

## El Concepto de la Sifilología Práctica\*

WILLIAM J. BROWN

*Se examinan los aspectos prácticos del diagnóstico y de la epidemiología de la sífilis y el papel que corresponde a este respecto al médico general.*

A fin de abordar este tema en su conjunto, debieran estudiarse antes las normas prácticas mínimas del tratamiento y observación ulterior de los casos y la epidemiología de la sífilis.

Sin embargo, en el breve plazo de que se dispone, es imposible abarcar todo el tema en forma significativa. Por esta razón, voy a examinar lo que considero que son algunos de los aspectos prácticos del diagnóstico y la epidemiología de la sífilis, con especial referencia al médico general.

En algunos casos, el diagnóstico de la sífilis puede ser tan sencillo como un simple examen microscópico en campo oscuro. En otros, a pesar de un examen físico completo, de una historia clínica muy detallada y de diversas pruebas llevadas a cabo, el caso puede ser tan complicado que el diagnóstico sea casi imposible.

Pero lo cierto es que el diagnóstico de la sífilis sólo se intenta cuando se sospecha que alguien la padece. En este sentido, el clínico o especialista en enfermedades venéreas está en mejores condiciones que el médico general, ya que nunca examina a nadie que esté libre de la sospecha de padecer sífilis. Su misión consiste, esencialmente, en tratar deliberadamente de demostrar la presencia de la sífilis, o quizás en forma aún más realista, en administrar el tratamiento cuando sea necesario. ¿Pero qué ocurre con el médico general?

Sus pacientes, entre quienes se encuentra quizá el 80 % de la población sifilítica, acuden a él por lo general quejándose sólo de manifestaciones y síntomas aislados. Sólo muy rara vez sospechan que padecen de alguna enfermedad específica, pero casi nunca de sífilis. Si bien algunas de sus dolencias pueden ser claro indicio de sífilis, la mayoría de ellas no lo son.

No sería práctico, por cierto, que el médico general se acercara a todo paciente en la forma en que lo hace el clínico o especialista en enfermedades venéreas. ¿Qué es, entonces, lo menos que puede hacer el médico para cerciorarse de que el máximo de sus pacientes de sífilis reciben el tratamiento debido, y también para contribuir al máximo a la campaña de erradicación de la sífilis?

Ciertamente, el médico general no puede hacer una prueba serológica de sífilis a cada paciente y en cada consulta, ni siquiera, tal vez, en toda ocasión en que el paciente le comunica una nueva dolencia. No obstante, tengo la firme convicción de que, con los actuales procedimientos de pruebas y mientras haya casos de sífilis en la población, no sería mucho pedirle que someta a cada uno de sus pacientes, sexualmente maduros y activos, a una prueba serológica de sífilis con ocasión de la primera visita y después cada dos años o aun cada año, y que aplique tam-

---

Jefe del Departamento de Lucha Antivenérea, Centro de Enfermedades Transmisibles, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Estados Unidos.

---

\* Trabajo presentado en la XXII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Monterrey, Nuevo León, México, del 2 al 5 de marzo 1964.

bién la prueba a las madres, por supuesto, durante cada embarazo.

Esto facilitaría el control de cualquier caso de sífilis congénita que se le presente y, a la larga, permitiría prestar atención a la mayoría de sus pacientes de sífilis tardía, así como a algunos de los que sufren de sífilis temprana.

Con respecto a la sífilis tardía, el tiempo no sería un factor crítico, porque esta clase de sífilis rara vez constituye un caso médico de urgencia y porque no es una de las consideraciones primarias en la labor de erradicación. Con excepción de la sífilis del embarazo, la sífilis tardía nunca es transmisible.

Al hacer habituales esas pruebas, el médico habrá prestado un inapreciable servicio a sus pacientes. Con todo, su contribución a la erradicación de la enfermedad habrá sido escasa.

En realidad, la erradicación sólo se logrará mediante la disminución continua del reservorio de casos infecciosos. Esa disminución dependerá de cuatro factores:

- 1) La muerte de los pacientes, por cualquier causa, factor que es más bien constante.
- 2) El paso de la sífilis temprana a etapas no infecciosas, lo que también es un hecho bastante constante.
- 3) La prevención de casos mediante profilaxis, ya sea de orden moral, ambiental o de otra índole, que, si bien no es tan rígida como los hechos anteriores, no se ha demostrado que sea demasiado flexible.
- 4) El tratamiento de casos, ya sean manifiestos o en período de incubación, para convertirlos en no infecciosos con mayor rapidez que si no se hubieran tratado; en otras palabras, para acortar el período de infecciosidad.

Este cuarto factor—el tratamiento temprano—es el más importante, porque es el más flexible en la práctica, pero, desde luego, depende de un diagnóstico temprano.

Naturalmente, ciertas pruebas de rutina de sangre llevan a descubrir la sífilis temprana; pero es muy poco probable que un gran número de pacientes se sometan a las

pruebas de rutina de sangre inmediatamente después de haberse convertido en positivos y antes de haber tenido ocasión de transmitir la infección a otras personas. Además, la prueba habitual de sangre nunca revelaría un caso de sífilis en período de incubación.

¿Cómo puede, entonces, el médico general cerciorarse prácticamente de que todo caso infeccioso o potencialmente infeccioso se ha convertido en no infeccioso lo más pronto posible?

El médico general puede, por lo menos, darse cuenta de la posibilidad de que cada paciente sexualmente maduro y activo padezca de sífilis temprana; y esto no es irrazonable en manera alguna. La sífilis, en último análisis, no respeta edad, sexo, raza, condición social ni aspecto personal.

Así, pues, para complementar las pruebas de rutina de sangre, el médico debe estar constantemente al acecho de manifestaciones y síntomas que indiquen la sífilis; y aun así, se le escaparán algunos casos asintomáticos y algunos casos todavía seronegativos.

¿Pero cuáles son los síntomas y manifestaciones que deberá buscar? La respuesta es: “¿Cuáles no son?”

La sífilis ha sido llamada—y con razón justificada—el gran impostor.

No cabe duda de que hay algunas lesiones de sífilis que se han calificado de “típicas”, por ejemplo, el chancro indurado, de algunos tipos de sífilis primaria.

Por otra parte, especialmente durante los primeros dos años de infección, la sífilis cambia y fluctúa en forma irregular en extremo en relación con el umbral de la observación clínica y puede manifestarse por lesiones maculares, papulares o condilomatosas muy evidentes, o por alopecia, malestar, accesos febriles leves, linfadenopatía y otros signos y síntomas. A veces puede imitar una úlcera aftosa, una pitiriasis rosada, una tinea circinata, herpes, tinea barbae, sarna, hongos, sarampión o una erupción alérgica. Otras veces, puede ocultarse muy discretamente, sin dar señal alguna de su presencia.

Por consiguiente, desde un punto de vista

práctico, además de las pruebas de sangre de rigor, tal vez estuviese indicada una prueba complementaria de sangre de todo paciente sexualmente maduro y activo en que aparezca cualquier signo o síntoma de la enfermedad (distinto de la lesión).

Si el signo fuese una lesión de tipo húmedo, debe procederse, de ser posible, a un examen en campo oscuro. En este caso, los hallazgos positivos indicarían concretamente que se trata de sífilis temprana. Ahora bien, lo importante es, no sólo identificar la sífilis, sino establecer también con la mayor precisión posible la duración de la infección. ¿Por qué?

Desde el punto de vista del propio paciente, este hecho no es tan importante, y reviste menos importancia después de transcurridos los primeros dos años, porque el tratamiento de todos los casos de sífilis es esencialmente el mismo, con diferencia de unos pocos millones de unidades de penicilina, y el tratamiento y la observación ulterior de la sífilis tardía abarca el tratamiento y la observación ulterior de la sífilis temprana.

Ahora bien, la duración de la infección es importante para localizar la fuente de la infección y detener su propagación en la comunidad; y es en este campo, precisamente, donde el médico y el epidemiólogo deben colaborar estrechamente.

Desafortunadamente, sólo en circunstancias muy especiales puede determinarse la duración de la infección dentro de un intervalo de tres meses, recurriendo sólo a los procedimientos clínicos y de laboratorio. En realidad, exceptuando la sífilis congénita, quizás el único caso en que la duración se puede precisar en esta forma, es cuando se presenta un chanero positivo, típico, solitario, en campo oscuro que precede a un título creciente o que los acompaña. En tal caso, cabe suponer que el paciente adquirió la sífilis dentro de un período de 90 días, y, desde el punto de vista epidemiológico, se debe examinar a todos los contactos habidos en ese período. Pero, ¿cuál es el período crítico para la epidemiología en

otros casos? Esta pregunta no es tan fácil de contestar.

Cualquiera de las lesiones de la sífilis temprana puede modificarse en medida considerable y hasta eliminarse por completo debido a una baja virulencia o al limitado número de microorganismos invasores iniciales; o por razón de la resistencia natural del huésped y aun la administración de ciertos antibióticos en cantidades subterapéuticas.

Además, el cuadro serológico puede también ser por completo atípico por algunas de las razones antes indicadas.

Por otra parte, debe recordarse que es característica de esta enfermedad la recidiva, o recaída clínica, de los síntomas secundarios, en especial durante el período inicial de dos años. Así pues, exceptuando la sífilis primaria clásica, el período crítico de todas las demás clases de sífilis temprana puede variar entre tres meses y dos años, y aun más.

Con objeto de determinar este período con la mayor precisión posible, es necesario complementar los hallazgos clínicos y de laboratorio con la historia clínica y la epidemiología. Y de estas últimas, la historia es quizás la menos digna de confianza.

Es posible que los recuerdos que tenga el paciente de signos y síntomas sean demasiado imprecisos. La historia y evaluación de la ingestión o inyección previas de antibióticos en cualquier cantidad y por cualquier razón pueden plantear un problema muy complicado. Con frecuencia se desconoce, o no puede obtenerse, la historia de exámenes serológicos anteriores. Y una historia sexual tiene muy poco valor, a menos que también se conozca el estado de salud de los contactos sexuales.

Por consiguiente, si bien una historia muy completa podría facilitar el conocimiento de la duración de la infección, su utilidad en la mayoría de los casos es altamente problemática.

Por otra parte, la epidemiología puede desempeñar un papel excepcional, que no consiste simplemente en determinar la duración de la infección. Es innegable que

el epidemiólogo de sífilis tiene la formación necesaria para obtener del paciente infectado el máximo de información relativa a contactos, para localizarlos, someterlos a diagnóstico y hallar el significado de su relación con el índice de infección de paciente.

Ahora bien, al proceder así, establece—lo que es mucho más importante—por medio de la prueba epidemiológica circunstancial únicamente, el más difícil y, al mismo tiempo, el más importante diagnóstico de la sífilis desde el punto de vista de su erradicación, o sea, el diagnóstico de la sífilis en período de incubación que, aunque es de carácter enteramente presuntivo, constituye amplia justificación para un tratamiento terapéutico inmediato.

Es cierto que, en esta forma, se tratará a ciertas personas innecesariamente. Pero también es verdad que si todos los casos de sífilis en período de incubación incluidos en el total de contactos fueran tratados antes de que se manifiesten las primeras lesiones, la sífilis quedaría erradicada dentro de muy poco tiempo.

## Resumen

La erradicación de la sífilis en Estados Unidos requiere la valiosa colaboración del médico general en el sentido de: 1) estar alerta ante la posible presencia de la sífilis entre sus pacientes, 2) someter a pruebas a todos los casos activos y sexualmente maduros, y 3) someter a pruebas periódicas a todas las gestantes.

Para el éxito de cualquier programa de erradicación es fundamental lograr la disminución continua del reservorio de casos infecciosos, lo que depende de varios factores, de los cuales el más importante es el tratamiento profiláctico de los posibles casos en período de incubación. Esto requiere que el médico general utilice los servicios técnicos del epidemiólogo del Departamento de Salud en cada caso de sífilis temprana que diagnostique. El epidemiólogo está debidamente preparado para investigar y entrevistar a los contactos (condiciones indispensables para la erradicación) y, por lo tanto, es preciso considerarlo como miembro esencial del grupo encargado de la erradicación.

---

## What is Practical Syphilology (Summary)

In order to eradicate syphilis in the United States, the general practitioner will have to make a meaningful contribution. This contribution must take the form of: 1) A high degree of suspicion among his patients; 2) the testing of all sexually mature and active patients on their first visit, and annually thereafter; and 3) the periodic testing of all pregnant patients.

A successful eradication effort will result only from a continuing decrease in the present reservoir of infectious cases. Such a decrease is dependent upon several factors, the most im-

portant of which is the administering of prophylactic treatment to potentially incubating cases.

It is therefore imperative that the general practitioner utilize the expert services of the health department epidemiologist in each case of early syphilis he diagnoses. The epidemiologist is thoroughly trained in the process of contact interviewing and investigating (necessary prerequisites to eradication) and therefore should be considered an integral member of the eradication team.