

11226  
201  
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE  
MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
C.H.T.I. N° 14 VERACRUZ, VER.



SIFILIS

INVESTIGACION SEROLOGICA DE SU FRECUENCIA  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIAR.

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO  
UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR

presenta:

**DR. REYNALDO ALFONSO VARGAS ROBLES**

H. VERACRUZ, VER.

TESIS CON  
FALLA DE SERVICIO



1978.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- GENERALIDADES
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- HIPOTESIS
- 6.- LIMITES
- 7.- RECURSOS
- 8.- METODO
- 9.- RESULTADOS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

## 1.- INTRODUCCION.

Se han analizado las tendencias epidemiológicas de las enfermedades venéreas en distintos países, llegándose a la conclusión de que - en la mayoría de los que poseen sistemas de notificación satisfactorios se registra, a partir de la década pasada, una tendencia ascendente - de la SIFILIS: que al parecer persiste a pesar de las medidas nacionales e internacionales que se han aplicado.

Esta situación es paradójica, ya que se - observa en una época en que se han logrado grandes progresos médicos. Para darle explicación - se analizaron los cambios radicales operados en los factores demográficos, socioeconómicos y de conducta de las sociedades que favorecen el agente patógeno.

Es importante mencionar que con los resultados observados por la PENICILINA en el tratamiento de las enfermedades venéreas se modificó la actitud del público hacia este tipo de enfermedades y el temor a sus consecuencias fue reemplazado por cierta despreocupación.

Más importante aún fué el hecho de que -- las autoridades de salud adquirieron un falso - sentido de seguridad, lo que trajo como consecuencia que el interés de los gobiernos en los programas de control haya disminuído.

La SIFILIS ha sido considerada por muchos

profesionales como enfermedad banal, pero hay que tener en consideración que aún cuando existe tratamiento específico para este padecimiento, no hay todavía método eficaz que permita la erradicación de la enfermedad.

Aunque la tendencia de la SIFILIS se consideraba estacionaria, de 1965 a 1969 osciló entre el octavo y el onceavo lugar entre las enfermedades transmisibles notificadas en toda la república, lo que vino a establecer una tendencia ascendente en forma significativa.

Considerando que el padecimiento muchas veces pasa desapercibido tanto para el paciente como por el médico, ya sea porque no se acuda a la atención médica o sea confundida con otras enfermedades, fué el principal propósito de este estudio, para saber en un momento dado la importancia que aún tiene la enfermedad. ¿Ha disminuído en su frecuencia? ¿no se diagnostica adecuadamente?.

## 2.- GENERALIDADES.

La SIFILIS es una enfermedad infecciosa - crónica causada por *Treponema pallidum* que fué descubierto por Schaudinn y Hoffman en 1905, es una célula de forma helicoidal de aproximadamente 0.15 micras de grueso y 6 a 15 micras de largo. Alrededor de su núcleo protoplasmático central está enrollado un haz de tres a cuatro fibrillas, proporcionan el "músculo" que brinda - al germen una movilidad característica. Los treponemas sufren división transversal y el tiempo de multiplicación es de 30 a 35 horas.

Unos cuantos treponemas bastan para implantar la infección. La transmisión se facilita por el medio húmedo y por la temperatura correspondiente y se produce casi exclusivamente por contacto directo con lesiones infecciosas y de ordinario la transmisión es de tipo sexual. - Epidemiológicamente podemos decir que la salud pública, en general está afectada cuando la SIFILIS se difunde dentro de un país y pasa de un país a otro. La propagación se facilita por las propiedades del agente, su modo de transmisión - y por factores de conducta sociales y ambientales. En los últimos años el estado de opinión - acerca de la conducta sexual ha sido ampliamente permitido entre los jóvenes.

El tipo de promiscuidad y relaciones homo y hetero sexuales se ha modificado. La indus---

trialización, la urbanización, las emigraciones y el turismo han facilitado contactos humanos y los incidentes sexuales, con el consiguiente peligro de adquisición de enfermedades venéreas.- Hecho paradójico, como comentamos anteriormente, los adelantos médicos han contribuido en el mismo sentido, pues el miedo a la infección ha desaparecido, gracias a la terapéutica antimicrobiana eficaz, y también el miedo al embarazo utilizando anticonceptivos.

MANIFESTACIONES CLINICAS.- Después de un periodo de incubación de 10 a 90 días (promedio 21), se inicia la lesión de la SIFILIS primaria como una pápula dura que se desintegra rápidamente para formar una úlcera indurada de base limpia y poco dolorosa. Este chancro se forma en el sitio de penetración del treponema, y es casi siempre único, sin embargo pueden ocurrir chancros múltiples. Los lugares de desaparición de chancros más frecuentes son: genitales, recto, boca, labios o en cualquier parte del cuerpo. La localización en cuello uterino y recto impide a veces el diagnóstico temprano de la lesión primaria. En ocasiones no aparece chancro.

Si en esta etapa temprana de la enfermedad no se instituye tratamiento, el chancro puede durar de tres a doce semanas, pero casi siempre cura dejando una pequeña cicatriz atrófica. La administración de antibióticos para otras --

enfermedades durante éste periodo puede influir para que el chancro pase INADVERTIDO y quede la SIFILIS sin tratamiento.

Tres a cuatro días después de la aparición del chancro ya es evidente la linfadenopatía o bulbón satélite en SIFILIS primaria. Los ganglios son duros, libremente movibles, no dolorosos, redondeados y sin eritema en la piel suprayacente. La adenopatía puede ser unilateral sin embargo, la adenopatía inguinal que acompaña a los chancros genitales se halla bien desarrollada bilateralmente al cabo de una semana. La SIFILIS primaria se acompaña a veces de signos generalizados como faringitis y malestar. El diagnóstico en campo obscuro es el método principal para el diagnóstico de SIFILIS primaria. Las manifestaciones clínicas son tan variables que es imposible identificar una lesión como chancro típico tan solo por la observación clínica. Toda lesión sospechosa en una localización frecuente de chancro debe ser sometida a examen de campo obscuro.

La positividad para prueba serológica de SIFILIS depende de la respuesta inmune, y a veces transcurren varias semanas antes de que se produzcan anticuerpos. En el momento de aparición del chancro se observa serología positiva en un pequeño porcentaje de pacientes. Ahora, bien, si el chancro persiste sin tratamiento, -



un número creciente de pacientes desarrollarán respuesta apropiada de anticuerpo que se identifica mediante una prueba serológica.

**SIFILIS SECUNDARIA.** - De seis semanas a seis meses (promedio 6 a 8 semanas) después del comienzo de la Sífilis, el paciente llega al periodo secundario y caracterizado por una gran variedad de manifestaciones dermatológicas, unas veces en forma de erupción generalizada, mientras otras se afecta tan sólo una pequeña parte de la piel. Las lesiones máculosas tienen color de jamón crudo y palidecen a la presión. Las lesiones papulosas, infiltradas y rojizas tienen 0.5 cm de diámetro, son las más frecuentes y asientan en las superficies de flexión de las palmas y plantas. Las placas mucosas, localizadas en la boca, recto y vagina son muy contagiosas.

El cuero cabelludo presenta a veces aspecto apolillado, secundario a una alopecia en placas, pero antes de que este signo se haga evidente puede el observador descubrir una historia reciente de caída abundante de pelo.

Las lesiones secundarias suelen ser secas, no pruriginosas y simétricas. Las lesiones húmedas son más contagiosas que las secas. En un pequeño número de individuos con lesiones secundarias persiste el chancro. Por otra parte, en las sífilis secundarias de recaídas, las le-

siones son a veces arciformes y asimétricas, - en ocasiones infiltradas y, por lo tanto, parecidas a las lesiones cutáneas de la sífilis tardías. La linfadenopatía es generaliza y pueden hallarse afectados los ganglios preauricular, - occipitales, cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales. Las características de los ganglios linfáticos hipertrofiados son las mismas que en sífilis primaria o sean duros, libremente movibles, no dolorosos, redondeados y sin eritema de la piel subyacente.

Es importante recordar que , además de -- las manifestaciones dermatológicas, la SIFILIS-secundaria es una enfermedad general. En un pequeño número de individuos se observa meningi--tis subaguda con cefalalgia y aumento de las -- proteínas y las células en el líquido cefalorra--quídeo.

La nefropatía asociada con SIFILIS secundaria puede ser una enfermedad inmune compleja. El hallazgo renal más frecuente es una proteinu--ria asintomática leve y pasajera. Sin embargo, - en algunos pacientes surge un síndrome nefrôti--co transitorio de comienzo agudo. La nefritis - hemorrágica aguda es una complicación rara de - la SIFILIS secundaria y sus manifestaciones in--cluyen hematuria, proteinuria, edema, deficit - de la función renal y a veces hipertensión gra--ve.

Los signos y síntomas de la hepatitis y de la nefropatía mejoran pronto después de la terapéutica antisifilítica. Otros síntomas generales que pueden acompañar a la SIFILIS SECUNDARIA incluyen cefalea, malestar general, fiebre, anorexia y disfagia.

Para formular un diagnóstico satisfactorio de SIFILIS secundaria posee importancia primordial la historia del paciente. POR DESGRACIA, EN DIVERSAS SITUACIONES CLINICAS QUEDA OCULTA LA LESION PRIMARIA, Y ASI PUEDE PASAR INADVERTIDO UN CHANCRO EN CUELLO UTERINO, RECTO O URETRA. A veces ocurre que un antibiótico prescrito para otra enfermedad enmascara el chancro, pero en la dosis administrada, no basta para tratar la SIFILIS.

Asimismo un enfermo con infección sifilítica previa tratado tardíamente durante el período primario o secundario puede al reinfectarse "saltar" el periodo primario y presentar lesiones secundarias como manifestaciones tempranas de su enfermedad. Esto puede ser un ejemplo de respuesta inmune en SIFILIS.

La gran variedad de manifestaciones clínicas así como el amplio espectro de lesiones dermatológicas incrementa la dependencia del médico en cuanto al laboratorio para confirmar su diagnóstico. El examen en campo obscuro no es tan útil como en SIFILIS primaria, y si bien es

fácil ejecutarlo en una lesión húmeda, resulta técnicamente difícil sobre una lesión seca, por lo que un resultado negativo en una lesión de éste tipo no descarta el diagnóstico de SIFILIS secundaria.

Por fortuna, en estos pacientes ya existe una respuesta inmune bien definida al llegar a este periodo de la enfermedad y las pruebas serológicas para SIFILIS son positivas en el 100 por 100 de los casos.

SIFILIS LATENTE.- En ausencia de tratamiento, las lesiones de la SIFILIS secundaria curan en unas 4 a 12 semanas y el enfermo entra en el periodo latente, definiéndose a la SIFILIS LATENTE como la ausencia de lesiones clínicas, examen negativo en campo oscuro y análisis normal del líquido cefalorraquídeo.

Las únicas manifestaciones de este periodo son las pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas positivas. Este periodo se subdivide a su vez en SIFILIS Latente temprana (de menos de cuatro años de duración) considerada potencialmente infecciosa después de recaída a secundaria, y SIFILIS latente tardía (de más de 4 años de duración que se considera no infecciosa). La mujer grávida constituye una excepción a éste respecto ya que podría transmitir la infección al feto en cualquier momento durante la etapa latente sea cual sea su duración.

Con el objeto de establecer el intervalo para SIFILIS latente, es importante una historia de las lesiones primarias, secundarias o ambas. Se registra a veces historia de tratamiento antisifilítico previo, lo cual podría explicar las pruebas serológicas persistentemente positivas. Cabría también el enfoque de interrogar al paciente respecto al resultado de pruebas serológicas previas para SIFILIS. En muy diversas situaciones durante la vida como matrimonio, ingreso a escuelas y empleos, se requiere como prerrequisito pruebas serológicas por lo que el paciente sabe a menudo la positividad de los resultados.

Es sobre todo importante establecer un diagnóstico de SIFILIS latente temprana para asegurar vigilancia y tratamiento adecuado de los contactos sexuales del paciente. En la actualidad se investigan tan solo los contactos del enfermo durante el primer año de SIFILIS latente temprana por considerar que es el período en que ocurren mas frecuentemente recaídas, y por lo tanto, aquel en que es mayor el riesgo de diseminación a otras personas.

De lo anteriormente expuesto, con respecto al panorama general de la SIFILIS, debido a la Idiosincrasia de nuestro pueblo en lo que a enfermedades venéreas se refiere y debido a la dificultad diagnóstica que presenta la enfermedad en la etapa primaria y secundaria, conside

ramos que la prueba diagnóstica más confiable - en lo que respecta a positividad es la PRUEBA - SEROLOGICA por lo que a continuación se hace es pecial énfasis antes de entrar de lleno a nues- tro estudio practicado.

## SERODIAGNOSTICO.

La SIFILIS presenta tal variedad de manifestaciones clínicas que son necesarias pruebas serológicas para confirmar o hacer el diagnóstico, de las cuales existen dos tipos: Las pruebas no treponémicas miden los anticuerpos específicos (reaginas) elaboradas contra el antígeno lipoidal procedente de *T. pallidum*, las pruebas treponémicas identifican los anticuerpos específicos contra treponemas. Las pruebas no treponémicas se han continuado empleando por ser muy económicas y por lo tanto, útiles en la selección de grandes masas y poseen también importancia para la vigilancia continuada del curso de la enfermedad. El título cuantitativo de reaginas aumenta a medida que progresa el padecimiento y disminuye después del tratamiento.

Todas las pruebas no treponémicas miden la concentración de reagina por interacción del suero del paciente con un antígeno artificial compuesto de lecitina y cardiolipina extraída del corazón de buey, y constituyen 2 modalidades de la misma fijación del complemento y floculación. La reacción de Kolmer es la prueba de fijación del complemento más utilizada. La prueba del portaobjetos VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) constituye el mejor ejemplo de reacción de floculación y es sin duda la más empleada entre las pruebas no treponémicas.

Aunque esta prueba puede practicarse cualitativamente, son más importante desde el punto de vista clínico los títulos cuantitativos. - El valor final informado se refiere a la más alta dilución del suero del paciente que da resultado positivo. No se considera importante la fluctuación del título a menos que sea en dos diluciones o mayor. A veces un paciente con sífilis secundaria presenta título VDRL negativo con suero no diluido, pero a medida que este se diluye el título VDRL se torna positivo; se trata del fenómeno llamado de "prozona" y se observa en sueros donde existe gran exceso de anticuerpos. Como muchos laboratorios informan tan solo del resultado de una prueba VDRL cualitativa en suero no diluido, es importante que el clínico conozca éste fenómeno como posible explicación de un informe de laboratorio que no coincide con datos clínicos. Los títulos de reagina suelen ser negativos o bajos al principio de la SIFILIS primaria, pero a medida que progresa la enfermedad aumenta el título y se comprueba un porcentaje elevado de pacientes con reacción VDRL positiva.

En SIFILIS secundaria casi todos los pacientes presentan título VDRL con máximo de 1:32: Si el paciente permanece sin tratar el título reactivo cae con lentitud durante la SIFILIS latente.



En algunos de los enfermos terminará siendo negativo, sin embargo en la mayoría el título se conserva positivo a un bajo nivel durante toda la vida (serorresistente).

Un cambio substancial en el título VDRL - puede ser en realidad más importante que cualquier otro valor aislado.

En un paciente reinfectado se comprueba - a veces aumento del título VDRL como única manifestación de su infección reciente. Después del tratamiento de la SIFILIS primaria la mayoría - de los pacientes recuperan la seronegatividad - en 6 a 12 meses. El título VDRL se torna negativo en 12 a 24 meses en pacientes tratados de -- SIFILIS secundaria. Sin embargo algunos sujetos permanecen serorresistentes a un título bajo durante toda su vida. Un porcentaje elevado de sujetos tratados durante SIFILIS latente permanecen serorresistentes, si bien éste título de serorresistencia no constituye indicación de enfermedad persistente y no requiere tratamiento ulterior.

Es importante recordar que el resultado - de una prueba no treponémica no confirma el - diagnóstico de SIFILIS sino que simplemente indica la existencia de reagina en el suero del - paciente. Aunque la SIFILIS es la causa más frecuente de aparición de un título de reagina, -- otras enfermedades pueden producir también ano-

malías séricas crónicas o pasajeras.

Cuando una prueba VDRL positiva no se atribuye a SIFILIS, es ya tradicional calificarla como reacción "biológica positiva falsa ---- (BFP). - Las enfermedades febriles agudas y la vacunación antivariolosa pueden producir título de VDRL transitorio que se tornará negativo en término de 2 a seis semanas, los valores crónicos de reagina suelen acompañar, enfermedades vasculares de la colágena y padecimientos autoinmunes.

En la actualidad, la causa más importante de reacción positiva falsa es la adicción a la heroína. El título de reagina puede persistir hasta un año después de suprimir la droga aunque sería erróneo suponer que una prueba VDRL positiva en un toxicómano sea debida enteramente a la heroína ya que los adictos pertenecen al grupo de edad de más alto riesgo para contraer SIFILIS.

La lista de enfermedades productoras de reacciones positivas falsas es hoy más corta -- que hace algunos años, lo que se atribuye a un incremento en la especificidad de las pruebas de colesterol-lecitina-cardiolipina para reagina, aunque las reacciones positivas falsas suelen acompañarse de títulos de VDRL bajos, en ocasiones pacientes con globulinas anormales -- presentarán título positivo falso muy alto.

Con objeto de formular el diagnóstico de SIFILIS, los resultados de la prueba no treponémica deben guardar correlación con historia cuidada y exámen físico. Si la prueba no treponémica concuerda con los otros hallazgos, se ha - confirmado el diagnóstico y no está indicada -- prueba serológica adicional alguna. Si una prueba serológica positiva no concuerda con la historia o los datos clínicos, el paso inmediato - en la valoración consiste en eliminar todo - -- error posible de laboratorio repitiendo la prueba. En caso de corroborar la prueba positiva, - está indicada la practica de una prueba para anticuerpos treponémicos específicos. En un pa---ciente en quien se encuentra con una explica---ción adecuada de su título de reagina, por ej. - lupus eritematoso, adicción a heroína etc, es a menudo necesario ejecutar una prueba treponémica para descartar SIFILIS coexistente.

Dentro de las pruebas específicas para anticuerpo treponémico tenemos las siguientes: Inmovilización de Treponema pallidum (TPI), la -- prueba de proteína de Reiter-Kolmer (KRP), y la de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente (FTA=ABS), las dos primeras no recomendadas por su costo, difícil de hacer y por dar -- gran número de falsas positivas.

De manera que la de elección es la FTA- - ABS que es una reacción de anticuerpo fluores-

cente indirecta standard y se utiliza la cepa - Nichol de *T. pallidum* como antígeno, que se fija por calor en un portaobjetos que puede enviarse a un laboratorio. Después de añadir el suero -- del paciente se tiñe la preparación con globulina antihumana marcada con isotiocianato de fluoresceína. Si existe anticuerpo antitreponémico, las espiroquetas emiten fluorescencia en el microscopio fluorescente. Con objeto de aumentar la especificidad de la prueba se emplea el suero del paciente en dilución al 1:5 después que ha sido absorbido con extracto procedente de la cepa Reiter, lo que elimina cualquier anticuerpo de grupo dirigido contra los Treponemas de la flora normal.- Dan falsas positivas en mal de pinto. La prueba de FTA-ABS es positiva al principio de SIFILIS primaria y continúa positiva en más pacientes con SIFILIS latente que las pruebas VDRL o TPI y puede por lo tanto en algunos pacientes ser la única prueba serológica-positiva temprana en SIFILIS TEMPRANA y latente tardía.

Escogimos para efectuar el estudio la - - Prueba de VDRL por ser la más económica, practica en grandes grupos de población y su alto índice de confiabilidad una vez descartados los - pacientes con falsos positivos.

## DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

## 3.- JUSTIFICACION.

a) Nuevamente las enfermedades venéreas han adquirido vital importancia dentro de la -- problemática de salud pública mundial debido a los factores que a continuación se señalan :

Promiscuidad sexual, aparición de métodos - de control de la fertilidad que traduce menos temor a los embarazos y a un aumento de las relaciones sexuales intra y extramaritales, aparición de los antibióticos que produjo una disminución del temor a contraer - enfermedades de tipo sexual, por la eficacia de estos en su manejo y posteriormente - mal uso de éste medicamento que ha traído - como consecuencia resistencias bacterianas.

b) Tendencia ascendente de la sífilis, en - todas sus formas de 1972 en adelante de manera que dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se presentaron los siguientes casos:

AÑO	CASOS	TASA
1973	5906	50.2
1974	6169	48.1
1975	6658	48.3
1976	6399	39.9
1977	5540	34.5

x 100 mil  
Hab.

A pesar de que el IMSS, dentro de las - - instituciones de salud en la nación, es uno de los que cuenta con mejores métodos de captación epidemiológica, el aumento de pacientes con SIFILIS no parece corresponder en proporción adecuada a la problemática enunciada en el inciso a, y que pudiera ser debido a que el paciente - no acude o no le quiere dar importancia a las - manifestaciones primarias de la enfermedad vitales para hacer un diagnóstico de certeza, o que pasara desapercibida para el Médico debido a la variedad de signo-sintomatología que puede presentar durante la etapa secundaria de la enfermedad.

c) Conociendo la tendencia de la SIFILIS -- temprana latente a las recaídas secundarias con tagiosas y la potencial gravedad de la neurosífilis, que puede desarrollarse después de sólo 2 años de infección hacer recalcar la importancia de diagnosticar la enfermedad en etapas relativamente tempranas.

d) Observación de la practica de la prostitución, sin control sanitario, ni médico adecuado, que justifican que la enfermedad tienda a - propagarse.

#### 4.- OBJETIVOS.

a) Conocer al final del estudio si existen pacientes enfermos que han pasado desapercibidos por el médico y que pudiesen ser potencial-

mente infectantes, con el consecuente aumento - del número de enfermos.

b) Al efectuar un diagnóstico adecuado esta blecer coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva para valoración del tratamiento y -- control adecuado del paciente y sus contactos, - de manera que el Médico familiar tenga como nor ma el diagnóstico preciso, la definición del -- tratamiento, la educación higiénica, la detec ción de casos y la canalización de enfermos al servicio de Medicina Preventiva con la notifica ción respectiva, para que este servicio en coor dinación con el Médico Familiar practique estu dio epidemiológico, controle casos y efectuar - la vigilancia epidemiológica.

c) Disminución de pacientes portadores de - SIFILIS.

d) Dada la pobreza de datos clínicos que -- nos aporta el padecimiento en algunas de sus -- etapas, hacer resaltar la importancia de tomar un VDRL, cuando menos una vez al año, en la po blación susceptible de contraer la enfermedad - o sea población sexualmente activa.

e) Una vez conocida la importancia que tie ne la Sifilis en la población (si es que la - - hay), hacer conciencia al personal Médico sobre la naturaleza de la enfermedad, ya que al hacer diagnósticos más adecuados, se puede controlar de manera más eficaz el padecimiento.

f) Orientación a la población elegible del estudio sobre aspectos generales de Higiene sexual.

5.- HIPOTESIS.- Existe un número considerable de pacientes portadores de SIFILIS que no han sido diagnosticados y por lo tanto no controlados.

Pudiese ser atribuible a errores en el diagnóstico o a la relativa indiferencia e ignorancia del paciente portador.

#### 6.- LIMITES.

a) De tiempo.- 1o de Mayo al 30 de Noviembre de 1978

La población estudiada serán personas con vida sexual activa, que asistan por otra causa a la consulta externa de Medicina Familiar.

b) De espacio. Consultorio Médico No 17 Turno AC de Medicina Familiar de la Clínica T1 No. 14., así como el laboratorio clínico de la misma Unidad.

#### 7.- RECURSOS.

Humanos: Médico Familiar, Residente de Medicina Familiar, laboratorista y población con vida sexual activa que acuda al consultorio.

Físicos.- Un consultorio de Medicina Fami--



Además en el momento de la consulta se les habló, aunque de una manera somera de generalidades de Higiene sexual, haciendo incapié sobre mecanismo de transmisión de las enfermedades venéreas. Posteriormente se localizaron los expedientes de las personas enviadas a laboratorio para recabar los resultados y registrarlos.

Se escogió el VDRL por ser una prueba de gran confiabilidad, que es demostrada en la siguiente Gráfica donde se compara con otras pruebas que son específicas para *Treponema Pallidum*.

Fueron 9 personas, que ha pesar de habersele dado orden de exámen no acudieron a laboratorio para la toma de la muestra respectiva.

Las titulaciones de los casos positivos fueron las siguientes:

1:2	-	1 caso
1:8	-	2 casos
1:16	-	4 casos
1:32	-	2 casos
1:64	-	1 caso

TOTAL - 10 casos

Se preguntó sobre enfermedades presentes en el momento de tomar la muestra y efectivamente 1 persona cursó con un cuadro infeccioso respiratorio, y fué la del sexo masculino, que no tuvo manifestaciones clínicas de la enfermedad, en el sexo masculino y la que presentó la titulación más baja y considerándose como Falsa Positiva (corroborada con exámen posterior y una vez pasado el cuadro infeccioso), y por lo cual el paciente fué descartado del estudio.

En lo que respecta al ESTADO CIVIL se encontró dentro de las mujeres: 3 casadas, 2 solteras y una viuda y dentro de los hombres los tres fueron solteros, con respecto a sus CONTACTOS de las casadas 2 fueron negativos y el otro no acudio al laboratorio, en las 2 solteras no los refirieron y la viuda negó contacto sexual presente.- En los masculinos existe el antece--

Todos los casos fueron enviados al servicio de Medicina Preventiva de la Unidad en donde se elaboró estudio epidemiológico y control de contactos y calificando a los pacientes como portadores de SARK (SIFILIS ADQUIRIDA RECIENTE LATENTE) y recibiendo tratamiento con Penicilina Benzatínica a la dosis 2.4 millones U.I por VIA Intramuscular cada Semana y durante 3 semanas y observándose, en los que siguieron el tratamiento disminución de las titulaciones del -- VDRL (2 personas suspendieron el tratamiento, - aún a pesar de haberles hecho la observación de lo importante que era.

#### 10.- CONCLUSIONES.

Efectivamente se pudo observar mediante el estudio practicado que existe la presencia de enfermos con SIFILIS ADQUIRIDA ASINTOMATICA que no habían sido diagnosticados debido a los factores siguientes:

- a).- Despreocupación e ignorancia por parte de los enfermos con respecto a los síntomas. (en su mayor parte).
- b).- Y en una mínima proporción en falla diagnóstica. Que es bastante importante, debido a los factores antes enunciados, efectuar una detección oportuna mediante estudio serológico VDRL a las personas con vida sexual activa cuando menos 1 vez al año.

Hacer notar la importante relación entre el resultado serológico positivo y los antecedentes patológicos del enfermo para corroborar o descartar el diagnóstico, pues un - - VDRL positivo no es sinónimo de Infección, teniendo en cuenta que pueden existir Pruebas falsas positivas, que pueden confundir al médico no experimentado.

Que la Educación con respecto a Higiene sexual es importante transmitirla a las personas susceptibles, para hacer conciencia de la importancia del padecimiento y así disminuir la trasmisibilidad y consecuentemente la morbilidad de la Sífilis.

Que es Urgente que las autoridades sanitarias efectúen un control más estricto de la - - Prostitución, fuente más importante de diseminación del padecimiento.

Se corrobora también que la estrecha colaboración entre el Médico Familiar y el Servicio de Medicina Preventiva, son básicos para el mejor control de los enfermos y sus contactos.

## 11.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Paul B. Meeson y Mc. Dermott. Tratado de - Medicina Interna. Enfermedades por Treponemas.- 13va. Edición, 685-686 Tomo I. 1971.
- 2.- Levis M. Drusin, Clínicas Médicas de Nor--teamérica. Enfermedades Venéreas. 1161:1171. -- Septiembre 1979.
3. Brown W.J. The national VD problem. The UV-crisis procedings of the international Venereal disease symposium, 1971. p.8-12.
- 4.- Fleming, W.L Brown et al. National Survey - of Venereal disease treated by physicians in -- 1968. JAMA, 211; 1827-1830. 1970.
- 5.- Revisión epidemiológica de Sífilis. Manual- para Médicos (crónicas de la OMS).- Diagnóstico y tratamiento de la Sífilis.
- 6.- Solís Jabalera. Salud Pública de México. Pa norama epidemiológico de la Sífilis. Volúmen -- XVII. número 3.P.403-409. mayo-junio 1975.
- 7.- Boletín Médico del Instituto Mexicano del - Seguro Social. Vol. XIII, No. 9. 1971.
- 8.- Programa de control de enfermedades vené---reas del Instituto Mexicano del Seguro Social.- Departamento de Medicina preventiva. pag. 8. -- 1961.

9.- Control de Enfermedades Transmisibles. Se--  
cretaría de Salubridad y Asistencia. pag.244- -  
249. 1972.

10.-Material obtenido del Curso Monográfico so-  
bre Padecimientos dermatológicos más frecuentes  
en Medicina Familiar. Realizado en CH T1 IMSS -  
de Oaxaca Oax. 1978.

DR. REYNALDO ALFONSO VARGAS ROBLES.