

11226
29, 175



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO

C. S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN

SECRETARIA DE SALUD

CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR GENERAL

INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL, EN LA CONSULTA DEL
MEDICO FAMILIAR GENERAL

Tesina Recepcional

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Especialista en Medicina Familiar General

P R E S E N T A :

RAFAEL ROCHA MEDINA

GENERACION 83 - 86

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA DE LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL

GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA CONSULTA
DEL MEDICO FAMILIAR GENERAL

DR. RAFAEL ROCHA MEDINA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR GENERAL

CENTRO DE ADSCRIPCION: BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN

SECRETARIA DE SALUD.

I N D I C E:

| | |
|--|----|
| Descripción del problema..... | 1 |
| Justificación..... | 3 |
| Objetivos | 5 |
| Historia de las Enfermedades Venéreas | 6 |
| Estadísticas | 13 |
| Incidencia y factores causales | 14 |
| Clasificación de las Enf. de Trans. Sexual | 16 |
| Sífilis | 18 |
| Gonorrea | 25 |
| Chancro Blando | 29 |
| Linfogranuloma Venéreo | 31 |
| Granuloma Inguinal | 34 |
| Infección por virus del herpes simple | 36 |
| Molusco contagioso | 40 |
| Tricomonirosis | 41 |
| Candidiasis | 42 |
| Escabiasis | 43 |
| Pediculosis púbis | 44 |
| Amibiasis | 45 |
| Condiloma acuminado | 46 |
| Sind. de inmunodeficiencia adquirida | 48 |
| Sind. de inmunodeficiencia adquirida en niños | 51 |
| Conclusiones..... | 52 |
| Fotografías | 53 |
| Bibliografía | 55 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EL PROGRESO DE LA MEDICINA Y LA EXPANSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS HAN SIDO EXTRAORDINARIOS A TRAVÉS DE LOS AÑOS, AHORA DISFRUTAMOS DE UN NÚMERO IMPORTANTÍSIMO DE ÉXITOS PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES, Y SIN EMBARGO NO CONSEGUIMOS CONTROLAR LA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ÉL ÚNICO ASPECTO DEL PROBLEMA CONSISTE EN QUE, AÚN CUANDO LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL TIENEN TRATAMIENTO, SIGUEN EXISTIENDO - EN ALTAS PROPORCIONES DENTRO DE LA SOCIEDAD. (4,5)

POR EJEMPLO: LA CAUSA DE LA SÍFILIS ES CONOCIDA DESDE 1905, LA TERAPIA PARA SU TRATAMIENTO DESDE 1910, Y DESDE 1943 EXISTE UN AGENTE, TERAPÉUTICO EXTREMADAMENTE EFICAZ, FÁCILMENTE DISPONIBLE, AÚN ASÍ LA INCIDENCIA DE LA SÍFILIS NO HA DECLINADO. (4,5)

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SE HAN INCREMENTADO ESTO HA SIDO DETERMINADO POR EL DESCUBRIMIENTO DE NUEVOS AGENTES PATÓGENOS, FACTORES -- SOCIOECONÓMICOS, CULTURALES ETC...

POR EJEMPLO: UN FUERTE AUMENTO EN LOS VIAJES TURÍSTICOS Y PROFESIONALES, CON LA CONSIGUIENTE PROPAGACIÓN --

CADA DÍA MAYOR DE LAS ENFERMEDADES, A TRAVÉS DE LAS
FRONTERAS NACIONALES; MAYOR TOLERANCIA ANTE COMPORTAMIENTOS
SEXUALES, TANTO HETEROSEXUALES (RELACIONES PREMARITALES),-
COMO HOMOSEXUALES, Y UNA GRAN LIBERTAD DE COSTUMBRES. (4,5)

JUSTIFICACION:

EXISTEN MUCHOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL AUMENTO DE LAS CIFRAS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. POR EJEMPLO, ES IMPERATIVO QUE, PARA TENER UN PROGRAMA EFICAZ-CONTRA LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEAN REPORTADOS TODOS LOS CASOS DE ENFERMEDADES VENÉREAS, Y TRATADOS -TAMBIÉN. MUCHAS VECES LA NOTIFICACIÓN NO ES ADECUADA, YA -QUE EL TRATAMIENTO ES ADMINISTRADO POR MÉDICOS PARTICULARES, FARMACÉUTICOS U OTRAS PERSONAS, INCLUYENDO AL PROPIO PACIENTE; OTRAS VECES EXISTE DIFICULTAD PARA EL DIAGNÓSTICO, SOBRE TODO CUANDO SE BASA EXCLUSIVAMENTE EN LA OBSERVACIÓN; -HAY QUE LIMITARSE A HABLAR DE "LESIONES PENEANAS Ó DE --- "DERRAMES URETRALES", EVITANDO, LAS ESPECIFICACIONES DE --SÍFILIS Ó BLENORRÁGIA.(4,5,6)

DEBE SER EL MÉDICO FAMILIAR GENERAL EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE, DE AQUÍ LA IMPORTANCIA DE RECONOCER --LAS LESIONES Y LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, YA QUE DE ESTA MANERA SE LE PODRÁ BRINDAR AL PACIENTE UN TRATAMIENTO ADECUADO.

PERO EL MÉDICO FAMILIAR GENERAL, SU AREA NO SOLO ES-CURATIVA, SINO TAMBIÉN PREVENTIVA, Y ES EN EL NÚCLEO FAMI-

LIAR, EN DONDE EJERSE SUS ACCIONES, EVITANDO DE ESTA MANERA QUE EXISTA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD, YA QUE NO NECESARIAMENTE DEBE EXISTIR CONTACTO SEXUAL PARA CONTRAERLA. *

* Perfil del Médico familiar presentado en el programa del Curso de Especialización en Medicina General Familiar, - Depto. de Med. Gral. Fam. y Com. Facultad de Med, UNAM México, 1985.

OBJETIVOS:

1) REVISIÓN HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, SOBRE LA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN - SEXUAL MÁS FRECUENTES EN LA CONSULTA DEL MÉDICO FAMILIAR GENERAL.

2) ELABORACIÓN DE UNA GUÍA TANTO CLÍNICA COMO DE LABORATORIO, QUE APOYE EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES EN LA CONSULTA DEL MÉDICO FAMILIAR GENERAL.

HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS:

AUNQUE LOS ORÍGENES, ATRIBUTOS Y MITOS SOBRE LA DIOSA GRIEGA VENUS SON OSCUROS Y A MENUDO CONFUNDIDOS CON LOS DE AFRODITA, EL NOMBRE DE VENUS HA LLEGADO A ASOCIARSE POPULARMENTE CON EL AMOR Y LOS AMANTES (4)

CUANDO EL HOMBRE BUSCÓ UN EUFEMISMO PARA LAS ÚLCERAS GENITALES LAS DENOMINÓ ENFERMEDADES VENÉREAS (EL GENITIVO DE VENUS EN LATÍN ES VENÉRIS). LAS ENFERMEDADES VENÉREAS SON EN REALIDAD DIFERENTES ENFERMEDADES CONTAGIOSAS CON POCO EN COMÚN, SALVO EL HECHO DE QUE EN ALGUNA ETAPA TIENEN LOCALIZACIÓN GENITAL. (4)

LAS ENFERMEDADES VENEREAS SE DIVIDEN EN GRUPOS: MAYORES Y MENORES.(8) LAS MAYORES SON: SÍFILIS Y GONORREA, LAS MENORES SON: CHANCRO BLANDO, LINFOGRANULOMA VENÉREO, LINFOGRANULOMA INGUINAL, MÁS COMUNES QUE ESTAS SON LAS ENFERMEDADES PARAVENEREAS, ESTAS SON ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE PUEDEN SER TRANSMITIDAS POR EXPOSICIONES SEXUALES O NO SEXUALES; DENTRO DE ESTAS SE ENCUENTRAN: HERPES GENITALES, MOLUSCO CONTAGIOSO, TRICOMONIASIS, CANDIDIASIS, ESCABIASIS, PEDICULOSIS DEL PÚBIS, CONDILOMA ACUMINADO, CITOMEGALOVIRUS, HEPATITIS A, HEPATITIS B, HEPATITIS NO A NO B, SHIGELOSIS-AMIBIASIS, ENTEROBIASIS, GIARDIASIS, SALMONELOSIS, SÍNDROME DE REITER, BALANITIS POR ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO B, SARCOMA DE KAPOSI, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO. (7,8)

CUANDO SE ESTUDIAN LAS ENFERMEDADES VENÉREAS, SURGE INVARIABLEMENTE LA CUESTIÓN DE SU ORIGEN. LOS HISTORIADORES MÉDICOS HAN DISCUTIDO POR LARGO TIEMPO SU MISTERIOSO ORIGEN; ENTRE ELLOS SE HA DESARROLLADO UNA DISPUTA ACADÉMICA-RESPECTO A SI LA SÍFILIS TIENE SU ORIGEN EN EL NUEVOMUNDO (TEORÍA COLOMBINA), O SI HABÍA ESTADO PRESENTE EN EL VIEJO MUNDO DESDE SUS PRINCIPIOS (TEORÍA PRE-COLOMBINA), (7,4)

LOS QUE ESTAN A FAVOR DE LA TEORÍA PRECOLOMBINA AFIRMAN QUE LA SÍFILIS SE ENCONTRABA EN EUROPA ANTES DEL VIAJE DE COLÓN PERO QUE NO SE RECONOCÍA O QUE SE CONFUNDÍA CON OTRA ENFERMEDAD, LA LEPRO, ASEGURAN QUE LAS ENFERMEDADES LLAMADAS SÍFILIS Y GONORREA PREVALECÍAN EN TIEMPOS TAN LEJANOS COMO EL PRINCIPIO DE LA HISTORIA. AFIRMAN A DEMÁS QUE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS SON CAUSADAS POR GÉRMENES, Y PARECE LÓGICO SUPONER QUE LOS GÉRMENES SE ENCONTRABAN EN ESTE PLANETA MUCHO ANTES QUE EL HOMBRE. COMO CONTRAJO EL HOMBRE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS SIGUE, SIN EMBARGO, SIENDO UN MISTERIO, PERO CREEN QUE LOS HUMANOS HAN ALOJADO Y TRANSMITIDO LOS ORGANISMOS CAUSANTES DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS DURANTE MILENIOS.

SE PUEDE LLEGAR TAN LEJOS COMO PARA AFIRMAR QUE LA SÍFILIS HA REPRESENTADO SIN DUDA UN IMPORTANTE PAPEL, CONFIGURANDO EL CURSO DE LA HISTORIA. PORQUE, COMO LA ESPIROQUETA DE LA SÍFILIS NO HA MOSTRADO PREFERENCIA NI PARCIALIDAD POR LA POSICIÓN SOCIAL, MUCHOS PERSONAJES HISTÓRICOS E INFLUYENTES HAN CAÍDO VÍCTIMAS DE LA SÍFILIS.(4,7)

EL EXÁMEN DE LOS HUESOS DE LOS RESTOS DE LAS MÓMIAS, EFECTUADOS POR EXPERTOS, REVELAN QUE LA SÍFILIS SE ENCONTRABA PRESENTE ENTRE LOS EGIPCOS PRIMITIVOS. EN REALIDAD SE

CREE QUE EL FAMOSO FARAÓN EGIPCIO RAMSÉS V, TUVO ---
SÍFILIS, Y QUIZA NACIERA CON ELLA

HIPÓCRATES DESCRIBE LLAGAS SEMEJANTES A LAS DE LA --
SÍFILIS EN ÓRGANOS GENITALES DE PACIENTES POR LOS AÑOS --
460 ANTES DE NUESTRA ERA. (4,7)

VARIOS FRAGMENTOS DEL ANTIGUO TESTAMENTO PERMITEN PENSAR QUE MU-
CHAS DE LAS PLAGAS QUE ABATÍAN SOBRE LAS CAMPIÑAS ERA PROBABLEMENTE --
SÍFILIS. EL USO DE LA PALABRA LEPROSA, EN ESCRITOS ANTIGUOS, PROBABLE-
MENTE CONSTITUYE UNA REFERENCIA A LA SÍFILIS.

LA ESCUELA COLOMBINA PROPAGA UNA FILOSOFÍA DISTINTA. SUS SEGUI-
DORES CREEN QUE LA SÍFILIS EXSISTÍA EN HAITÍ EN ESTADO ENDÉMICO, Y QUE
FUÉ CONTRAÍDA Y SUBSIGUIENTEMENTE TRANSPORTADA A EUROPA POR LOS HOMBRES
DE COLÓN A SU REGRESO A ESPAÑA. (4)

CUANDO SE EXAMINA CUIDADOSAMENTE LA LITERATURA EUROPEA PRECOLOM-
BINA DEL SIGLO XV, EN BUSCA DE LA DESCRIPCIÓN DE ENFERMEDADES Y CUANDO
SE PROCEDE AL EXÁMEN DE LOS HUESOS PRECOLOMBINOS, SE OBTIENEN MUY POCAS
EVIDENCIAS DE SÍFILIS. EN CAMBIO, HAY EVIDENCIAS ABUNDANTES DE QUE LA
SÍFILIS EXSISTÍA EN LAS AMÉRICAS CUANDO COLÓN HIZO SU PRIMER VIAJE, --
COMO LO REVELA EL HECHO DE QUE ERAN PERFECTAMENTE CONOCIDOS HUESOS --
PRECOLOMBINOS SIFILÍTICOS EN LAS AMERICAS. POR CONSIGUIENTE MUCHOS --
HISTORIADORES SACAN EN CONCLUSIÓN QUE LOS HOMBRES DE COLÓN CONTRAJERON
LA SÍFILIS DE LAS NATIVAS DE LAS INDIAS OCCIDENTALES Y QUE, AL REGRE-
SAR A ESPAÑA, PROPAGARON LA ENFERMEDAD. ESTA HIPÓTESIS ESTÁ CONFIRMADA
POR EL HECHO DE QUE SIN LUGAR A DUDAS, SE PRODUJO UNA EPIDEMIA DE SÍFI-
LIS EN FORMA GRAVÍSIMA QUE SE PROPAGÓ POR EUROPA MATANDO A MILLONES DE
PERSONAS LOS ÚLTIMOS AÑOS DEL SIGLO XV. ESTA EPIDEMIA SE INICIÓ EN --

NÁPOLES EN 1495, SEGÚN LOS HISTORIADORES, MÁS O MENOS DOS AÑOS DESPUÉS DE QUE COLÓN VOLVIÓ DE SU PRIMER VIAJE. (4,7)

DIAS DE LA ISLA, UN MÉDICO BARCELONÉS AFIRMO QUE LA SÍFILIS ERA DESCONOCIDA EN EUROPA ANTES DE 1493 Y AGREGÓ - QUE MARTÍN DE PINZÓN CONTRAJÓ LA SÍFILIS DURANTE EL PRIMER VIAJE DE COLÓN Y MURIÓ A CONSECUENCIAS DE ELLA DOS AÑOS DESPUÉS DE SU REGRESO. MUCHA GENTE NO SABE QUE COLÓN FUÉ TAMBIÉN VÍCTIMA DE LA SÍFILIS Y QUE MURIÓ UNOS CATORCE AÑOS - DESPUÉS DE SU REGRESO DEL NUEVO MUNDO.

DESPUÉS DEL REGRESO DE COLÓN A ESPAÑA EN 1493, EL REY CARLOS VIII DE FRANCIA INVADÍA CON UN EJÉRCITO DE MERCENARIOS ITALIA, INTENTANDO APODERARSE DEL TRONO DE NÁPOLES (LOS - HOMBRES NO VACILABAN EN VIOLAR Y SAQUEAR TODO LO QUE ENCONTRABAN A SU PASO). LA CAÍDA DE NÁPOLES EN 1495. FUÉ CELEBRADA CON FESTEJOS QUE DURARON TRES MESES Y QUE CONSISTÍAN PRINCIPALMENTE EN SAQUEO Y ESTUPRO. EN LA PRIMAVERA DE AQUEL AÑO UNA EPIDÉMIA DE SÍFILIS SE ABATIÓ OBLIGANDO AL EJÉRCITO DE CARLOS A RETIRARSE A ITALIA. SE ATRIBUYE LA EPIDÉMIA DE SÍFILIS EN EUROPA A LA DISPERSIÓN POR TODO EL CONTINENTE DE LOS MERCENARIOS DEL EJÉRCITO DE CARLOS Y A LAS SEGUIDORAS DE CAMPAMENTOS, NOMBRE DADO A LAS PANDILLAS DE PROSTITUTAS QUE SEGUÍAN A LOS EJÉRCITOS DE AQUELLOS TIEMPOS Y QUE A -- VECES CONTABAN CON MILES DE ELLAS. (4,7)

SE DICE QUE LA SÍFILIS APARECIÓ EN FRANCIA, ALEMANIA Y SUIZA EN 1495, EN HOLANDA Y GRECIA EN 1496, EN INGLATERRA Y ESCOCIA EN 1497, EN RUSIA Y HUNGRÍA EN 1499.

POR DONDE SE PROPAGARA LA ENFERMEDAD, ERA CONSIDERADA COMO NUEVA, Y LOS NOMBRES QUE LE PONÍAN ERAN SIN DUDA UN INTENTO DE RESPONSABILIZAR POR ELLA A LOS DEMÁS. LOS FRANCESES LA LLAMABAN MAL DE NÁPOLES, LOS ITALIANOS ENFERMEDAD - ESPAÑOLA O FRANCESA, LOS INGLESES LLELLAMARON ENFERMEDAD POLACA ETC...

HAY QUE PREGUNTARSE CUÁL DE LAS TEORÍAS RESPECTO AL ORIGEN DE LA SÍFILIS, PRECOLOMBINA O COLOMBINA, ES TOTALMENTE SATISFATORIA. RESULTA DIFÍCIL IMAGINAR QUE UNA ENFERMEDAD HAYA PODIDO PROPAGARSE CON TANTA RAPIDEZ A CONSECUENCIA DE UN SOLO EPISÓDIO HISTÓRICO. TAMBIÉN RESULTA DIFÍCIL ACEPTAR LAS CONCLUSIONES DE QUE UNA ENFERMEDAD QUE HABÍA SIDO ENDÉMICA HASTA ENTONCES SE VOLVIERA TAN SÚBITAMENTE EPIDÉMICAMENTE CON SÍNTOMAS Y SEÑALES ANTERIORMENTE DESCONOCIDOS Y UN GRADO DE GRAVEDAD TOTALMENTE NUEVO. (4,7)

EN 1530 UN PATÓLOGO ITALIANO FRANCASTORIUS ESCRIBIÓ UN POEMA - ACERCA DE UN JOVEN LLAMADO SÍFILIS, Y CUENTA COMO EL PASTORCITO FUÉ -- ATACADO POR LA ENFERMEDAD GÁLICA COMO CASTIGO POR HABER BLASFEMADO A LOS DIOS DEL SOL DE HAITÍ. POCO DESPUÉS LA PALABRA SÍFILIS SE CONVIRTIÓ EN TÉRMINO MÉDICO PARA INDICAR ESA ENFERMEDAD. LA SÍFILIS NO TIENE PREFERENCIA, MUCHOS PERSONAJES FAMOSOS Y MUY INFLUYENTES DE LA HISTORIA HAN TENIDO SÍFILIS Y PROBABLEMENTE HAYAN MUERTO DE ELLA.

* ENRIQUE VIII CINCO DE SUS SEIS HIJOS QUE TUVO CON CATALINA, MURIERON DE SÍFILIS.

* CARLOS VIII DE FRANCIA TUVO CUATRO HIJOS QUE HABÍAN DE MORIR DE SÍFILIS; MURIÓ DE SÍFILIS DEJANDO VACANTE EL TRONO.

- * FRANCISCO I DE FRANCIA OCUPÓ EL TRONO DE 1515, Y TAMBIÉN FALLECIÓ DE SÍFILIS
- * IVAN CUARTO CORONADO ZAR EN 1544, CONOCIDO POR "IVAN EL-TERRIBLE"
- * BENVENUTO CELLINI (ESCUULTOR ITALIANO).

EN LA ÚLTIMA DÉCADA SE HA OBSERVADO UNA PERCEPCIÓN-CADA VEZ MAYOR SOBRE EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR CONTACTO SEXUAL. LOS INFORMES INICIALES SE CENTRARON PRIMORDIALMENTE SOBRE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS -- CLÁSICAS SÍFILIS Y GONORREA. EN ESTUDIOS RECIENTES SE HA MOSTRADO TRANSMISIÓN SEXUAL DE DIVERSOS AGENTES INTESTINAES, SOBRE TODO EN VARONES HOMOSEXUALES TALES COMO: SHIGELLA, ENTÁMOEBA HISTOLÍTICA, GIARDIA LAMBLIA Y CAMPYLOBACTER -- FETUS, Y SE HA DEFINIDO UNA ENTIDAD CLÍNICA QUE SE DENOMINA "SINDROME INTESTINAL DEL HOMOSEXUAL". (10,16)

AÚN MÁS RECIENTEMENTE, SE HAN AÑADIDO DIVERSOS VIRUS A LA LISTA DE 200 AGENTES PATÓGENOS TRANSMITIDOS DE MANERA SEXUAL POR VARONES HOMOSEXUALES; SE HAN COMPROBADO COMO -- AGENTES PATÓGENOS: CITOMEGALOVIRUS, VIRUS DE LA HEPATITIS A, DE LA HEPATITIS B, DE LA HEPATITIS NO A, NO B, VIRUS DEL - HERPES SIMPLE, Y SE SOSPECHA DEL VIRUS DE EPSTEIN BARR Y - POLIOVIRUS. SE INICIÓ LA INVESTIGACIÓN DE OTROS VIRUS, -- COMO LOS CITOMEGALOVIRUS, PARA DEFINIR LOS FACTORES CAUSANTES, SUBYACENTES AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA (SIDA), QUE APARECIÓ SÚBITAMENTE Y SE DISEMINÓ DE MANERA -

EPIDÉMICA POR LA POBLACIÓN HOMOSEXUAL.

OTRO GERMEN CAUSAL ES EL HERPES GENITAL AÚN INACCESI
BLE AL TRATAMIENTO, COMO RESULTADO, SE PUEDE CONTROLAR --
SOLAMENTE LA DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD MEDIANTE MEDIDAS
SEXUALES RESTRICTIVAS (COMO EL USO DE PRESERVATIVO), NO -
ACEPTABLES PARA NUESTRA SOCIEDAD, POR LO CONTRARIO PROBABLE
MENTE LA PROMISCUIDAD SEXUAL ACTUAL HA CONTRIBUIDO EN GRAN
MEDIDA A LA DISEMINACIÓN DE ESTA ENFERMEDAD.

DEBIDO AL GRAN AVANCE DE LAS INVESTIGACIONES, EN UN
FUTURO PRÓXIMO, SE DESCUBRIRAN NUEVOS FÁRMACOS PARA EL --
TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES QUE AHORA SON INTRATA-
BLES, PERO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, QUIZÁ
PRESENTEN OTROS GÉRMINES Y SEGUIRAN SIENDO COMO HASTA EL -
MOMENTO UN PROBLEMA SOCIAL. (10,16)

ESTADÍSTICAS:

LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS, QUE PROCEDEN DE DIVERSOS PAÍSES ES DIFÍCIL, A CAUSA, DE LAS DIFERENCIAS EXISTENTES EN LO QUE RESPECTA A LOS CRITERIOS Y LAS NORMAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA NOTIFICACIÓN, A LAS -- INSTALACIONES DISPONIBLES Y A LA MEDIDA EN QUE EL TRATAMIENTO ES ADMINISTRADO POR MÉDICOS PARTICULARES, FARMACÉUTICOS, INCLUYENDO A LOS MISMOS PACIENTES. (4, 5, 6)

EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES SON LOS MÉDICOS PARTICULARES QUIÉNES TRATAN POR LO GENERAL LAS ENFERMEDADES DE -- TRANSMISIÓN SEXUAL, LA ESTADÍSTICAS FIDEDIGNAS O DE ALCANCE VERDADERAMENTE NACIONAL SOLO EXISTEN EN MUY POCOS PAÍSES; ANTES QUE LAS ESTADÍSTICAS PUEDAN CONSIDERARSE FIDEDIGNAS, SERÁ PRECISO MEJORAR LAS INSTALACIONES. CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE BASA EXCLUSIVAMENTE EN LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS-- HAY QUE LIMITARSE A HABLAR DE "LESIONES PENEANAS" O DE -- "DERRAMES URETRALES", EVITANDO TANTO LAS ESPECIFICACIONES TALES COMO SÍFILIS, CHANCRO BLANDO Ó BLENORRÁGIA, PARA -- CONSEGUIR UNA MAYOR UNIFORMIDAD EN LA COMPARACIÓN DE LAS - CIFRAS ENTRE CENTROS Ó PAÍSES. (4, 5, 6)

INCIDENCIA Y FACTORES CAUSALES:

EL AUMENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL AFECTA A TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, PERO EN ALGUNOS PAÍSES SE ADVIERTE UNA INQUIETANTE TENDENCIA CARACTERIZADA POR TASAS DE AUMENTO MÁS ELEVADAS ENTRE LAS MUJERES DEL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS. (5,6)

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

LOS FACTORES QUE MÁS HAN CONTRIBUIDO AL ACERCAMIENTO DE LOS SEXOS SON EN PARTICULAR LOS SIGUIENTES: DESARROLLO ECONÓMICO RÁPIDO Y MAYOR PROSPERIDAD, GENERALIZACIÓN DEL SISTEMA DE ESCUELAS MIXTAS Y AUMENTO DEL NÚMERO DE ALUMNOS, MAYOR MOVILIDAD DE LOS GRUPOS, Y FUERTE AUMENTO DE LOS VIAJES TURÍSTICOS Y PROFESIONALES CON LA CONSIGUIENTE PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD CADA DÍA MAYOR A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS NACIONALES, FORMACIÓN DE GRANDES POBLACIONES FLOTANTES EN LAS CIUDADES, EXTENSIÓN DEL OCIO Y AUMENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y VASTOS MOVIMIENTOS DE TRABAJADORES EMIGRADOS, MUCHOS DE LOS CUALES SON SOLTEROS O ESTAN SEPARADOS DE SUS ESPOSAS. EN ALGUNAS REGIONES SE OBSERVA UNA INCIDENCIA PARTICULARMENTE ELEVADA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS GRUPOS MENOS FAVORECIDOS DE LA POBLACIÓN, PERO LO MISMO PUEDE DECIRSE DE LA LLAMADA "CLASE MEDIA", Y

EN REALIDAD NO HAY NINGUNA CATEGORÍA SOCIAL QUE SE LIBERE DE LA ENFERMEDAD. (5,6)

FACTORES CULTURALES.

ESTOS FACTORES SON TAN COMPLEJOS COMO LOS ANTERIORES, DIVERSOS CAMBIOS DE ACTITUDES, CULTURALMENTE DETERMINADOS, AL FACILITAR TODO TIPO DE ACTIVIDADES HAN CONTRIBUIDO A AUMENTAR LA EXPOSICIÓN A LOS ESTÍMULOS SEXUALES, AL TIEMPO QUE LA MAYOR TOLERANCIA ANTE LOS COMPORTAMIENTO SEXUALES, TANTO HETEROSEXUALES COMO HOMOSEXUALES, HA ACARREADO UN AUMENTO DE LAS RELACIONES PREMARITALES Y EXTRAMARITALES Y UNA GRAN LIBERTAD DE COSTUMBRES. (5,6)

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

SÍFILIS

MAYORES:

GONORREA

CHANCRO BLANDO

MENORES:

LINFOGRANULOMA VENÉREO

GRANULOMA INGUINAL

PARAVENEREAS: (PUEDEN ADQUIRIRSE POR CONTACTO SEXUAL
ASÍ COMO POR OTROS CONTACTOS, PERSONA
A PERSONA).

- * URETRITIS NO GONOCOCICA
- * HERPES GENITALES
- * MOLUSCO CONTAGIOSO
- * TRICOMONIASIS
- * CANDIDIASIS
- * ESCABIASIS
- * PEDICULOSIS
- * CONDILOMA ACUMINADO
- * HEPATITIS A, B, NO A, NO B,
- * SHIGELOSIS

- * AMIBIASIS
- * GIARDIASIS
- * SALMONELOSIS
- * INFECCIONES MENINGOCOCICAS
- * INFECCIONES POR CAMPILOBACTER
- * BALANITIS POR ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO B
- * LINFAGITIS DE PENE
- * EDEMA VENÉREO DE PENE
- * SARCOMA DE KAPOSÍ
- * SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

SIFILIS:

ES UNA INFECCIÓN SISTÉMICA CRÓNICA CAUSADA POR TREPO
NEMA PALLIDUM; POR LO GENERAL ES TRANSMITIDA SEXUALMENTE, -
Y SE CARACTERIZA POR UN PERÍODO DE INCUBACIÓN QUE PROMEDIA
3 SEMANAS, SEGUIDO POR UNA LESIÓN PRIMARIA ASOCIADA CON --
LINFADENOPATÍA REGIONAL; UNA ETAPA BACTERÉMICA SECUNDARIA-
ASOCIADA CON LESIONES MUCOCUTÁNEAS GENERALIZADAS; UN PERÍO-
DO LATENTE DE INFECCIÓN SUBCLÍNICA QUE PERDURA POR MUCHOS
AÑOS, Y, EN EL 30 AL 50 % DE LOS CASOS NO TRATADOS, UNA -
ETAPA TERCIARIA CARACTERIZADA POR LESIONES DESTRUCTIVAS --
PROGRESIVAS MUCOCUTÁNEAS, MUSCULO ESQUELÉTICAS O PARENQUIMA
TOSAS, AORTITIS, Ó AFECCIÓN DEL SNC. (7,8)

SÍFILIS PRIMARIA. DATOS CLÍNICOS:

APARICIÓN DEL CHANCRO 21 DÍAS DESPUÉS DE LA EXPOSI--
CIÓN, EL CHANCRO ES INDOLORO, REDONDO, LIGERAMENTE ELEVADO
LA MANIFESTACIÓN MÁS EVIDENTE ES UNA EROSIÓN CON BASE LIM-
PIA, EL ENDURECIMIENTO PUEDE SER IMPORTANTE, PERO LA LESIÓN
NO ES DEPRIMIBLE, PUEDE ENCONTRARSE EN LOS GENITALES, PERO
PUEDE PRESENTARSE EN CUALQUIER PARTE, DEPENDIENDO DE DONDE
Y COMO OCURRIÓ LA EXPOSICIÓN ORIGINAL, EL CHANCRO NO TRATA
DO SUELE DESAPARECER DE UNO A TRES MESES. (7,8)

EXISTE TAMBIÉN ADENOPATÍA LOCAL DISCRETA, SEMEJANTE
AL HULE.

SÍFILIS SECUNDARIA. DATOS CLÍNICOS:

EXISTEN LESIONES CUTÁNEAS GENERALIZADAS, LAS CUALES NO SON CONFLUENTES, NI PRURIGINOSAS, Y DE TAMAÑO Y CARACTERÍSTICAS UNIFORMES. PUEDEN SER MACULARES, PAPULARES, PÁPULO ESCAMOSAS O HIPERPIGMENTADAS. OTRAS LESIONES SON; EL CONDOMIO PLANO, QUE PUEDEN AGRUPARSE ALREDEDOR DE LA REGIÓN ANOGENITAL O CUALQUIER AREA HÚMEDA (SON PÁPULAS HÚMEDAS, -- PLANAS, COLOR CARNE); EXISTE TAMBIÉN FIEBRE, MALESTAR GENERAL Y ADENOPATÍA. (7,8,12)

SI EL PACIENTE NO SE TRATA DESAPARECEN LOS SIGNOS DE SÍFILIS SECUNDARIA, ALREDEDOR DE SEMANAS, MESES O HASTA -- AÑOS, EL PACIENTE PUEDE ENTONCES ENTRAR EN UN LARGO PERÍODO DURANTE EL CUAL NO HAY EVIDENCIA DE INFECCIÓN (SÍFILIS LATENTE). LA SÍFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA Y LATENTE, SE DENOMINAN SÍFILIS TEMPRANA.

EN LA SÍFILIS LATENTE , NO HAY SIGNOS O SÍNTOMAS, -- NO HAY FORMA DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE INFECCIÓN, SALVO POR DESCUBRIMIENTO DE LOS ANTICUERPOS. (12,23)

SÍFILIS TARDÍA.

AL PASO DE MUCHOS AÑOS, PUEDEN SUCEDER TRES COSAS.

* APROXIMADAMENTE EN UNA TERCERA PARTE DE LOS PACIENTES LA SÍFILIS DESAPARECE, ASÍ MISMO DESAPARECE TODA EVIDENCIA -- SINTOMÁTICA O SEROLÓGICA DE SÍFILIS.

* EN OTRA TERCERA PARTE, LOS ESTUDIOS SEROLÓGICOS, SIEMPRE MUESTRAN CIERTA EVIDENCIA DE ANTICUERPOS, PERO NUNCA OCURREN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ENFERMEDAD DURANTE EL RESTO --
DE LA VIDA DEL PACIENTE.

* POR ÚLTIMO EN LA TERCERA PARTE RESTANTE DE LOS PACIENTES
SE VUELVEN EVIDENTES LAS SECUELAS TARDÍAS DE SÍFILIS.

SI LAS LESIONES SE ENCUENTRAN EN PIEL, HUESO Ó HÍGADO,
NO EXISTE PELIGRO PARA LA VIDA DEL PACIENTE; PERO CUANDO -
TALES LESIONES OCURREN EN EL CEREBRO, AORTA O EN LOS CENTROS
VITALES, PUEDEN OCURRIR SÍNTOMÁS NERVIOSOS GRAVES, LOCURA,
CARDIOPATÍA O MUERTE. (8,12)

LAS LESIONES DE LA SÍFILIS TARDÍA PROBABLEMENTE SON
DEBIDAS A HIPERSENSIBILIDAD A LA ESPIROQUETA. LA LESIÓN ---
FOCAL CARACTERÍSTICA DE LA SÍFILIS TARDÍA SE DENOMINA GOMA;
EN LA PIEL, LAS GOMAS PUEDEN SER LESIONES INDOLENTES, DU-
RAS Y ARCIFORMES QUE SUELEN MOSTRAR SIGNOS DE PROGRESIÓN -
Y CURACIÓN AL MISMO TIEMPO. (8,12)

SÍFILIS NEONATAL:

LAS ESPIROQUETAS PUEDEN SER TRANSMITIDAS A TRAVÉS DE
LA PLACENTA AL RECIEN NACIDO, LO CUAL PUEDE TENER COMO RE-
SULTADO: ABORTO, MORTINATO Ó INFECCIÓN CONGÉNITA. LA SÍFILIS
CONGÉNITA PUEDE MANIFESTARSE POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO -
POR NEUMONÍA, PERIOSTITIS, RINITIS, O UN EXANTEMA QUE PUEDE
PARACERSE AL DE LA SÍFILIS SECUNDARIA, INCLUYENDO LA APARI-
CIÓN DE CONDILOMAS PLANOS. LA ÚNICA VEZ EN QUE LA SÍFILIS
SE MANIFIESTA POR LESIONES BULOSAS ES EN EL EXANTEMA QUE-
OCURRE EN LA SÍFILIS CONGÉNITA POCO DESPUÉS EN LA VIDA --
POSTUTERINA. (8,12)

IGUAL QUE CON LA SÍFILIS LATENTE ADQUIDIDA, EL PACIENTE INFECTADO CON TREPONEMA PALLIDUM, AL NACER PUEDE CARECER DE SIGNOS DE INFECCIÓN. PUEDEN ENTONCES APARECER SECUELAS TARDÍAS, QUE SON COMPARABLES A LA REACCIÓN TARDÍA EN LA SÍFILIS ADQUIDIDA. LAS MANIFESTACIONES DE LA SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA INCLUYEN QUERATITIS INTERSTICIAL, SORDERA DEL OCTAVO PAR, GOMAS, ASÍ COMO LESIONES ÓSEAS Y ARTICULARES.

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, CON EL ADVENIMIENTO DE NUEVAS PRUEBAS INMUNOLÓGICAS TALES COMO LAS QUE ANALIZAN LOS NIVELES DE COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES, SE HA PUESTO UNA MAYOR INTERACCIÓN ENTRE EL SISTEMA INMUNE Y LA PRODUCCIÓN DE LESIONES EN EL TRANCURSO DE LA SÍFILIS, AUNQUE NO SE HA PODIDO DETERMINAR EXACTAMENTE LA INMUNOPATOGENIA DE ESTAS, SIMULTÁNEAMENTE, EL EMPLEO DE PRUEBAS MUY SENSIBLES HA PERMITIDO DEFINIR LESIONES NEUROLÓGICAS HASTA AHORA NO APARENTES, TAL COMO SUCEDE CON EL EMPLEO DE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS. EL ANÁLISIS DE ESTAS DOS PRUEBAS EN LA SÍFILIS HA PERMITIDO DEMOSTRAR FENÓMENOS BIOLÓGICOS NUEVOS. ESTO HA CONDUCIDO A RECLASIFICAR LOS PERÍODOS DE LA SÍFILIS Y ENCARAR CON MÁS PRECISIÓN EL PRONÓSTICO Y EL TRATAMIENTO^{23,25}TABLA I, II.

EN LA TABLA III, SE INDICAN LOS EXÁMENES DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS.

T A B L A I

PERIODOS EVOLUTIVOS DE LA SIFILIS ADQUIDIDA
SEGÚN STOCKES, BEERMAN, INGRAHAM (12,23)

INOCULACIÓN Y PERÍODO PRIMARIO DE INCUBACIÓN

PERÍODO PRIMARIO

PERÍODO SECUNDARIO PRECOZ

PERÍODO SECUNDARIO TARDÍO

PERÍODO RECURRENTE TEMPRANO

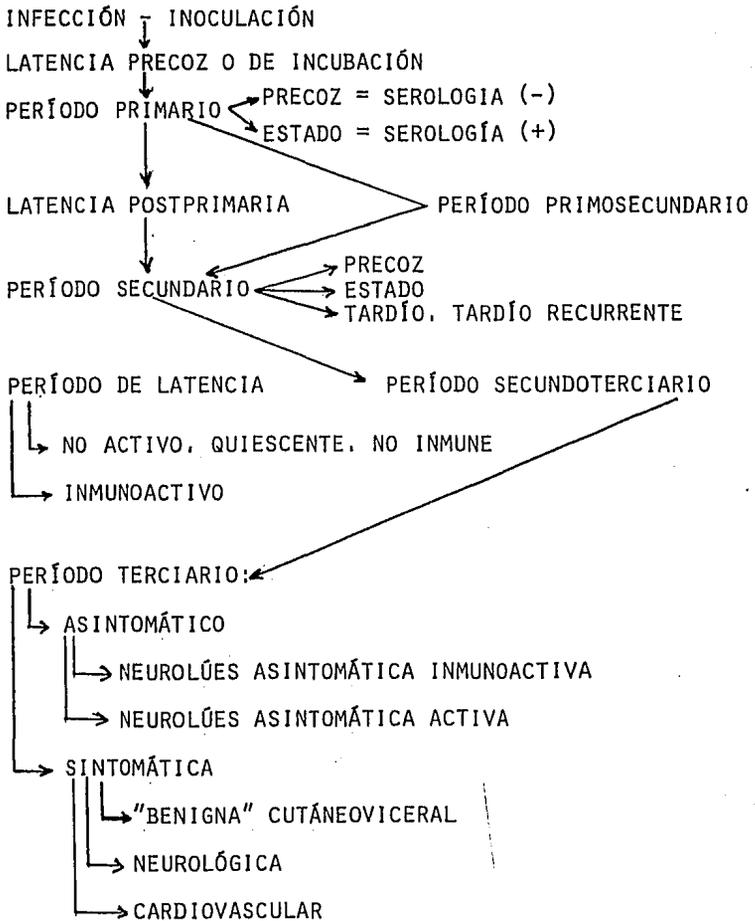
PERÍODO RECURRENTE TARDÍO Y LATENTE

SÍFILIS TARDÍA (TERCIARIA) (GOMOSA)

SÍFILIS TARDÍA (CUATERNARIA) (DEGENERATIVA)

T A B L A II

PERIODOS EVOLUTIVOS DE LA SIFILIS ADQUIRIDA
(SEGÚN NUEVA CLASIFICACIÓN) (12,23)



T A B L A III

PERIODOS EVOLUTIVOS DE LA SIFILIS ADQUIRIDA. CLASIFICACION CLINICA HUMORAL - INMUNOLOGICA (12)

| PERIODOS | CLÍNICA | VDRL | FTA | LCR | CIC | PE |
|---|---------|------|-----|-----|-----|----|
| PRIMARIO: | | | | | | |
| A) PRECOZ | + | - | - | - | - | - |
| B) ESTADO | + | + | + | - | - + | - |
| SECUNDARIO: | | | | | | |
| A) CUTÁNEO MUCOSO | + | + | + | - | - + | ? |
| B) MENINGITIS AGUDA | + | + | + | + | + | ?? |
| C) OTRAS VÍSCERAS | + | + | + | - | + | ? |
| LATENTE: | | | | | | |
| A) NO ACTIVA, QUIESCENTE.. | - | + | + | - | - | - |
| B) INMUNOACTIVA | - | + | + | - | + | - |
| TERCIARIA: | | | | | | |
| A) "BENIGNA" CUTÁNEO VIS- CERAL..... | + | + | + | - | + | - |
| B) NEUROLÓGICA: | | | | | | |
| -NEUROLÚES, ASINTOMÁTICA INMUNOACTIVA..... | - | + | + | - | + | + |
| -NEUROLÚES ASINTOMÁTICA ACTIVA..... | - | + | + | + | + | + |
| -MENINGOVASCULAR..... | + | + | + | + | + | + |
| -TABES ACTIVO..... | + | + | + | + | + | + |
| -PARÁLISIS GENERAL..... | + | + | + | + | + | + |
| C) CARDIOVASCULAR | + | + | + | - | + | - |

FTA= ANTICUERPOS TREPONÉMICOS FLUORESCENTES.
CIC= COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES.

LCR= LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO
PE= POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS.

GONORREA:

LA GONORREA, ES UNA INFECCIÓN DEL EPITELIO COLUMNAR Y DE TRANSICIÓN CAUSADA POR NEISSERIA GONORRHOEA. LOS SITIOS ANATÓMICOS QUE PUEDE SER INFECTADOS DIRECTAMENTE POR EL GONOCOCCO COMPRENDEN LA URETRA, EL CANAL DEL ANO, CONJUNTIVAS, FARINGE Y ENDOCERVIX, LAS COMPLICACIONES LOCALES INCLUYEN ENDOMETRITIS, SALPINGITIS, PERITONITIS Y BARTOLINITIS EN LA MUJER, ABSCESOS PERIURETRALES Y EPIDIDIMITIS EN EL HOMBRE. LAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DE GONOCOCEMIA INCLUYEN: ARTRITIS, DERMATITIS, ENDOCARDITIS Y MENINGITIS, ASÍ COMO MIOPERICARDITIS Y HEPATITIS. (2,3)

DATOS CLINICOS:

EN EL HOMBRE:

PERÍODO DE INCUBACIÓN: DE 2 A 6 DÍAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN, LOS SÍNTOMAS COMPRENDEN; SECRECIÓN URETRAL PURULENTO, ACOMPAÑADA DE DISURIA Y MICCIÓN FRECUENTE, ESTA SINTOMATOLOGÍA SE PRESENTA ENTRE 90-95 % DE LOS HOMBRES, EL RESTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA Y SIRVEN COMO FUENTE PARA QUE LA INFECCIÓN SE PROPAGUE A LAS MUJERES. LA EPIDIDIMITIS ES AHORA UNA COMPLICACIÓN POCO COMÚN Y LA PROSTATITIS OCURRE RARA VEZ, SI ACASO. LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE EPIDIDIMITIS Y VIRTUALMENTE TODOS LOS CASOS DE PROSTATITIS EN HOMBRES JÓVENES NO SON DE ORIGEN GONOCÓCCICO. (2,3)

OTRAS COMPLICACIONES LOCALES DE LA GONORREA QUE AHORA SON RARAS COMPRENDEN LA LINFADENITIS INGUINAL, EDEMA

DEL PENE DEBIDO A LINFANGITIS DORSAL O TROBOFLEBITIS, INFILTRACIÓN INFLAMATORIA BLANDA(SUBMUCOSA DE LA PARED -- URETRAL, ABSCESO O FÍSTULA PARAURETRAL, ABSCESO DE LA GLÁN DULA DE COWPER. EN LOS HOMOSEXUALES, ES COMÚN ENCONTRAR -- INFECCIÓN GONOCÓCICA ANORECTAL Y FARÍNGEA, LA INFECCIÓN -- ANORECTAL PUEDE SER ASINTOMÁTICA DESDE EL COMIENZO O PRODU CIR ARDOR O PRURITOS ANORECTAL, TENESMO Y UNA SECRECIÓN -- RECTAL MUCOPURULENTO. LA INFECCIÓN GONOCÓCICA FARÍNGEA OCU RRE EN APROXIMADAMENTE EL 20 % DE LOS HOMBRES HOMOSEXUALES, O DE LAS MUJERES HETEROSEXUALES QUE PRACTICAN EL FELLATIO- CON HOMBRES QUE TIENEN INFECCIÓN URETRAL. LA INFECCIÓN FA RÍNGEA PUEDE PRODUCIR AMIGDALITIS EXUDATIVA PERO CON FRE CUENCIA ES ASINTOMÁTICA. (2, 3)

GONORREA EN LAS MUJERES:

LA GONORREA AGUDA NO COMPLICADA EN LA MUJER CAUSA CON FRECUENCIA DISURIA, MICCIÓN FRECUENTE, AUMENTO DE LA SECRE CIÓN VAGINAL DEBIDO A ENDOCERVICITIS EXUDATIVA, SANGRADO - MENSTRUAL ANORMAL Y MOLESTIA ANORECTAL. AUNQUE LA DISURIA- Y LA FRECUENCIA EN LOS HOMBRES JÓVENES DESPIERTAN LA SOS PECHA DE URETRITIS GONOCÓCICA, LOS MISMOS SÍNTOMAS EN UNA MUJER JOVEN SON ATRIBUIDOS A "CISTITIS". LA INFECCIÓN GO- NOCÓCICA ASINTOMÁTICA EN LA MUJER AFECTA: EL ENDOCERVIX, - LA URETRA, EL CANAL DEL ANO Y LA FARINGE, LA SALPINGITIS - SE PRESENTA EN EL 15 % DE LAS MUJERES, ESTA ES LA MAYOR -- COMPLICACION DE LA GONORREA. LA EXTENSIÓN DE LA INFECCIÓN A LA PELVIS PUEDE PRODUCIR SIGNOS DE PERITONITIS PÉLVICA,

ACOMPAÑADOS DE NÁUSEA, VÓMITO, Y PUEDE CONDUCIR A UN ABSCESO PÉLVICO. (3,8,9)

LA INFLAMACIÓN AGUDA DE LA GLÁNDULA DE BARTOLIN, ES POR LO GENERAL UNILATERAL Y CON FRECUENCIA SE DEBE A INFECCIÓN GONOCÓCICA. LOS QUISTES CRÓNICOS DE BARTOLIN RARA VEZ SON CAUSADOS POR INFECCIÓN GONOCÓCICA ACTIVA.

GONORREA EN LOS NIÑOS.

DURANTE EL PARTO EL GONOCOCO, PUEDE INFECTAR LAS CONJUNTIVAS, FARINGE, APARATO RESPIRATORIO O CANAL DEL ANO EN EL RECIEN NACIDO. EL RIESGO DE CONTAMINACIÓN AUMENTA CON LA RUPTURA PROLONGADA DE LAS MEMBRANAS. DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, LA INFECCIÓN DEL LACTANTE ES GENERALMENTE RESULTADO DE LA CONTAMINACIÓN DE LOS OJOS O LA VAGINA EN FORMA ACCIDENTAL POR UN ADULTO. ENTRE LA EDAD DE UN AÑO Y LA PUBERTAD, LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE GONORREA, CONSISTEN EN VULVOVAGINITIS EN LAS MUJERES QUE HAN SIDO MOLESTADAS POR UN FAMILIAR. (3,8,9)

INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA.

DEL 1 AL 3 % DE LOS ADULTOS CON INFECCIÓN GONOCÓCICA DESARROLLAN GONOCOCEMIA. APROXIMADAMENTE DOS TERCERAS PARTES DE ESTOS PACIENTES SON MUJERES. LA MAYORÍA DE LOS HOMBRÉS Y DE LAS MUJERES CON GONOCOCEMIA NO TIENEN SÍNTOMAS DE INFECCIÓN UROGENITAL, ANORRECTAL O FARÍNGEA. LA INICIACIÓN DE LA GONOCOCEMIA SE CARACTERIZA POR: FIEBRE, POLIARTRALGIAS Y LESIONES CUTÁNEAS PAPULARES, PETEQUIALES, PUSTULARES, HEMORRÁGICAS, Ó NECRÓTICAS. APARECEN APROXIMADA-

MENTE DE 3 A 20 DE ESTAS LESIONES, POR LO GENERAL -- EN LAS EXTREMIDADES DISTALES. LA AFECCIÓN ARTICULAR INICIAL SE ENCUENTRA LIMITADA DE MANERA CARACTERÍSTICA A -- TENOSINOVITIS QUE AFECTA EN FORMA ASIMÉTRICA VARIAS ARTICULACIONES, LOS PUÑOS, DEDOS, RODILLAS Y TOBILLOS SON LOS MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADOS. (8,9)

LABORATORIO:

LA TINCIÓN DE GRAM DEL EXUDADO URETRAL O ENDOCERVICAL SE CONSIDERA DIAGNÓSTICA DE GONORREA CUANDO SE VEN DIPLOCOCOS GRAMNEGATIVOS TÍPICOS DENTRO DE LOS LEUCOCITOS, MÁS DE 10 POR CAMPO.

ES DUDOSA SI SOLO SE VEN DIPLOCOCOS GRAMNEGATIVOS EXTRACELULARES, Y ES NEGATIVA SI NO SE OBSERVAN DIPLOCOCOS GRAM--NEGATIVOS.

EL MEDIO DE THAYER-MARTIN, QUE CONTIENE ANTIBIÓTICOS PARA INHIBIR SELECTIVAMENTE LA MAYORÍA DE LOS DEMÁS MICROORGANISMOS, ES EL MÁS ÚTIL PARA AISLAR EL GONOCOCO DEL ENDOCERVIX, CANAL DEL ANO, Y FARINGE, QUE SE ENCUENTRAN COLONIZADOS POR UNA FLORA BACTERIANA MIXTA. (3,8,9)

CHANCRO BLANDO.

EL CHANCRO BLANDO Ó CHANCROIDE, ES UNA INFECCIÓN AGUDA, TRANSMITIDA SEXUALMENTE Y QUE SE CARACTERIZA POR ULCERACIONES GENITALES DOLOROSAS ACOMPAÑADAS POR LO GENERAL POR ADENOPATÍA INGUINAL INFLAMATORIA, CON FRECUENCIA SUPURATIVA EL DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL SE APOYA POR LA EXCLUSIÓN DE - SÍFILIS, HERPES GENITAL, Y OTRAS CAUSAS ESPECÍFICAS DE ULCERACIÓN. (1)

CUADRO CLÍNICO

PERÍODO DE INCUBACIÓN DE 3 A 5 DÍAS, POSTERIOR A ESTE APARECE UNA PEQUEÑA PÁPULA INFLAMATORIA, QUE SE VUELVE PUSTULAR Y EN OCASIONES VESÍCULO PUSTULAR Y ULCERATIVA EN 2 A 3 DÍAS. EL CHANCRO BLANDO ES SUPERFICIAL, DE UNOS MM HASTA 2 CM. EL BORDE APARECE IRREGULAR (RASGADO) Ó FESTONEADO, RODEADO DE UN HALO INFLAMATORIO ROJO. LA BASE ESTÁ CUBIERTA POR UN EXUDADO NECRÓTICO Y SANGRA CON FACILIDAD, CUANDO EL EXUDADO SE ELIMINA, ES SUMAMENTE DOLOROSO E HIPERSENSIBLE Y NO ESTA INDURADO; EN EL HOMBRE LA LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES SON: EL ORIFICIO PREPUICIAL Ó LA SUPERFICIE INTERNA DEL PREPUCIO Y EL FRENILLO, EN LA MUJER LOS LABIOS Y LA ORQUILLA, LAS ÚLCERAS MÚLTIPLES SON MÁS COMUNES QUE LAS ÚLCERAS ÚNICAS. EL 50 % DE LOS CASOS SE ACOMPAÑAN, DE ADENOPATÍA INGUINAL INFLAMATORIA AGUDA Y DOLOROSA, QUE ES UNILATERAL - EN LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS CASOS. EN LOS PACIENTES NO TRATADOS, LOS GANGLIOS AFECTADOS SE FUSIONAN FORMANDO - UN BUBÓN SUPURATIVO UNILOCULAR. LA PIEL QUE LO RECUBRE SE VUELVE ERITEMATOSA, TENSA, ADELGAZADA Y FINALMENTE SE ROM-

PE, FORMANDO UNA SOLA ÚLCERA GRANDE. (2,8)

LABORATORIO.

OTRAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON CHANCRO BLANDO, EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA SON: HERPES GENITAL, SÍFILIS PRIMARIA Y LINFOGRANULOMA VENÉREO. EL ÚNICO MÉTODO DE LABORATORIO CONFIABLE PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CHANCRO BLANDO CONSISTE EN EL AISLAMIENTO DE H. DUCREY DE LA ÚLCERA O EL BUBÓN. (1,2,8)

LINFOGRANULOMA VENÉREO:

ES UNA INFECCIÓN TRANSMITIDA SEXUALMENTE, CAUSADA POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS, LA ENFERMEDAD AGUDA SE CARACTERIZA POR UNA LESIÓN GENITAL PRIMARIA TRANSITORIA, SEGUIDA POR LINFADENOPATÍA REGIONAL MULTILOCULAR SUPURATIVA. HOMBRE Y MUJERES HOMOSEXUALES PUEDEN DESARROLLAR PROCTOCOLITIS HEMORRÁGICA CON LINFADENITIS REGIONAL. EL LINFOGRANULOMA VENÉREO AGUDO SE ACOMPAÑA CASI SIEMPRE CON SÍNTOMAS GENERALES INESPECÍFICOS, POR LO GENERAL FIEBRE Y LEUCOCITOSIS, Y RARA VEZ CON COMPLICACIONES SISTÉMICAS COMO MENINGOENCEFALITIS. DESPUÉS DE UN PERÍODO DE LATENCIA DE AÑOS, LAS COMPLICACIONES TARDÍAS COMPRENDEN ELEFANTIASIS GENITAL, Y FÍSTULAS DEL PENE, URETRA Y RECTO. (1,2)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

LA LESIÓN GENITAL PRIMARIA OCURRE DE 3 DÍAS A 3 SEMANAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN. ES UNA VESÍCULA INDOLORA, O UNA ÚLCERA NO INDURADA, O UNA PÁPULA LOCALIZADA SOBRE EL PENE EN EL HOMBRE O EN LOS LABIOS, LA PARED POSTERIOR DE LA VAGINA O LA HORQUILLA EN LA MUJER. LA LESIÓN PRIMARIA SE APRECIA SOLO EN LA TERCERA PARTE DE LOS HOMBRES CON LINFOGRANULOMA VENÉREO Y MUY RARA VEZ EN LAS MUJERES. SANA EN UNOS CUANTOS DÍAS SIN DEJAR CICATRIZ. (8) EN LAS MUJERES Y EN LOS HOMBRES HOMOSEXUALES, LA INFECCIÓN ANORECTAL PRIMARIA SE PRODUCE TRAS EL ACTO SEXUAL RECTAL; DESPUÉS DE UN PERÍODO DE INCUBACIÓN DESCONOCIDA, LA MULTIPLICACIÓN DE

C. TRACHOMATIS DENTRO DEL EPITELIO INTESTINAL, DA LUGAR A SÍNTOMAS QUE INCLUYEN SECRECIÓN ANAL MUCOPURULENTO O SANGUINOLENTO, TENESMO Y DIARREA; LA SIGMOIDOSCOPIA REVELA PROCTITIS DIFUSA O ULCERACIONES LIMITADAS AL COLON -- RECTOSIGMOIDES. LA INFECCIÓN PENEAL, VULVAR Y EN OCASIONES LA ANAL PUEDEN PROVOCAR LINFADENITIS INGUINAL Y FEMORAL; LA LINFADENITIS ANORECTAL PRODUCE LINFADENITIS HIPOGÁSTRICA E ILIACA PROFUNDA, (8,18)

EL CUADRO DE PRESENTACIÓN MÁS COMÚN EN EL HOMBRE HETEROSEXUAL ES EL SÍNDROME INGUINAL; ESTE SE PRESENTA TAMBIÉN EN CERCA DEL 10 % DE LOS HOMBRES CON INFECCIÓN ANORECTAL, SE CARACTERIZA POR LINFADENOPATÍA INGUINAL DOLOROSA, QUE SE INICIA DE 2 A 6 SEMANAS DESPUÉS DE LA SUPUESTA EXPOSICIÓN RARA VEZ EL COMIENZO OCURRE DESPUÉS DE UNOS CUANTOS MESES, LA ADENOPATÍA INGUINAL ES UNILATERAL EN DOS TERCERAS PARTES DE LOS CASOS, Y CON FRECUENCIA HAY CRECIMIENTO PALPABLE DE LOS GANGLIOS ILIACOS Y FEMORALES DEL MISMO LADO QUE LOS GANGLIOS INGUINALES AUMENTADOS DE TAMAÑO. LOS GANGLIOS ESTAN INICIALMENTE BIEN LIMITADOS, PERO LA PERIADENITIS PROGRESIVA DA COMO RESULTADO UNA MASA ENMARAÑADA DE GANGLIOS QUE SE VUELVEN FLUCTUANTES Y SUPURAN, LA PIEL QUE LOS RECUBRE SE VUELVE FIJA, INFLAMADA Y ADELGAZADA Y FINALMENTE DESARROLLA MÚLTIPLES FÍSTULAS DRENALES. LOS SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES SON COMUNES DURANTE EL ESTADO DE LINFADENOPATÍA REGIONAL E INCLUYEN: FIEBRE, ESCALOFRÍOS, CAFALÁLGIA, MENINGISMO, ANOREXIA, MIALGIAS Y ARTRALGIAS.

UNA COMPLICACIÓN TARDÍA DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO - ES LA ELEFANTIASIS GENITAL, UNA INDURACIÓN CRÓNICA Y EDEMA DE PENE O DE LA VULVA CAUSADA POR OBSTRUCCIÓN LINFÁTICA; EL ABOMBAMIENTO POLIPOIDE DE LA PIEL Y LAS GRANDES CICATRICES HIPERPLÁSICAS QUELOIDES ESTRELLADAS DE LOS GENITALES, PUE- DEN ACOMPAÑARSE DE INDURACIÓN VULVAR O LINFOEDEMA Y SON -- DIFÍCILES DE DISTINGUIR CLÍNICAMENTE DEL GRANULOMA INGUINAL Y DE LA TUBERCULOSIS GENITAL.

LABORATORIO:

EN LA ETAPA AGUDA: LEUCOCITOSIS, Y AUMENTO LEVE DE - LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN.

EN LA ETAPA SUBAGUDA Y CRÓNICA: PRUEBAS DE FUNCIONAMIE- TO HEPÁTICO ANORMALES, CRIOGLOBULINEMIA MIXTA, ACTIVIDAD-- DEL FACTOR REUMATOIDE Y ELEVACIÓN DE IGG, IGA, E IGM; LAS- PRUEBAS FALSAS POSITIVAS PARA LA SÍFILIS SON RARAS, Y SE - DEBE PENSAR EN UNA SÍFILIS CONCOMITANTE EN CASO DE PRUEBAS POSITIVAS, COMO ES FRECUENTE EL CASO. (2,8,18)

EL MÉTODO DE DIAGNÓSTICO MÁS CONFIABLE ES EL AISLA-- MIENTO DE UNA CEPA DE CHLAMYDIA DEL PUS ASPIRADO DEL BUBÓN O DE LA URETRA, ENDOCERVIX O TEJIDO INFECTADO. LAS PRUEBAS DE INMUNODIAGNÓSTICO MÁS AMPLIAMENTE USADAS HAS SIDO LA DE FIJACIÓN DE COMPLEMENTO PARA LINFOGRANULOMA VENÉREO Y LA - PRUEBA CUTÁNEA DE FREI. (2,8,18)

GRANULOMA INGUINAL.

ES UN PROCESO CONTAGIOSO, CRÓNICO, GRANULOMATOSO, QUE PUEDE OCURRIR EN LA REGIÓN ANOGENITAL O INGUINAL, ES CAUSA DO POR AORGANISMOS GRAMNEGATIVOS, ENCAPSULADOS, PARASITARIOS, LLAMADOS CUERPOS DE DONOVAN, QUE CRECEN DENTRO DE LA CÉLULA SU PERÍODO DE INCUBACIÓN Y MODO DE DISEMINACIÓN NO HAN -- SIDO DILUCIDADOS POR COMPLETO. SE ACEPTA LA TRANSMISIÓN VE NÉREA COMO LA MÁ S FACTIBLE, PERO NO SE OBSERVAN TRANSMISIO NES DE PERSONA A PERSONA. PUESTO QUE HAY CIERTA EVIDENCIA- DE QUE LOS CUERPOS DE DONOVAN PUEDEN SER HABITUALES NATURALES DEL INTESTINO, ES POSIBLE QUE EN FORMA SECUNDARIA INVADAN- OTRAS LESIONES TRAUMÁTICAS O INFECTADAS DE LA REGIÓN GENI- TAL.

CUADRO CLÍNICO.

EL PROCESO COMIENZA CON UN PEQUEÑO NÓDULO EN LOS GE- NITALES, EL CUAL SE LLENA DE GRANULACIÓN ATERCIOPELADA ROJA, LAS LESIONES SE DIDEMINAN EN FORMA GRADUAL PARA AFECTAR ARE AS MÁ S EXTENSAS EN LA REGIÓN INGUINAL. EL BORDE EN AVANCE- TIENE UN REBORDE ENROLLADO, ELEVADO Y ENROJECIDO Y LA LE- SIÓN CENTRAL PUEDE ESTAR LLENA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN Ó ÚLCERAS COLOR ROJO CARNOSO. LA AFECCIÓN AL REDEDOR DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS PUEDEN SIMULAR ADENOPATÍA; LA CICATRI- ZACIÓN PUEDE LLEVAR A DISTORSIÓN DE LOS GENITALES Y LINF-

EDEMA, (2,4)

LABORATORIO

EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA POR EL HALLASGO DE LOS -
CUERPOS DE DONOVAN MEDIANTE FROTIS DEL TEJIDO O POR BIÓP-
SIA, (2,4)

INFECCIONES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE.

LOS VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 1 (VHS-1) Y DEL -- TIPO 2 (VHS-2), SON MIEMBROS DE LA FAMILIA HERPETOVIRIDAE, GRUPO DE VIRUS ESTRUCTURALMENTE SEMEJANTES CUYO NOMBRE -- SE DERIVA DE LA PALABRA GRIEGA "HERPEIN", QUE SIGNIFICA REPTAR. EL HOMBRE ES EL ÚNICO HUESPED NATURAL CONOCIDO DE LOS VIRUS DEL HERPES SIMPLE. DE LOS DOS TIPOS, EL VHS-1 ES EL QUE PARTICIPA MÁS AMENUDO EN LAS LESIONES POR ARRIBA DE LA -- CINTURA, EN TANTO QUE EL VHS-2 SUELE AISLARSE DE LA REGIÓN GENITAL. (10)

DATOS CLINICOS:

LA MAYOR PARTE DE LAS INFECCIONES SON RESULTADO DE - CONTACTO DIRECTO CON LESIONES MUCOSAS Ó CUTÁNEAS INFECTADAS. EL ÍNDICE DE INFECCIÓN POR CONTACTO SEXUAL ES DE APROXIMADAMENTE 30 A 50 %. EL PERÍODO DE INCUBACIÓN ES EN PROMEDIO DE CUATRO A SIETE DÍAS. EN CASO DE INFECCIÓN PRIMARIA EL PACIENTE SUELE MANIFESTAR; FIEBRE, MALESTAR GENERAL Y - ADENOPATÍA INGUINAL, LOS VARORES PRESENTAN URETRITIS ACOMPAÑANTE, EN TANTO QUE LAS MUJERES PUEDEN MANIFESTAR NEFRITIS. EL DESARROLLO DE LAS VESÍCULAS APARECEN CON RAPIDEZ - SOBRE UNA BASE ERITEMATOSA QUE CONTIENE UN EXUDADO CLARO-- PUEDE IR PRECEDIDO DE PRURITO, TENSIÓN Y DOLOR. EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS LA LESIÓN DE LOCALIZA Y CONSISTE EN UN

GRUPO DE TRE A DIEZ VESÍCULAS QUE CURAN CON RETRACCIÓN CICATRIZAL, DESPUÉS DE 10 A 14 DÍAS, EN EL VARON LAS VESÍCULAS SUELEN APARECER EN EL GLANDE O EN EL CUERPO DEL PENE, EN TANTO QUE EN LA MUJER ESTAN AFECTADOS, CUELLO UTERINO, VULVA, Y REGIÓN PERIANAL, (10,20)

INFECCIONES RECURRENTE:

LAS RECURRENCIAS OCURREN A PESAR DE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS, Y SUELEN SER RESULTADO DE REACTIVACIÓN DE LA CEPA VIRAL CAUSANTE DE LA INFECCIÓN PRIMARIA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, LA PRESENTACIÓN DE LAS INFECCIONES RECURRENTE ES SEMEJANTE A LO QUE OCURRE DURANTE LA INFECCIÓN PRIMARIA, AUNQUE EN GENERAL LAS LESIONES SON MENOS INTENSAS Y TIENDEN A CURAR EN CINCO A DIEZ DÍAS. (10)

HERPES SIMPLE DURANTE EL EMBARAZO

LA COMPLICACIÓN MÁS GRAVE DEL HERPES GENITAL ES LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN AL NEONATO. SE HA DEMOSTRADO UNA GRAN FRECUENCIA DE PREMATUREZ Y ABORTO EN MUJERES QUE EXPERIMENTAN INFECCIONES POR VHS-2 EN LAS VÍAS GENITALES QUEDAN AFECTADOS DEL 40 AL 60 % DE LOS NEONATOS. COMO EL NEONATO NO PUEDE PRODUCIR ANTICUERPOS, ESTA INFECCIÓN SUELE SER GRAVE Y A MENUDO MORTAL. EL LACTANTE DESARROLLA: FIEBRE, DISNEA, HEMORRÁGIAS Y AFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MUEREN DEL 60 AL 70 % DE LOS RECIEN NACIDOS, COMO RESULTADO DE LA INFECCIÓN Y SOBREVIVEN MENOS DEL 15 %, -

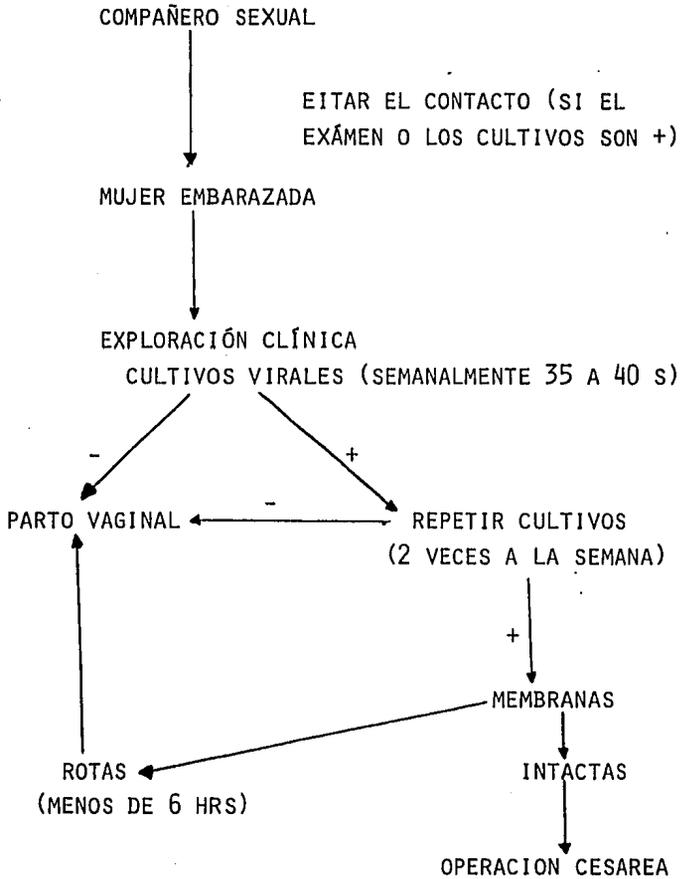
SIN SECUELAS, POR TANTO ES INDISPENSABLE LA VIGILANCIA CUIDADOSA DE LAS EMBARAZADAS, DEBERÁ EVITARSE EL CONTACTO CON COMPAÑEROS SEXUALES QUE ESTEN ELIMINANDO VHS. (10)

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO:

UN MEDIO PARA DESCUBRIR VHS ES LA DEMOSTRACIÓN DE -- CELULAS GIGANTES MULTINUCLEARES QUE CONTIENEN CUERPOS EOSINÓFILOS INTRANUCLEARES DE INCLUSIÓN EN PREPARADOS DE RASPADOS DE LA BASE DE LAS VESÍCULAS.

EL MÉTODO RECOMENDADO PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE HERPES SIMPLE ES EL AISLAMIENTO EN TEJIDO TISULAR. LAS MUESTRAS DE ELECCIÓN SOL EL LÍQUIDO VESICULAR Y LOS RASPADOS QUE SE OBTIENEN DE LA BASE DE LA LESIÓN CON UN HISOPO. (10)

ALGORITMO PARA LA ASISTENCIA DE LA MUJER EMBARAZADA



MOLUSCO CONTAGIOSO.

ES UNA LESIÓN DE LA PIEL Y MUCOSAS CAUSADAS POR UN POXVIRUS. LAS LESIONES CONTIENEN MILLONES DE PARTÍCULAS -- VIRALES; A PESAR DE ESTA OBSERVACIÓN, SU INFECTIVIDAD ES -- BAJA. DESDE DEL PUNTO DE VISTA CLÍNICO LAS LESIONES PUEDEN SER ÚNICAS O MÚLTIPLES, Y SE MANIFIESTAN COMO PÁPULAS CÉREAS REDONDAS QUE MIDEN DE 2 A 5 MM DE DIÁMETRO Y TIENEN -- UMBILICACIÓN CENTRAL. SE PUEDE EXPRIMIR DE LA LESIÓN UN -- MATERIAL CASEOSO AMARILLENTO. EL MOLUSCO CONTAGIOSO, SE -- PUEDE TRANSMITIR POR CONTACTO SEXUAL Y TIENE UN PERÍODO DE INCUBACIÓN QUE VARÍA ENTRE 2 Y 7 SEMANAS. (10)

ES UNA ENFERMEDAD AUTOINOCULABLE SIN EMBARGO ESTAS -- LESIONES SON TRANSMITIDAS SEXUALMENTE, APARECEN ALREDEDOR DEL VELLO PUBIANO, MÁ S QUE EN LOS GENITALES, EL ABDOMEN BA JO ES OTRO SITIO COMÚN DE INFECCIÓN; LAS LESIONES RARAMENTE SON OBSERVADAS CERCA DEL ANO. (1, 9)

LAS LESIONES POR MOLUSCO CONTAGIOSO NO TRATADAS DES- APARECEN ENTRE 6 Y 9 MESES, AUNQUE ALGUNAS PUEDEN PERSISTIR POR MÁ S TIEMPO, EN TALES CASOS, HAY INFECCIÓN BACTERIANA SE CUNDARIA AGREGADA, QUE PUEDE PRODUCIR LESIONES DOLOROSAS. (1, 9)

TRICOMONIASIS:

SE HA DISCUTIDO MUCHO EL ORIGEN DE LA INFECCIÓN -- VAGINAL POR TRICOMONAS, Y ES POSIBLE QUE HAYA CONTAMINACIÓN A PARTIR DEL RECTO, DEL AGUA DE BAÑO, TOALLAS Y OTROS MUCHOS INSTRUMENTOS QUE SE HAN CONSIDERADO COMO FUENTES POTENCIALES DE INFECCIÓN. NO OBSTANTE EN LA ACTUALIDAD PREDOMINA LA -- IDEA DE QUE SU TRANSMISIÓN ES SEXUAL. (1,8)

CUADRO CLÍNICO.

SU MANIFESTACIÓN PRINCIPAL ES LA LEUCORREA, QUE CASI INVARIABLEMENTE SE ASOCIA AL DOLOR VAGINAL, ARDOR Y PRURITO, ACOMPAÑÁNDOSE DE DISPAREUNIA Y DISURIA; LA EXPLORACIÓN CON ESPEJO VAGINAL NOS MUESTRA LEUCORREA VERDOSA AMARILLENTA, ESPUMOSA, O LLENO DE BURBUJAS EN EL ÁNGULO VAGINAL -- INFERIOR, LA MEMBRANA MUCOSA SE ENCUENTRA ENROJECIDA EN -- FORMA DIFUSA, Y EL ÁNGULO POSTERIOR CON FRECUENCIA PRESENTA FORMA GRANULAR SEMEJANTE A FRESA QUE CASI SIEMPRE ES -- PATOGNOMÓNICO. (1,8)

LABORATORIO.

SE HACE POR LA COMPROBACIÓN DE TRICOMONAS. (8)

CANDIDIASIS.

RARAS VECES RESULTA EXPLICABLE LA FORMA DE INFECCIÓN, AUNQUE PARECE SEGURO QUE EL CONTAGIO SE REALIZA POR MANOS, TOALLAS, VESTIDOS, AGUA DE BAÑO, DISTINTOS UTENSILIOS Y -- POR TRANSMISION SEXUAL. EL MICROORGANISMO CRECE RÁPIDAMENTE EN SITIOS HÚMEDOS Y CON UN PH DE MÁS DE 5. (1,8)

CUADRO CLÍNICO:

SU MANIFESTACIÓN PRINCIPAL ES EL PRURITO INTENSO, LEU CORREA DE ASPACTO ACUOSO, LÍQUIDA, NATOSA, ESPESA, IRRITACIÓN LOCAL Y GRAN ENROJECIMIENTO DE TODA LA MUCOSA VAGINAL O VULVOVAGINAL. CUANDO LA AFECCIÓN ATACA A LA VULVA EN FORMA EXTENSA, LA SUPERFICIE PRESENTA GRANDES ÁREAS BLANQUECINAS O GRISÁCEAS DE DEPÓSITO AFTOSO Y LA PICAZÓN PUEDE SER DESESPERANTE; DE AQUI QUE CON FRECUENCIA SE PRODUZCAN EXCORIACIONES. (8)

LABORATORIO

EXÁMEN MICROSCOPICO DE LOS HONGOS, PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO PUEDE CULTIVARSE EL GÉRMEN EN MEDIO DE SABOURAUD O DE NICKERSON. (8)

ESCABIASIS.

ES UNA DE LAS PARASITOSIS MÁS FRECUENTES SUFRIDAS POR EL HOMBRE, ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA POR CICLOS Y DESAPARECE POR PERÍODOS DE TIEMPO SIN QUE LLEGUE A CONOCERSE LA CAUSA DE ELLO. LA TRANSMISIÓN SE REALIZA HABITUALMENTE DE PERSONA A PERSONA POR CONTACTO MÁS O MENOS ESTRECHO, PERO PUEDE SER POR FOMITES; ROPAS, TOALLAS, OBJETOS PERSONALES, ES LA PROMISCUIDAD Y EL DESASEO, FACTORES FUNDAMENTALES DE TRANSMISIÓN. (8)

CUADRO CLÍNICO.

LAS LESIONES SE DEBEN BUSCAR EN ESPACIOS INTERDIGITALES DE LAS MANOS, CARA ANTERIOR DE LAS MUÑECAS, CARAS INTERNAS DE LOS BRAZOS Y ANTEBRAZOS, AXILAS, VIENTRE, ESPACIOS-SUBMAMARIOS Y PEZONES EN LA MUJER, Y EN EL ESCROTO, PENE Y ZONAS VECINAS EN EL HOMBRE; PLIEGUE INTERGLÚTEO Y RODILLAS. HAY UN GRAN POLIMORFISMO DE LESIONES, PUES ENCONTRAMOS PAPULAS, MANCHAS, VESÍCULAS, COSTRAS HEMÁTICAS Y LOS TÚNELES - EL RPURITO ES DESESPERANTE Y SOBRE TODO NOCTURNO Y FAVORECE LA COMPLICACIÓN PRINCIPAL EL IMPÉTIGO.

EL DIAGNÓSTICO NO ES DIFÍCIL SI SE PIENSA EN LA ENFERMEDAD. (8)

PEDICULOSIS PUBIS.

EL PEDICULUS PUBIS O LADILLA ES EL CAUSANTE DE ESTA PARASITOSIS ADQUIRIDA HABITUALMENTE POR CONTACTO SEXUAL, - EL PIOJO VIVE EN EL PELO DEL PUBIS, PUEDE EXTENDERSE AL PELO DEL PERINÉ Y ZONA ANAL Y PERINEAL Y ALGUNAS VECES SUBE HASTA EL VELLO AXILAR, BARBA, BIGOTE Y PESTAÑAS. (24)

CUADRO CLÍNICO.

ESTÁ CONSTITUIDO POR EL INTENSO PRURITO, COSTRAS HEMÁTICAS Y EXCORIACIONES QUE RESULTAN DE ÉL Y POR MÁNCHAS HEMORRÁGI CAS DE MEDIO A UN CM DE COLOR ROJO AZULADO LLAMADAS MANCHAS CERÚLEAS QUE SE VEN SOBRE TODO EL TRONCO. CON UNALENTE DE AUMENTO ES POSIBLE OBSERVAR LOS PARÁSITOS QUE NO SUELEN SER MUCHOS Y LAS LIENDRES PEGADAS AL PELO. (24)

AMIBIASIS.

EL TROFOSOITO INVADE LA PIEL A PARTIR DE FOCOS DEL MISMO INDIVIDUO POR CONTIGUEDAD; DEL INTESTINO EN DIARREAS AMIBIANAS, POR RUPTURA DE UN ABSCESO HEPÁTICO Y TAMBIÉN PUEDE SER POR INOCULACIÓN EXÓGENA, ES DECIR TROFOZOITOS DE OTRO INDIVIDUO COMO EN LA AMIBIASIS DEL PENE. (24)

CUADRO CLÍNICO.

LA ULCERACIÓN RAPIDAMENTE DESTRUYE EL GLANDE, EL PREPUCIO Y CASI TODO EL PENE Y SE EXTIENDE HASTA LAS REGIONES INGUINALES; EL DOLOR INTENSO Y SU RÁPIDA EVOLUCIÓN PERMITEN HACER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON UN EPITELIOMA ESPINO CELULAR QUE TARDA MÁS EN DESTRUIR. (24)

LABORATORIO.

POR MEDIO DE LA OBSERVACIÓN DE LAS AMIBAS AL MICROSCOPIO ES COMO SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO, TAMBIÉN PUEDEN ENCONTRARSE EN BIOPSIAS DE LAS LESIONES. (24)

CONDILOMA ACUMINADO

LOS CONDILOMAS ACUMINADOS SON CAUSADOS POR PAPOVAVIRUS Y OCURREN MÁS AMENUDO EN LA REGIÓN ANOGENITAL. EL VIRUS SE TRANSMITE PROBABLEMENTE POR CONTACTO DIRECTO DURANTE EL COITO.

LA ENTRADA DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS ES FACILITADA POR TRAUMATISMOS MÍNIMOS DE LA PIEL. EL PERÍODO DE INCUBACIÓN ES VARIABLE DESDE 3 SEMANAS HASTA 9 MESES, CON UN PROMEDIO DE 2.8 MESES.

EN LA MUJER, EL CONDILOMA CUMINADO EMPIEZA COMO PEQUEÑAS PAPULAS VERRUCOSAS BLANDAS EN LOS LABIOS Y EL PERINÉ ASÍ COMO EN REGIONES ADYACENTES. PUEDE COMPROMETER LA MUCOSA VAGINAL, ANAL Y URETRAL, ASÍ COMO TAMBIÉN EL EPITELIO CERVICAL. LAS LESIONES NOS DAN LA APARIENCIA DE TERCIOPELO SOBRE GRANDES AREAS; USUALMENTE EN EL INTERIOR DEL LABIO-MENOR. (11)

EN EL HOMBRE; EL CONDILOMA ACUMINADO OCURRE EN EL MARGEN DE LA CORONA DEL GLANDE Y EN EL FORRO DEL PREPUCIO. LAS LESIONES INDIVIDUALES SON BLANDAS, ROSAS, ELONGADAS, - ALGUNAS FILIFORMES Y PEDICULADAS.

LAS LESIONES INCIPIENTES SE MANIFIESTAN COMO MÁCULAS PEQUEÑAS QUE AUMENTARAN RÁPIDAMENTE DE TAMAÑO PARA FORMAR LESIONES PAPULARES DIGITADAS, QUE TIENDEN A FORMAR ACÚMULOS DE VERRUGAS BLANDAS Y DE COLOR ROJO A SONROSADO. (10)

ESTAS LESIONES NO CURAN ESPONTÁNEAMENTE, Y DEBEN ---
TRATARSE CON SOLUCIÓN DE PODOFILINA AL 20 Ó 25 %.

LAS LESIONES MAYORES REQUIEREN ELECTROCIRUGÍA Ó APLI
CACIÓN DE NITROGENO LÍQUIDO. (1,10)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA.

A PARTIR DE JUNIO DE 1981 SE INICIARON UNA SERIE DE REPORTES DE PACIENTES HOMOSEXUALES PREVIAMENTE SANOS QUE PRESENTABAN PROCESOS MALIGNOS E INFECCIONES OPORTUNISTAS. LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN ESTOS PACIENTES DEMOSTRARON UN DEFECTO PROFUNDO E IRREVERSIBLE DE LA INMUNIDAD CELULAR.

EL PROCESO, NO DETECTADO ANTERIORMENTE SE CATALOGÓ-- POR EL CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES, COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA Y FUÉ DEFINIDO " COMO UN PADECIMIENTO MODERADAMENTE PREDECIBLE DE UN DEFECTO DE LA INMUNIDAD CELULAR QUE SE PRESENTA EN INDIVIDUOS SIN CAUSA -- CONOCIDA PARA ELLO. TAL DEFECTO OCASIONA PADECIMIENTOS QUE INCLUYEN SARCOMA DE KAPOSÍ, NEUMONÍA POR P. CARINI Y OTRAS INFECCIONES OPORTUNISTAS. (15)

CUADRO CLÍNICO.

EL CUADRO CLÍNICO ES MUY VARIADO, DEPENDE DEL GERMEN OPORTUNISTA QUE ESTE ACTUANDO EN ESE MOMENTO, EN GENERAL LOS PACIENTES PRESENTAN; ATAQUE AL ESTADO GENERAL, PÉRDIDA DE PESO, HIPERTERMIA, CUADRO DIARREICO AGUDO, ADENOPATÍA GENERALIZADA, LESIONES CUTÁNEAS PAPPULOVESICULARES, DE ESTAS - ÚLTIMAS VER TABLA IV. Y PARA DATOS DE LABORATORIO, VER TABLA V.

T A B L A I V

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS CON EL SINDROME
DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDO (13,17,27)

HONGOS:

CRYPTOCOCOS NEOFORMANS

HISTOPLASMA CAPSULATUM

CANDIDA ALBICANS

MICOBACTERIAS:

MICOBACTERIUM AVIUM INTRACELULAR

PROTOZUARIOS:

ACANTAMOEBIA CASTELLANI

VIRUS:

HERPESVIRUS HOMINIS (HERPES SIMPLE)

POXVIRUS (MOLUSCO CONTAGIOSO)

CITOMEGALOVIRUS

LESIONES MALIGNAS:

SARCOMA DE KAPOSÍ

ENFERMEDAD DE HODGKIN'S

LINFOMA INDIFERENCIADO

OTROS:

DERMATITIS SEBORREICA

DEFICIENCIA NUTRICIONAL

T A B L A V

PERFIL INMUNOLOGICO EN LOS PACIENTES
CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA(15,21,22)

| DETERMINACIÓN | VALORES DE REFERENCIA |
|---|-----------------------|
| LINFOCITOS T TOTALES OKT ₃ | 66 ± 8 |
| LINFOCITOS T COOPERADORES OKT ₄ | 49 ± 5 |
| LINFOCITOS T SUPRESORES OKT ₈ | 30 ± 5 |
| LINFOCITOS T (ROSETAS E) | 45 - 62 % |
| LINFOCITOS B ROSETAS EAC | 27 - 38 % |
| IgG | 802 - 1760 MG/% |
| IgM | 65 - 280 MG/% |
| IgA | 98 - 445 MG/% |
| INTRADERMOREACCIONES: | |
| TRICOFITINA | 85 - 95 % (+) |
| PPD | 60 - 65 % (+) |
| CANDIDINA | 60 - 65 % (+) |
| VARIDASA | 60 - 65 % (+) |
| CH 50 | 1:65 - 1:125 |
| C ₃ | 52 - 120 |
| C ₄ | 20 - 49 |
| VDRL | POSITIVO |
| FTA | POSITIVO |

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN NIÑOS:

ENTRE OCTUBRE DE 1982 Y EL MISMO MES DE 1983, SE PRODUJERON EN LOS ESTADOS UNIDOS 35 CASOS, Y POSTERIORMENTE 21 DE INFECCIONES OPORTUNISTAS QUE INDUCEN A PENSAR EN UN SIDA, APARTE DE CUALQUIER INFECCIÓN PREEXISTENTE CONOCIDA, ESTOS NIÑOS PROCEDÍAN DE UN GRAN NÚMERO DE REGIONES, PERO PRINCIPALMENTE DE LAS GRANDES CIUDADES, CON NUEVA YORK A LA CABEZA, MIAMI, NEWARK, LOS ANGELES Y SAN FRANCISCO. LA MEDIA DE EDAD DE INICIO DE LA INFECCIÓN OPORTUNISTA ES PRECOZ, ASÍ COMO LA DEL DIAGNÓSTICO; LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS AUNQUE NO TODOS, PODÍAN CONSIDERARSE COMO UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO: PADRES QUE PADECIERON EL SIDA, TRANSFUNDIDOS O HAITIANOS. ESTOS NIÑOS HABÍAN SIDO PREMATUROS Ó HIPOTRÓFICOS A TÉRMINO Y PRESENTABAN PRÓDROMOS TÍPICOS DEL SÍNDROME, NEUMONÍA, LINFADENOPATÍAS, HEPATOMEGALIA... AL MOMENTO DE LA PUBLICACIÓN 24 DE LOS 35 HABÍA FALLECIDO, COMO MEDIA AL REDEDOR DE LOS 14 MESES DE EDAD, SE CREE QUE LA ENFERMEDAD PUEDE TRANSMITIRSE IN UTERO, EN PARTE DEBIDO A LA FRECUENCIA DEL SIDA EN UNO DE LOS PADRES O SU PRESENCIA A GRUPOS DE ALTO RIESGO DE APARICIÓN DE UN SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y EN PARTE A LA POQUÍSIMA EDAD DE LOS NIÑOS. DESAFORTUNADAMENTE, LA APARICIÓN DEL SIDA EN EL NIÑO SIGUE SIENDO INEXPLICABLE. (26)

CONCLUSIONES:

A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE ESTA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PODEMOS CONCLUIR QUE:

1) LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SON Y -- SERÁN UN PROBLEMA PARA LA SOCIEDAD, YA QUE ESTAS DÍA A DÍA SE EINCREMENTAN Y AUNQUE LA INVESTIGACIÓN ES MUY AMPLIA Y SOFISTICADA; LA ENFERMEDAD SIEMPRE ESTA ADELANTE DE ESTA, -- COMO NOS LOS MUESTRA LOS CASOS SE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA EN LOS NIÑOS, EL CUAL ES INEXPLICABLE HASTA EL MOMENTO.

2) TAMBIÉN OBSERVAMOS COMO LAS ESTADÍSTICAS AÚN NO -- SON FIDEDIGNAS, SOBRE TODO EN PAISES EN DONDE NO SE CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS DE LABORATORIO PARA SU DIAGNÓSTICO.

3) SE PALPA LA IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN DEL -- MÉDICO FAMILIAR GENERAL, YA QUE DE ESTO DEPENDE QUE TRATE A SU PACIENTE O SE CANALIZE OPORTUNAMENTE A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN.

4) NOS TRANSMITE LA IMPORTANCIA DEL MEDICO FAMILIAR GENERAL EN LA CONSLTA DE PRIMER NIVEL, YA QUE DEBE SER EL -- PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE Y DE ÉL DEPENDE QUE EL -- PACIENTE DE REINCORPORE SANO A LA SOCIEDAD Y A SU NÚCLEO -- FAMILIAR.



Fig. 2 Sifilis primario



Fig. 1 Sifilis primaria



Fig. 4 Condiloma plano (secundarismo)

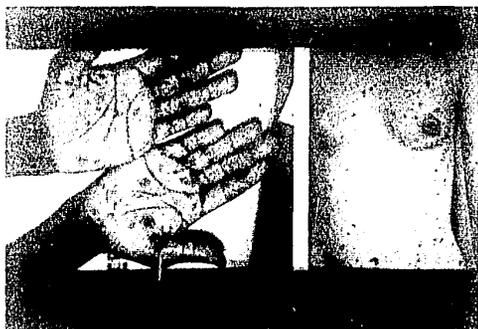


Fig. 3 Sifilis secundaria



Fig. 6 Sifilis Neonatal

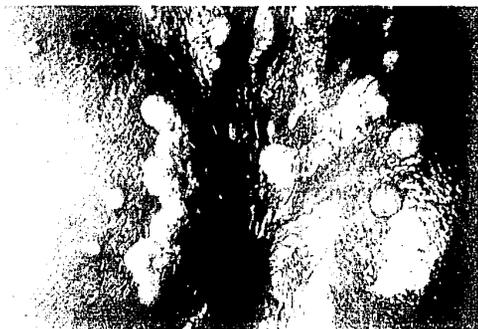


Fig. 5 Condiloma plano (secundarismo)

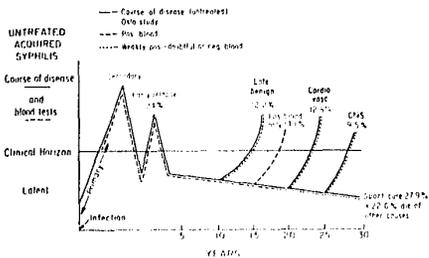


Fig. 7 Hist. Nat. de la sífilis (esquema de Morfan)



Fig. 8 Linfogranuloma Venereo



Fig. 9 Condiloma acuminado



Fig. 10 Herpes Genital



Fig. 11 Candida Vaginalis



Fig. 12 Pediculosis pùbis

B I B L I O G R A F I A:

- 1 . DERMAN R. ET COLS. MANUAL ON THE OFFICE MANAGEMENT OF SEXUALLY DISEASES (MANUAL DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE). PUBLISHED BY REED AND CARNRICH. 4-75. 1983
- 2 . MOSCHELLA AND HURLEY. DERMATOLOGY, INFECTIONS NONTREPONEMAL VENEREAL (INFECCIONES NO TREPONEMICAS VENEREAS). SECOND EDITION ., 1:870-887, TOKIO 1985 .
- 3 . HARRISON INFECCIONES GONOCOCICAS. MEDICINA INTERNA, -- EDITORIAL PRENSA MEDICA MEXICANA. QUINTA EDICIÓN EN -- ESPAÑOL. OCTAVA EN INGLÉS. 1:966-971.
- 4 . STEPHEN B. ENFERMEDADES VENEREAS. SAN DIEGO STATE -- COLLEGE. TRADUCIDO POR LEONOR TEJEDA. EDITORIAL EDUTEX PRIMERA EDICIÓN. 9-66, 1974.
- 5 . ASPECTOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA. OMS --- GINEBRA 1977.
- 6 . BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. ENFERMEDADES VENEREAS, VOL. LXXV #1 46-51, 1973.

- 7 . MOSCHELLA AND HURLEY. DERMATOLOGY THE TREPONEMATOSES - (LAS TREPANOMATOSIS). SECOND EDITION., 1:817-867, -- TOKIO 1985.
- 8 . PARRISH J. DERMATOLOGY ENFERMEDADES VENEREAS.EDITORIAL EL MANUAL MODERNO,PRIMERA EDICIÓN 1978, PRIMERA REIMPRESIÓN 1982. 201-215.
- 9 . NOVAK R. E. ENFERMEDADES DE LA VULVA,TRATADO DE GINECOLOGÍA, EDITORIAL INTERAMERICANA, NOVENA EDICIÓN,174-213 1977.
10. DE LA MAZA M.L. INFECCIONES GENITALES, VIROLOGÍA MEDICA CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMERICA., 5:1063-1074,1983.
11. GRUSSENDORF-CONEN ELKE-INGRID. CONDYLOMATA ACUMINATA - (CONDILOMA ACUMINADO).CLINICS IN DERMATOLOGY, OCTUBER-DECEMBER 3:(4)97-103, 1985.
12. VIGNALE R. CLASIFICACIÓN DE LOS PERIODOS EVOLUTIVOS - DE LA SÍFILIS. MEDICINA CUTÁNEA,IBERO-LATINO-AMERICANA. 4: 347-351, 1985.
13. MATHES M. B. ET COLS. SEBORRHEIC DERMATITIS IN PATIENS WITH IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (DERMATITIS SEBORRÉICA- EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA). J.AM. - ACAD. DERMATOL.,13:(6) 947-950,1985.
14. HUTFIELD D.C. HISTORY OF HERPES GENITALIS (HISTORIA DEL HERPES GENITAL). BR. J.VENER. DISEASES., 42: 263, 1966.
15. IBARRA LARA M. Y COLS. INMUNOLOGÍA EN EL PACIENTE HOMOSEXUAL CON LINFADENOPATÍA GENERALIZADA. SOCIEDAD MÉDICA DEL H. GENERAL ., 47(5-6) 129-132, 1984 .

16. MINTZ LAWRENCE. INFECCIONES VIRALES TRANSMITIDAS POR CONTACTO SEXUAL EN VARONES HOMOSEXUALES. VIROLOGÍA --- MÉDICA. CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA., 5: 1099-1109, 1983.
17. PENNEYS S. N. ET COLS. UNUSUAL CUTANEOUS LESIONS -- ASSOCIATED WITH ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. J. AM. ACAD. DERMATOL., 13:(5) 845-851, 1985.
18. HARRISON LINFOGRANULOMA VENEREO. MEDICINA INTERNA. --- EDITORIAL PRENSA MEDICA MEXICANA QUINTA EDICIÓN EN ESPAÑOL. OCTAVA EN INGLÉS 1: 1144-1146, 1979.
19. REDFIELD R. R. ET COLS. SEVERE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM IN A PATIENT WITH HUMAN T CELL LYMPHOTROPHIC. (MOLUSCO SEVERO CONTAGIOSO EN UN PACIENTE CON CELULAS T LINFOTROPICAS) (HTLV-III). J. AM. ACAD. DERMATOL., 13:(5) - 821-823, 1985.
20. SLAVOMIR OBALEK ET COLS. HPV-ASSOCIATED INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA OF EXTERNAL GENITALIA (ASOCIACIÓN DE HPV CON NEOPLASIA INTRAEPITHELIAL DE GENITALES EXTERNOS) CLINICS IN DERMATOLOGY., 3:(4) 104-113, 1985.
21. C. ESTANISLAO Y COLS. UN CASO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA DEL SUJETO HOMOSEXUAL MASCULINO -- EN MÉXICO, ASPECTOS MICROSCÓPICOS Y ULTRAESTRUCTURALES REV. MED. IMSS (MÉX) 22:121-126, 1984.
22. BARRIGA ANGULO Y COLS. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA - ADQUIDIDA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. REV. MED. IMSS (MÉX) 22:293-298, 1984.

23. VIGNALE R. Y COLS. POTENCIALES EVOCADOS VISUALES Y - AUDITIVOS EN SÍFILIS LATENTE. MEDICINA CUTÁNEA, IBERO-LATINO-AMERICANA., 4: 347-351, 1985.
24. AMADO SAÚL PARASITOSIS CUTÁNEAS, LECCIONES DE DERMATOLOGÍA, CUARTA EDICIÓN, 103-117, 1976.
25. HARRISON. SÍFILIS. MEDICINA INTERNA, EDITORIAL PRENSA-MEDICA MEXICANA, QUINTA EDICIÓN ES ESPAÑOL, OCTAVA EN INGLÉS, 1:1077-1090,1979
26. TÓMAS P. A. AND COLS. UNEXPLAINED IMMUNODEFICIENCY IN CHILDREN. A. SURVEIL LANCE REPORT. (REPORTE DEL NIÑO - CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA), J.A.M.A. 252:(5) 639-644, 1984
27. CHERNOSKY E.M. ET COLS YELLOW NAIL SYNDROME IN PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY, (UÑAS AMARILLAS EN PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIDIDA) J. ACAD. DERMATOL., 13(5) 731-735, 1985.