

SEGUNDA PARTE

LA LUCHA CONTRA LA SIFILIS EN CHILE

WALDEMAR E. COUTTS¹, FLORENCIO PRATS G.², ROBERTO VARGAS ZALAZAR³
Y LUIS INFANTE VARAS⁴

La lucha contra la sífilis en nuestro país puede analizarse en 3 etapas, que corresponden a otros tantos períodos demarcados por las terapias en uso y el tiempo de acción médicosocial en que se ejercía o ejerce. La primera etapa corresponde a la época heroica de los salvarsanes, con hospitalización de los enfermos y administración del medicamento en grandes fleboclisis, a la que pronto sigue su uso ambulatorio en forma de neosalvarsanes en dosis fraccionadas y progresivamente ascendentes, asociados o no a los mercuriales o bismúticos, con sus diversos esquemas y con plazos que variaban entre 3 y 5 años de tratamiento consecutivos, con intervalos de descanso, que variaban según las distintas escuelas o el capricho personal de los sifilólogos.

Durante este período no se hacía ningún

esfuerzo para ubicar las fuentes de contagio y los posibles contactos.

Si bien es cierto que durante esta etapa se registró un descenso de las cifras de morbilidad en algunos de los centros más poblados, nunca alcanzaron índices que pudieran estimarse satisfactorios. La escasa o ninguna acción sobre la población rural mantenía a ésta como foco potencial permanente de nuevos aportes treponémigenos a las ciudades vecinas, hecho más evidente a medida que mejoraban los medios de comunicación.

A partir del año 1927 comienza un ataque que, aunque aislado, es más sistemático: se multiplican los centros de tratamiento dependientes de la Sanidad y de los Servicios de Seguro Obrero; a través de ellos se inicia, con escaso personal, la búsqueda de las fuentes de contagio y se habla al público abiertamente del significado y del alcance de la sífilis y de otras venereopatías. A pesar del entusiasmo, de los esfuerzos y dinero gastado, la cosecha, aunque mejora cada año, no lo hace en forma tal que compense los sacrificios. Se restaura el control sanitario de las prostitutas, abolido por disposi-

¹ Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

² Profesor de Sifilología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

³ Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

⁴ Jefe del Subdepartamento de Enfermedades Venéreas del Servicio Nacional de Salud, Santiago, Chile.