

PONENCIA SIFILIS

PRESIDENTES HONORARIOS:

Dr. R. R. Willcox

Dr. A. Fribourb-Blanc.

Dr. André Siboulet

ASESORES:

Dr. Martín Vegas

Dr. Carlos J. Alarcón

COORDINADORES:

Dr. Rafael Medina

Dr. Luis Gómez Carrasqueño

Fecha: 15 de septiembre de 1973

Salón Sucre

SALON SUCRE

Sábado 15

INTRODUCCION

Palabras del Dr. Martín Vegas

INCIDENCIA DE LA SIFILIS EN VENEZUELA

Dr. Carlos Julio Alarcón

CAMBIOS EN LAS TREPONEMATOSIS HUMANAS

Dr. R. R. Willcox

MANIFESTACION CUTANEA DE LA SIFILIS

Dr. Luis Gómez Carrasqueño

ASPECTOS SEROLOGICOS DE LAS INFECCIONES
TREPONEMICAS

Dr. A. Fribourg-Blanc, Dr. André Siboulet

LA SIFILIS ACTUAL Y LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA Dr.

Rafael Medina

DISCUSION

PONENCIA SIFILIS

INTRODUCCION

Dr. MARTIN VEGAS

La sífilis predomina en importancia entre las conocidas treponematosis y es por esto que fundamentalmente hoy nos dedicaremos a revisar los nuevos conocimientos que sobre ella se han adquirido en los años recientes. Al mismo tiempo se harán referencias a las infecciones producidas por otros treponemas como son los treponemas de la buba y el carate. Los más recientes estudios muestran que los investigadores están orientando su interés hacia los fenómenos inmunológicos; ya se vislumbran provechosas vías para lograr el control en la difusión de las infecciones producidas por estos gérmenes y evitar así los daños que ellos producen en el ser humano. La experiencia adquirida durante muchos años de lucha antivenérea ha demostrado que no son suficientes los medios de que disponemos actualmente para vencer estas enfermedades. Eso implica que en algunos países se encuentren grupos trabajando afanosamente para obtener un progreso efectivo. Nos acompañan en el día de hoy algunos de ellos y agradecemos a todos su presencia y los aportes de orientación que serán de gran utilidad.

En mi nombre y en el de la Sociedad Venezolana de Dermatología, les doy las gracias.

LA INCIDENCIA DE LA SÍFILIS EN VENEZUELA

Dr. CARLOS J. ALARCON

La incidencia de la sífilis en Venezuela, al igual que en la mayoría de los países del mundo, ha experimentado en los últimos años un recrudecimiento de importancia, lo cual se actualiza su condición de grave problema de salud pública.

Este aumento se ha observado principalmente en las fases contagiosas de la enfermedad, es decir, en las fases primaria, secundaria y latente de la sífilis reciente y también a nivel de la sífilis congénita; en cambio la sífilis tardía, tanto latente como sintomática ha sufrido un notable descenso.

Uno de los principales factores de este incremento, se debe a lo que se ha denominado "la imagen del problema resuelto" y como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud, OMS, "el uso de la penicilina y la brusca disminución de la frecuencia entre 1948 y 1957-58 produjo la impresión de que la sífilis había dejado de ser peligrosa..., provocó con el tiempo una falsa sensación de seguridad, originó la indiferencia al riesgo de contagio y disminuyó el temor a las consecuencias de la enfermedad". Se perdió el interés por esta enfermedad y se llegó a la falta de enseñanza en las Escuelas de Medicina, pero se ha reconocido y admitido el hecho de que se necesitará algo más que medicamentos para el control de la sífilis.

En un trabajo publicado por nosotros dividimos en tres etapas la lucha antivenérea en nuestro país.

La primera (1838-1947) cuando se funda la División de Venereología, siendo su primer Director el ilustre científico Dr. Martín Vegas, dermatólogo, verrólogo y leprólogo. Se hizo la programación técnica y administrativa de la lucha antivenérea en el país, dictando normas de diagnóstico, tratamiento y control de estas enfermedades. Se comenzó la preparación de personal tanto médico como paramédico y se promulgó "la Ley de defensa contra las enfermedades venéreas".

La segunda etapa (1948-1957) cuando se crea el "Instituto Nacional de Venereología", encargado de la docencia, investigación y preparación de personal, habiendo sido su primer director el Dr. R. Sánchez Pérez, de grata memoria.

Empezó a aplicarse la penicilina en el país en pequeña escala en 1946. Fue en 1950 cuando se decidió utilizarla en escala nacional y se crearon nuevos servicios antivenéreos en el país.

La tercera etapa (1958-1967), en esta época se comenzó a darle importancia a la investigación epidemiológica y se creó en 1961 la Escuela de Entrevistadores-Investigadores de contactos", siendo su primer director el Dr. Julio Vecchionacce García, quien hizo curso en esta especialización en México y los EE.UU. de Norte América. Con la creación de esta Escuela, se dio comienzo de manera tecnificada a la investigación de los contactos que tan buenos frutos ha dado con el transcurrir de los años. Durante el período se realizó entre el Servicio de Enfermedades transmisibles de Atlanta, Georgia, y el Ministerio de S.A.S. un programa de trabajo de investigación sobre la inmunidad de la sífilis, a través del Instituto Nacional de Venereología eficazmente dirigido por el Dr. Rafael Medina R.

La cuarta etapa (1968 en adelante), se crea el Servicio de "Educación antivenérea", dependiente directamente de la División de Venereología. El programa de enseñanza venérea se inició primeramente a nivel de la Zona Metropolitana de Caracas, y luego paulatinamente se va extendiendo a las capitales de los estados y a los lugares donde el problema venéreo es más álgido. Se han aumentado los Servicios de atención venérea, no solamente en cuanto a personal sino también en cuanto a horarios y mejora de los ya existentes.

En el presente trabajo se analizan los datos estadísticos correspondientes a Venezuela y la Zona Metropolitana de Caracas. Los datos se originan en los Servicios Antivenéreos y comenzaron a recopilarse de manera uniforme en la División a partir de 1945.

Debemos dejar bien claro que las cifras presentadas no traducen de manera fidedigna la magnitud del problema, ya que consideramos que los casos registrados sólo representan entre un 60 y 70%, de los posibles existentes, debido a: la automedicación, tan frecuente en nuestro medio, la falta de notificación por parte de los profesionales en ejercicio privado, los casos tratados incompletamente, la falta

de notificación de los Servicios especializados de los Hospitales, Maternidades, Seguro Social, servicios municipales, del país, y los pocos casos que puedan curarse espontáneamente.

Indudablemente que el aumento de los casos registrados se aproxima a la cifra de los casos existentes, debido a la tecnificación de los Servicios y los resultados de la investigación de contactos y de la educación sanitaria. A medida que se mejora, mayores son las dificultades con las cuales se tropieza tanto para los técnicos como para los directivos en la obtención de los recursos indispensables.

La vacunación preventiva y la educación constituyen los ideales de la lucha.

Programa de lucha contra la enfermedad.

La organización de la lucha antivenérea cuenta con los siguientes organismos:

- 1) La División de Venereología, hoy Departamento de Venereología, dependiente de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Este Departamento está encargado de la programación, evaluación, supervisión y control del programa de lucha antivenérea.
- 2) El Instituto Nacional de Venereología, adscrito a la División, que está encargado de la docencia, preparación de personal e investigación.
- 3) Servicio de Investigación de Contactos, con la Escuela de "Entrevistadores - Investigadores de Contactos" para la preparación de los inspectores de Protección Social.
- 4) Servicio de Educación Sanitaria en Enfermedades Venéreas.
- 5) Una red de dispensarios antivenéreos distribuida en toda la República, dependientes administrativamente de los Servicios Regionales, quienes ejecutan a nivel local los programas elaborados por esta División. Los Dispensarios Antivenéreos de la red nacional se clasifican en: Dispensario tipo "A", que sirven a las poblaciones consideradas importantes por el tamaño o la magnitud del problema venéreo, son en número de 39: en la Zona Metropolitana 16 (y un Servicio de Urología) y 23 en el interior del país y cuentan con un médico venereólogo especializado. Dispensario tipo "B", en número de 68, en ciudades del interior del país, Son

escasa magnitud del problema, ubicados en 27 unidades sanitarias y 41 Centros de Salud, éstos son atendidos por el Médico Jefe o Director. Dispensario tipo "C", que funcionan en las Medicaturas Rurales en número de 488, los cuales son atendidos por el Médico Rural.

Incidencia en Venezuela.

El total de casos registrados para todas las formas de sífilis (STF) fue de 37.493 en 1945-1947 y de 53.594 en 1968-1972 (cuadro N° 7).

El promedio anual de casos registrados para todas las formas de sífilis fue 12.497,7 en 1945-1947 y de 10.718,8 en 1968-1972.

CUADRO N° 1
Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el trienio. Tasas por 100.000 habitantes e índices C. Venezuela 1945 - 1947

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1945	3.511.343	2.817	3.712	6.529	4.761	518	11.808
1946	3.790.259	3.306	4.158	7.464	4.421	123	12.008
1947	4.039.175	4.346	4.897	9.243	3.856	578	13.677
TOTALES	11.370.777	10.469	12.767	23.236	13.038	1.219	37.493
TASAS	-	92,7	112,3	204,4	114,7	107	329,7
INDICES	-	100	100	100	100	100	100

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).

Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 2
Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Venezuela 1948 - 1952

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1948	4.288.091	4.562	5.661	10.223	4.309	332	14.864
1949	4.537.007	4.199	6.839	11.038	4.253	344	15.635
1950	4.785.923	3.778	9.997	13.775	3.071	306	17.152
1951	5.034.839	2.743	11.707	14.450	4.970	803	20.223
1952	5.283.755	2.186	9.676	11.862	5.483	736	18.081
TOTALES	-	17.468	43.880	61.348	22.086	2.521	85.955
TASAS	-	73,0	183,4	256,4	92,3	10,5	359,2
INDICES-	-	78,7	163,3	125,4	80,5	98,1	108,9

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).

Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 3

*Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices *
Venezuela 1953 - 1957*

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1953	5.532.671	1.641	8.317	9.958	5.408	637	16.003
1954	5.781.587	1.204	5.673	6.877	4.196	465	11.538
1955	6.150.700	986	5.128	6.114	4.008	416	10.538
1956	6.393.500	731	4.403	5.134	4.512	412	10.058
1957	6.636.300	664	3.949	4.613	3.801	350	8.764
TOTALES		5.226	27.470	32.696	21.925	2.280	56.901
TASAS		17,0	89,3	106,3	71,3	7,4	185,6
INDICES`		18,3	79,5	52,0	62,2	69,2	56,1
(*)	BASE 100 - 1945 - 1947						

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 4

*Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Taras por 100.000 habitantes e índices
Venezuela 1958 - 1962*

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1958	6.879.100	703	3.578	4.281	3.755	259	8.295
1959	7.121.900	988	4.053	5.041	4.197	385	9.623
1960	7.364.700	850	4.212	5.062	3.712	196	8.970
1961	7.608.000	984	4.114	5.098	3.317	188	8.603
1962	7.850.000	1.122	4.101	5.223	2.312	175	7.710
TOTALES		4.647	20.058	24.705	17.293	1.203	43.201
TASAS	-	12,6	54,5	67,1	47,0	3,3	114,6
INDICES*	-	13,6	48,5	32,8	41,0	30,8	34,8
(*)	BASE 100 - 1945 - 1947						

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 5

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Venezuela 193 - 1967

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1963	8.093.000	1.756	4.201	5.957	1.852	126	7.935
1964	8.335.000	2.126	4.338	6.500	1.202	84	7.786
1965	8.577.000	2.205	4.408	6.613	867	89	7.569
1966	8.820.000	2.166	5.226	7.392	1.212	141	8.745
1967	9.063.000	1.654	5.870	7.524	1.235	118	8.877
TOTALES	-	9.943	24.043	33.986	6.368	558	40.912
TASAS	-	23,2	56,1	79,2	14,8	1,3	95,3
INDICES*	-	25,0	50,0	38,7	12,9	12,1	28,9

(*) BASE 100- 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 6

*Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices * Venezuela 1968 - 1972*

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1968	9.305.000	2.068	5.630	7.698	1.009	129	8.836
1969	9.600.000	2.350	6.050	8.400	1.209	134	9.743
1970	10.000.000	3.369	6.741	10.110	967	155	11.232
1971	10.013.159	4.406	6.134	10.540	784	163	11.487
1972	10.262.075	3.956	7.412	11.368	740	188	12.296
TOTALES	-	16.149	31.967	48.116	4.709	769	53.594
TASAS	-	32,3	63,9	96,2	9,4	1,5	107,2
INDICES*	-	34,8	56,9	47,1	8,2	14,0	32,5

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 7

Sífilis según formas clínicas - Casos registrados por quinquenios

Cifras absolutas

Venezuela 1945 - 1972

TIPO	QUINQUENIOS					
	1945-1947	1948-1952	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	10.469	17.468	5.226	4.647	9.943	16.149
SARL	12.767	43.880	27.470	20.058	24.043	31.967
SAR	23.236	61.348	32.696	24.705	33.986	48.116
SAT	13.038	22.086	21.925	17.293	6.368	4.709
SC	1.219	2.521	2.280	1.203	558	769
STF	37.493	85.955	56.901	43.201	40.012	53.594

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

Las tasas promediales por 100.000 habitantes para todas las formas de sífilis fueron de 329,7 en 1945-1947 y de 107,2 para 1968-1972 (cuadro N° 8), con índices respectivos de 100 y 32,5 (cuadro N° 9).

La tendencia de las tasas y sus índices respectivos acusan disminución hasta el quinquenio 1963-1967, donde comienza a observarse un aumento. Los índices de 100 a 28,9 y luego asciende a 32,5 (cuadro N° 9).

Los datos anuales correspondientes que sirvieron de base para estos cálculos se resumen en los cuadros Nos. 1 al 6.

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente (SAR) fueron: para el total de casos registrados (cuadro N° 7) de 23.236 en 1945-47 y de 48.116 en 1968-1972; para el promedio anual de 7.745,3 y 9.623,2 respectivamente; las tasas de 204,3 y 96,2, y los índices de 100 a 47,1 (cuadros Nos. 8 y 9).

La tendencia a la disminución se observa a partir de 1953-1957 (52,0), pero sufre aumento en los dos últimos quinquenios (38,7 y 47,1) (cuadro N° 9).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente sintomática (SARS) fueron : para el total de casos registrados de 10.469 en 1945-1947 a 16.149 en 1948-1972; para el promedio anual de 3.489,7 y 3.229,8 respectivamente; las tasas de 92,7 y 32,3 y los índices de 100 a 34,8 (cuadros Nos. 7, 8 y 9).

La tendencia a la disminución hasta los dos últimos quinquenios cuando aumenta (25,0 y 34,8) (cuadro N° 9).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente latente (SARL) fueron: para el total de casos de 12.767 en 1945-1947 a 31.967 en 1968-1972; para el promedio anual 4.255,7 y 6.339,4 respectivamente; las tasas de 112,3 y 63,9 y los índices de 100 a 56,9.

La tendencia al aumento en el segundo quinquenio (163,3) disminuye en los dos siguientes (79,5 y 48,5), para aumentar en los dos últimos (50,0 y 56,9) (cuadro N° 9).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida tardía (SAT), sintomática y latente, fueron: para el total de casos registrados de 13.038 en 1945-1947 y 4.709 en 1968-1972; para el promedio anual de casos de 3.012,7 y 941,8 respectivamente; las tasas de 114,7 y 9,4 y los índices de 100 a 8,2 (cuadros Nos. 7, 8 y 9).

La tendencia señala la disminución a partir del segundo quinquenio (80,5 y 8,2) (cuadro N° 9).

Las cifras correspondientes a la sífilis congénita (SC), reciente y tardía, fueron: para el total de casos de 1.219 en 1945-1947 y 769 en 1968-1972, para el promedio anual de 406,3 y 153,8 respectivamente, las tasas de 10,7 y 1,5 y los índices de 100 a 14,0 (cuadros Nos. 7, 8 y 9).

La tendencia señala un aumento para el último quinquenio (cuadro N° 9).

En conclusión podemos afirmar que en Venezuela a pesar de existir un descenso del índice para los casos registrados de sífilis en todas sus formas (100 a 32,5) y mucho más marcado en los casos registrados de sífilis tardía (100 a 8,2), la sífilis adquirida reciente en sus formas sintomática y latente tiende al aumento desde el quinquenio 1963-1967 y la sífilis congénita en el quinquenio 1968-1972; el aumento aparentemente es más marcado para la sífilis contagiosa en su forma primaria y secundaria.

Incidencia en la Zona Metropolitana.

El total de casos registrados para todas las formas de sífilis (STF) fue 10.612 en 1945-1947 y de 16.353 en 1968-1972 (cuadro N° 16).

CUADRO N° 8

*Sífilis según formas clínicas. Tasas promediales por 100.000 habitantes
y por quinquenios
Venezuela, años 1945 - 1972*

TIPO	QUINQUENIOS					
	1945-1947	1948-1952	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	92,7	73,0	17,0	12,6	23,2	32,3
SARL	112,3	183,4	89,3	54,5	56,1	63,9
SAR	204,4	256,4	106,3	67,1	79,2	96,2
SAT	114,7	92,3	71,3	47,0	14,8	9,4
SC	10,7	10,5	7,4	3,3	1,3	1,5
STF	329,7	359,2	185,0	114,6	95,3	107,2

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

CUADRO N° 9

*Sífilis según formas clínicas. Indices por quinquenios
Venezuela, años 1945 - 1972*

TIPO	QUINQUENIOS					
	1945-1947	1948-	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	100	78,7	18,3	13,6	25,0	34,8
SARL	100	163,3	79,5	48,5	50,0	56,9
SAR	100	125,4	52,0	32,8	38,7	47,1
SA T	100	80,5	62,2	41,0	12,9	8,2
SC	100	98,1	69,2	30,8	12,1	14,0
STF	100	108,9	56,1	34,8	28,9	32,5.

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

El promedio anual de casos registrados, 3.537,3 para 1945-1947 y 3.437,2 para 1968-1972.

Las tasas promediales por 100.000 habitantes de 752,4 en 1945-1947 y de 151,6 para 1968-1972 (cuadro N° 17), con índices respectivos de 100 y 20,1 (cuadro N° 18).

La tendencia de las tasas es al descenso hasta 1958-1962 (15,1) y al aumento en el quinquenio 1963-1967 (20,6) cuando se estabiliza (cuadro N° 18).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente (SAR) fueron: para el total de casos 7.025 en 1945-1947 y 14.942 en 1968-1972; para el promedio anual 2.341,6 y 3.150,4 respectivamente; las tasas de 498,0 y 138,5 y los índices de 100 y 27,8 (cuadros Nos. 16, 17 y 18).

La tendencia fue al descenso hasta 1958-1962 (17,9) y luego aumenta en el quinquenio 1963-1967, cuando se estabiliza (28,4 y 27,8) (cuadro N° 18).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente sintomática (SARS) fueron: para el total de casos registrados 3.367 en 1945-1947 y 6.934 en 1968-1972 (cuadro N° 16) ; para el promedio anual 1.122,3 y 1.386,8 respectivamente; las tasas de 238,7 y 64,3 (cuadro N° 17) y los índices de 100 y 26,9 (cuadro N° 18).

La tendencia fue al descenso hasta 1958-1962 (13,1), luego aumentó en el penúltimo quinquenio (26,1) y se estabiliza (26,9). Esta tendencia de la SARS es igual a la de la SAR (cuadro N° 18).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida reciente latente (SARL) fueron de 3.658 en 1945-1947 y 8.008 en 1968-1972 (cuadro N° 16) el promedio anual 1.219,3 y 1.601,6 respectivamente; las tasas de 259,3 y 74,2 (cuadro N° 17) y los índices 100 y 28,6 (cuadro N° 18).

La tendencia es al ascenso en el segundo período (124,9) y luego al descenso hasta 1958-1962 (22,3) para aumentar en 1963-1967 (30,4) y estabilizarse, (cuadro N° 18).

Las cifras correspondientes a la sífilis adquirida tardía fueron: de 3.587 casos en 1945-1947 y 1.133 en 1968-1972, para el total de casos registrados; 1.195,6 y 226,6 respectivamente para el promedio anual; las tasas de 254,3 y 10,5 y los índices de 100 y 4,1 (cuadros Nos. 16, 17 y 18).

La tendencia es al descenso y a la estabilidad en los dos últimos quinquenios (4,8 y 4,1) (cuadro N° 1.8).

Las cifras correspondientes a la sífilis congénita fueron de 253 en 1948-1952 y de 281 en 1968-1972; el promedio de 50,6 y 56,2 respectivamente; las tasas de 5,7 y 2,6 y los índices de 100 y 45,6 (cuadros Nos. 16, 17 y 18).

La tendencia es al descenso hasta 1963-1967 (24,6) y luego aumenta en el último quinquenio (45,6) (cuadro N° 18).

En conclusión podemos afirmar que la Zona Metropolitana a pesar de existir un descenso del índice de los casos registrados de sífilis en todas sus formas (100 y 20,1) y mucho más marcado en la sífilis tardía (100 y 4,1), la sífilis adquirida reciente en sus formas sintomáticas y latente tiende al aumento desde el quinquenio 1963-1967, y la sífilis congénita aumenta en el último quinquenio.

Al comparar la zona metropolitana con todo el país, se observa que las tasas son en todas las formas de sífilis más altas en la zona metropolitana; en ambas áreas tienden a elevarse en los dos últimos quinquenios; las formas recientes (SARS y SARL) y congénita (SC); en ambas áreas ha habido una disminución en la sífilis tardía (SAT).

CUADRO N° 10.

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el trienio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Zona Metropolitana 1945 - 1947

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1945	399.839	934	1.102	2.036	1.537	-	3.573
1946	470.161	1.309	1.109	2.418	1.024	-	3.442
1947	540.483	1.124	1.447	2.571	1.026	-	3.597
TOTALES	1.410.483	3.367	3.658	7.025	3.587	-	10.612
TASAS	-	258,7	259,3	498,0	254,3	-	752,4
INDICES*	-	100	100	100	100	-	100

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 11

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices "
Zona Metropolitana 1948 - 1952

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1948	610.805	1.036	1.315	2.351	758	-	3.109
1949	681.127	892	2.262	3.154	1.201		4.355
1950	751.449	528	2.857	3.385	1.102	80	4.567
1951	821.771	473	3.177	3.650	1.382	78	5.110
1952	892.093	392	2.534	2.926	777	95	3.798
TOTALES	3.751.245	3.321	12.145	15.466	5.220	253	20.939
TASAS		88,5	223,8	412,3	139,2	5,7	558,2
INDICES"		37,1	124,9	82,2	54,7	100	74,2

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
 Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 12

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices
Zona Metropolitana 1953 - 1957

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1953	962.415	328	1.669	1.997	745	46	2.788
1954	1.032.737	175	1.082	1.257	464	53	1.774
1955	1.103.059	150	967	1.117	392	36	1.545
1956	1.173.381	119	547	666	329	34	1.029
1957	1.243.703	147	207	354	126	11	491
TOTALES	5.515.295	919	4.472	5.391	2.056	180	7.627
TASAS		16,7	81,1	97,7	37,3	3,3	138,3
INDICES"	-	7,0	31,3	19,6	14,7	57,9	18,4

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
 Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 13

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Zona Metropolitana 1958 - 1962

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1958	1.314.025	217	457	674	240	21	935
1959	1.384.347	385	613	998	394	54	1.446
1960	1.454.669	448	964	1.412	286	39	1.737
1961	1.524.991	615	1.024	1.639	363	30	2.032
1962	1.595.313	601	1.154	1.755	303	30	2.088
TOTALES	7.273.345	2.266	4.212	6.478	1.586	174	8.238
TASAS	-	31,2	57,9	89,1	21,8	2,4	113,3
INDICES*		13,1	22,3	17,9	8,6	42,1	15,1

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 14

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Zona Metropolitana 1963 - 1967

AÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1963	1.665.635	1.040	1.176	2.216	168	19	2.403
1964	1.735.957	1.233	1.123	2.356	128	14	2.498
1965	1.806.279	1.371	1.269	2.640	197	18	2.855
1966	1.876.601	1.132	1.841	2.973	243	46	3.262
1967	2.017.245	902	1.765	2.667	367	30	3.064
TOTALES	9.101.717	5.678	7.174	12.852	1.103	127	14.082
TASAS	-	62,4	78,8	141,2	12,1	1,4	154,7
INDICES*		26,1	30,4	28,4	4,8	24,6	20,6

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 15

Sífilis según formas clínicas - Población y casos registrados por años y totales para el quinquenio. Tasas por 100.000 habitantes e índices Zona Metropolitana 1968 - 1972

ÑO	POBLACION	SARS	SARL	SAR	SAT	SC	STF
1968	2.017.245	956	1.570	2.526	239	56	2.821
1969	2.087.567	1.068	1.575	2.643	225	48	2.916
1970	2.157.889	1.490	1.601	3.091	212	63	3.366
1971	2.228.211	1.876	1.094	2.970	219	56	3.245
1972	2.298.533	.1544	2.168	3.712	238	58	4.008
TOTALES	10.789.445	6.934	8.008	14.942	1.133	281	16.356
TASAS		64,3	74,2	138,5	10,5	2,6	151,6
INDICES*		26,9	28,6	27,8	4,1	45,6	20,1

(*) BASE 100 - 1945 - 1947

FUENTE: Archivo del Departamento de Venereología - M.S.A.S. (adaptados por el autor).
Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital - M.S.A.S.

CUADRO N° 16

Sífilis según formas clínicas. Casos registrados por quinquenios Zona metropolitana 1945 - 1972

TIPO	QUINQUENIOS					
	1945-1947	1948-1952	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	3.367	3.321	919	2.266	5.678	6.934
SARL	3.658	12.145	4.472	4.212	7.174	8.008
SAR	7.025	15.466	5.391	6.478	12.852	14.942
SAT	3.587	5.220	2.056	1.586	1.103	1.133
SC	-	253	180	174	127	281
STF	10.612	20.939	7.627	8.238	14.082	16.356

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

CUADRO N° 17

*Sífilis según formas clínicas. Tasas promediales por 100.000 habitantes y por quinquenios
Zona Metropolitana 1945 - 1972*

QUINQUENIOS

TIPO	1945-1947	1948-1952	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	238,7	88,5	16,7	31,2	62,4	64,3
SARL	259,3	323,8	81,1	57,9	78,8	74,2
SAR	498,0	412,3	97,7	89,1	141,2	138,5
SAT	254,3	139,2	37,3	21,8	12,1	10,5
SC		5,7	3,3	2,4	1,4	2,6
STF	752,4	558,2	138,3	113,3	154,7	151,6

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

CUADRO N° 18

*Sífilis según formas clínicas. Índices por quinquenios
Zona Metropolitana 1945 - 1972*

QUINQUENIOS

TIPO	1945-1947	1948-1952	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
SARS	100	37,1	7,0	13,1	26,1	26,9
SARL	100	124,9	31,3	22,3	30,4	28,6
SAR	100	82,8	19,6	17,9	28,4	27,8
SAT	100	54,7	14,7	8,6	4,8	4,1
SC	100	74,2	18,4	15,1	20,6	20,1

FUENTE: Cuadros Nos. 1 al 6.

Estos hechos se explican por el mejoramiento de los servicios tanto en la zona metropolitana como en el país y por el aumento real de los casos de sífilis adquirida reciente y congénita.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El problema del incremento de la sífilis señalado para Venezuela, se repite en otros países del mundo y coincide en cuanto a la fecha de su aparición. Entre estos países con aumento en los últimos años de la década del 50 figuran: Francia, Polonia, Estados Unidos de Norteamérica, Suecia, Reino Unido.

Las causas de este incremento son universales y entre nosotros podemos señalar:

- 1) Cambio en la conducta sexual, principalmente entre los jóvenes de ambos sexos. En un trabajo anterior señalamos que el 58,2% de los casos ha ocurrido antes de los 30 años; que el 81,6% de los casos corresponde a la sífilis adquirida reciente y dentro de ésta el 97,0% se registra en el grupo de 15-34 años;
- 2) los anticonceptivos y las drogas que permiten mayor número de contactos sexuales y por consiguiente propagación de la enfermedad;
- 3) el aumento de la "prostitución clandestina";
- 4) facilidad de desplazamiento de las personas por tierra, aire y mar, no sólo en el ámbito nacional sino internacional;
- 5) el aumento de la homosexualidad, la cual adquiere cada día mayor incremento con las dificultades para su diagnóstico y control;
- 6) desconocimiento por parte de muchos profesionales de la medicina, debido principalmente a la falta de enseñanza de pre-grado. Este hecho fue comprobado en nuestro estudio para la América Latina;
- 7) falta de educación sanitaria antivenérea;
- 8) falta de servicios permanentes de atención a pacientes venéreos, lo cual debe lograrse a nivel de todos los servicios médicoasistenciales;
- 9) la dificultad del diagnóstico de la sífilis primaria y secundaria debido a la modificación del polimorfismo clínico;
- 10) hay un conjunto de causas psico-socio-económicas en ciertos grupos como los marginados, que los hacen especialmente vulnerables.

Las recomendaciones que ahora presentamos no pueden ser nuevas porque han sido expuestas en anteriores oportunidades, pero no por ello dejan de tener vigencia y debemos insistir sobre ellas porque el tiempo transcurre y no se toman con la debida atención y premura las medidas correspondientes.

1. Es indispensable conservar el Departamento de Venereología *con* su organización actual centralizada y sus mismas funciones.
2. Reorganizar y mejorar los servicios existentes a fin de obtener mejor rendimiento.
3. Extender a todo el país y principalmente en las zonas álgidas (zonas portuarias, mineras e industriales) la investigación epidemiológica de contactos y la educación sanitaria. De estas zonas merece atención especial las zonas fronterizas.
4. Realizar encuestas serológicas en las concentraciones demográficas en el grupo etario de 15-34 años y en las maternidades y *consultas* prenatales.
5. Ampliar el Instituto Nacional de Venereología a fin de que pueda dedicarse a una investigación más amplia.
6. No podría efectuarse la ampliación de los servicios si no se desarrolla la preparación del personal médico y paramédico, y se incorporan a los científicos sociales todo el lo cual requiere el aumento del presupuesto del Departamento de Venereología.
7. Se hace indispensable que los cargos médicos en los Servicios Antivenéreos sean desempeñados por dermato-venereólogos, ya que la Venereología es una rama de la Dermatología.
8. Por último, el indicador del problema de la sífilis en Venezuela está representado por las tasas de la Zona Metropolitana. En efecto, las tasas son más altas en dicha Zona que en Venezuela, tanto desde el trienio 195-1947: 752,4 y 329,7 como para el último quinquenio 1968-1972: 151,6 y 107,2. Es positivo el hecho que la reducción a una quinta parte en la Zona Metropolitana de 100 a 20,1 es mayor que para Venezuela de 100 a 32,5 o sea, una tercera parte.

CAMBIOS EN LAS TREPANOMATOSIS HUMANAS

Dr. R. R. WILLCOX, M.R.C.P.

1. INTRODUCCION

Se ha postulado que el *T. pallidum* de la sífilis surgió originalmente de los treponemas que viven libres en el fango, de los cuales el *T. zuelzeri* continúa siendo representativo (Veldkamp 1960). Estos organismos comenzaron entonces a ser llevados por el hombre al igual que los treponemas dentales hoy en día. Luego se presentaron los síndromes de la enfermedad a medida que la selección natural aseguraba la supervivencia de los mutantes más aptos para producir las lesiones y más apropiados para la transmisión interna de huésped a huésped en el medio ambiente existente (Willcox 1972).

Los tres treponemas patógenos al hombre son *T. pallidum*, el causante de la sífilis venérea y no venérea; *T. pertenue* del pian; y *T. carateum*, de la pinta, los cuales tienen una morfología similar y evocan hasta ahora anticuerpos indistinguibles en las personas infectadas. En los animales el *T. cuniculi* ha evolucionado separadamente en el conejo, en cuyo animal es responsable por la ocurrencia natural de una enfermedad venérea (cuniculosis) mientras que un miembro del grupo descubierto más recientemente, el *T. Fribourg-Blanc*, ha sido aislado de monos en las áreas con pian (Bribourg-Blanc et al 1963).

De los treponemas que afectan al hombre la sífilis venérea se halla omnipresente, el pian es una enfermedad de la franja tropical, la sífilis endémica se encuentra en las áreas secas mientras que la pinta está confinada a la América Central y del Sur.

2. EVOLUCION DE LA PINTA

Ha sido postulado (Cockburn 1961; Heckett 1963) que la pinta fue la primera trepanomatosis en evolucionar de las masas procedentes de las tierras afro-asiáticas de donde alcanzó distribución a través de todo el mundo, persistiendo finalmente entre los grupos más depauperados en las áreas remotas de América Central y el Norte del Continente de América del Sur, prevaleciendo hoy día en México, Colom-

bia, Perú, Ecuador y Venezuela. Se estima que 20 años atrás existían 3/4 de millón de casos de pinta (Guthe y Willcox 1954).

El conocimiento de esta enfermedad se debe en gran parte al trabajo pionero de Herrejon (1938) y luego a Valera y otros en México (Rein *et al* 1952) ; Guimaraes, Rodríguez, Costa, Silva y Padilha Gonsalves en Brasil; Leon Banco en Cuba; Sainz en Ecuador (ver Willcox 1952) y en Venezuela Iriarte, Rossi y particularmente por el Secretario de Coordinación de esta Ponencia, el Dr. Rafael. Medina. El Dr. Medina ha sido descrito (ver Lawton-Smith y otros 1971) como "la autoridad mundial en materia de treponematosi s no venérea, habiendo tenido más experiencia clínica con el pian que virtualmente ningún otro médico actualmente vivo". Ha contribuido en mucho al conocimiento de la inmunidad cruzada entre teponemas (Medina 1967), y junto con el Dr. Kuhn y otros colegas ha establecido con éxito la enfermedad en el chimpancé (Kuhn *et al* 1970).

Las lesiones de la pinta afectan virtualmente sólo a la piel, aparte del nódulo juxta-auricular sencillo, aun cuando ha sido descrito un caso con queratitis intersticial co-existente (Lawton-Smith *et al* 1971). Comienza con una lesión inicial y subsecuentemente se satelitiza o se desarrollan lesiones cutáneas más remotas (pintides) de varias tonalidades, rosadas, marrones, azules y negras, las cuales finalmente se vuelven blancas o acrómicas. Se contagia por contacto directo de la piel entre las personas de menores recursos, principalmente en los grupos más jóvenes. La mitad de la serie de Rein *et al* (1952) estaba comprendida por personas menores de 15 años de edad.

3. EVOLUCION DEL PIAN

Se ha considerado que el pian evolucionó de la pinta luego que en la región afro-asiática se desarrolló un medio-ambiente húmedo y cálido. El nuevo clima, volviéndose todavía más húmedo por el sudor, favoreció la producción de lesiones cutáneas exuberantes, las cuales contenían cantidades de treponemas como son los que se encuentran en los papilomas y otras manifestaciones infecciosas características de la framboesia o pian (Hackett 1957). Las lesiones superficiales del pian, al igual que las de la pinta, pueden permanecer sin efecto durante largos períodos de tiempo. La ausencia de ropas con el consiguiente riesgo de traumas que facilitan la entrada de los organismos y el contacto de las pieles sudorosas de persona a persona aseguran

su rápida propagación entre las comunidades primitivas y su alto índice contagioso determinó que fuese una enfermedad principalmente de la infancia.

A través de los siglos el pian ha constituido una de las infecciones más prevalecientes en todo el mundo la cual, se ha mantenido entre los trópicos de Cáncer y de Capricornio, y con el turismo moderno es posible que se encuentre uno que otro caso en los climas templados. Antes de que las campañas de asistencia WHO para las masas se extendieran se estimaba que existían unos 50 millones de casos, la mitad de ellos en Africa (Guthe y Willcox 1954). Durante estas campañas contra la treponematosi endémica, organizadas por WHO en 46 países se ha examinado un total prodigioso de 160 millones de personas y se han tratado unos 50 millones con penicilina como casos clínicos de pian o de sífilis endémica, casos latentes o contactos (Guthe *et al* 1972). La incidencia de la enfermedad se ha reducido a niveles bastante bajos en muchas áreas (v. g. de 2,95% de casos clínicos activos a 0,005% en Samoa Occidental), aun cuando la sero-reactividad a las pruebas continuadas con antígenos treponémicos sugieren que la enfermedad continúa siendo transmitida en la comunidad, probablemente a un nivel sub-clínico.

El pian, a diferencia de la pinta, puede tener complicaciones más serias en áreas diferentes de la piel como por ejemplo la complicación ósea, en las manifestaciones gomatosas tempranas o tardías. Aun cuando no se ha pensado que produzca complicaciones cardiovasculares o neurológicas, o que pueda ser transmitida congénitamente, en el proyecto denominado Caracas, Smith y sus colegas (1971) encontraron anomalías oculares, niveles elevados de inmunoglobulina en el líquido cerebro-espinal, así como treponemas en el humor acuoso de algunos pacientes con pian tardío.

4. EVOLUCION DE LA SIFILIS ENDEMICA

Una evolución posterior se presentó en las regiones más áridas que bordean las áreas del pian, en los lugares donde el clima era todavía muy caliente pero no seco y frecuentemente frío por las noches, necesitándose el uso de ropas, lo que evitaba la transmisión de piel a piel. En estas circunstancias solamente los organismos que producen lesiones en las membranas mucosas pueden sobrevivir por medio de la transmisión directa por los besos, o indirectamente a

través de la comida y bebida en recipientes comunes (Crin 1953) o a través de los dedos (Guthe y Luger 1953). Como la infección tiende a presentarse antes de la pubertad la propagación sexual muy rara vez se encontraba, ya que para el momento en que los jóvenes tenían la edad suficiente para las relaciones sexuales la enfermedad ya había sido adquirida en la infancia.

La sífilis endémica recibió atención cuando se la describió, por lo general en el desierto o en las regiones cercanas al desierto, en un número de países del Occidente Medio, con el nombre de *bejel* (Hudson 1928; Dsonka 1952) o *balash*. Hoy día se encuentra también en Africa, en los países que bordean el desierto del Sahara en el Norte (Basset y Bairon 1965) habiendo sido descrita en el Sur, adyacente al desierto Kalahari, actualmente Rodesia, donde fue observada bajo el nombre de *njovera* por el autor cuando realizaba una investigación (Willcox 1951; 1951 a) y en la adyacente Botswana (Murray *et al* 1956). También existe todavía en el Karov en el Transvaal (Du Toit 1969). La señal delatora de su existencia es la presencia de un nódulo-chancro en una madre, causado por su hijo infectado.

Existían focos de sífilis endémica en Europa, Bosnia, Yugoslavia, aun después de la II Guerra Mundial, sin embargo ésta ha sido erradicada con éxito por medio de las campañas masivas (Crin y Guthe 1973).

Entre una y otra guerra se extendió sobre extensas áreas del sur de la U.R.S.S., Turquía y luego Palestina. Existen muchos ejemplos históricos incluyendo los *sibbens* de Escocia, el *botón escorbuto* de Irlanda y el *radesyge* Noruega (Lancereux 1968).

5. SURGIMIENTO DE LA SIFILIS VENEREAS

La sífilis venérea procede de la sífilis endémica a medida que el progreso social limita la transmisión entre los niños y a medida que éstos crecen son, en consecuencia, susceptibles a contraerla sexualmente (ver Willcox 1960). A medida que esto ocurre algunos hábitos antihigiénicos persisten (v. g. intercambio de pipas y palillos, besos en la boca tan generalizados, la costumbre de las nodrizas, etc.) existiendo ambas sífilis, la venérea y la no venérea, encontrándose la última en los grupos de mayor edad, en aquellos que no han experimentado la infección durante la infancia. Se considera probable,

que la sífilis endémica estuvo en un tiempo extendida en regiones no tropicales incluyendo a Europa, donde se conoció únicamente como una infección venérea a finales del siglo XV y por la que se inculcó injustamente a Colón.

Al igual que otras enfermedades transmitidas sexualmente la incidencia de la sífilis venérea ha sido alta en tiempos de guerra y el período durante e inmediatamente después de la II Guerra Mundial no ha sido una excepción. Con la continuación de unas condiciones de paz más estables y con la introducción del tratamiento efectivo con penicilina se presentó una baja dramática, aun cuando durante los últimos 10 - 15 años los números se han elevado nuevamente en muchos países, sin embargo, en la mayoría permanecen a menos de un décimo de sus cifras pico durante la guerra.

6. LA CONTINUA EVOLUCION DE LA SIFILIS

6.1 *Efectos del medio-ambiente deteriorado.*

Los cambios en la distribución, gravedad, presentación clínica y otras características de la sífilis continúan hoy día a medida que los hábitos del hombre y el medio-ambiente se alteran para bien o para mal. Estos han ocurrido particularmente a continuación de la introducción de la penicilina y los antibióticos. El proceso de urbanización gradualmente extensivo en sí mismo ha contribuido a la disminución de la pinta, el pian y la sífilis endémica en muchas áreas, sin embargo, la reversión de este proceso es factible y ha sido reportado de tiempo en tiempo cuando las condiciones sociales se deterioran presentándose nuevamente las infecciones en los niños.

Esta reversión de sífilis venérea a no venérea ha sido reportada en varios países incluso en la era de la penicilina (v. g. Murrell y Gray 1947; Fejer 1948; Eisenberg *et al* 1949; Rajam y Ranjiah 1952; Rees 1954; Taylor 1954). Una experiencia más reciente ha sido reportada en Viena por Luger (1972) donde se infectaron tres niños en un edificio superpoblado en el cual sin embargo, en la habitación que ocupaba una familia de nueve personas contenía objetos de lujo como son un refrigerador, televisión, tocadiscos y dos radiotransistores.

Con la actual explosión demográfica y las dificultades de acomodación crecientes, incluyendo el crecimiento indeseado de los barrios mí

seros cerca de las ciudades modernas en muchas partes del mundo, tales reversiones en la evolución de treponemas en menor escala son de esperarse como consecuencia de tiempo en tiempo.

6.2. *Efectos de la penicilina.*

6.2.1 *Acción de la penicilina.*

Este antibiótico actúa durante el crecimiento y la división del *T. pallidum* y treponemas relativos cuando los eslabones cruzados de la glucosamina N. acetilo y el ácido murámico N. acetilo que forman una matriz en la pared exterior de la célula para contener el protoplasma, al igual que la capa exterior de una pelota, se rompen por la acción hidrolítica de una lisozima manufacturada por el organismo. La enorme brecha se recupera por medio de los precursores "mureine" que pasan a través de la membrana citoplásmica del protoplasma para ser reconstituido por la acción de varias enzimas incluyendo las carboxipeptidasas y particularmente transpeptidasas, que fortalecen los ligamentos cruzados entre las cadenas en reparación adyacentes (Pelzer 1967; Kern 1970; Luger 1973).

Por su afinidad con estas enzimas, particularmente la transpeptidasa, e interfiriendo con el ensamblaje y producción apropiados de los precursores "mureine", la penicilina impide su desempeño permitiéndole así a la lisozima no afectada continuar la brecha en la pared de la célula en forma más rápida de lo que ésta está siendo restablecida. La presión osmótica interna hará que el protoplasma se abombe a través de la grieta en la envoltura exterior y éste pueda finalmente reventarse o ser destruido.

6.2.2 *Efectividad de la penicilina.*

La penicilina ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de infecciones tempranas de pinta, pian y sífilis, endémica y venérea, aun con una sola inyección a la dosificación adecuada. No existe evidencia de que el *T. pallidum* esté volviéndose resistente a la penicilina, aun cuando la imposibilidad de cultivar este virulento organismo *en vivo* hace que un pronunciamiento preciso sobre el particular sea imposible (Schamber 1963).

El antibiótico ha demostrado ser virtualmente un 100% eficaz en el período de incubación y en la sífilis primaria sero-negativa mientras que en la primaria sero-positiva y en la sífilis secundaria los resulta

dos clínicos son excelentes con tasas de re-tratamiento alrededor del 3 - 4%, y luego, muchos de los casos recurrentes son probablemente reinfecciones (Idse *et al* 1972). La sero-reversión a las pruebas reactivas son la regla aun cuando las pruebas de inmovilización treponema (y FTA-ABS) pueden continuar indicando reactividad y pueden o no asociarse a persistencia de organismos (ver 6.2.4).

En la última etapa la infección gomatosa sana rápidamente y también se obtienen buenos resultados en la complicación neurosifilítica meníngea. Los resultados son menos aparentes en la neurosífilis parenquimatosa, en la sífilis cardiovascular y en la sífilis congénita tardía, donde ya ha causado daños. En la sífilis latente tardía y, por supuesto, en la sífilis tardía general, la seropositividad persiste aun cuando se eviten complicaciones futuras.

6.2.3 Cambios en el patrón clínico.

Se han registrado cambios notables en las manifestaciones clínicas de la sífilis desde que se introdujo la penicilina. Las lesiones secundarias exuberantes de la piel y las membranas mucosas son hoy día raras en muchas áreas así como las erupciones ulcerativas de la piel y la sífilis parece estarse convirtiendo en una enfermedad más benigna. Esto puede ser en parte debido a una mejor nutrición y a una mejor higiene la que ciertamente explica la declinación del condiloma lata. Sin embargo no sería natural suponer que la enfermedad se tornaría leve bajo el "bombardeo de antibióticos", ya que aquellos organismos que no provocaron mayor respuesta ni llamaron la atención hacia ellos pueden ser los que con mayor probabilidad sobrevivan.

En la enfermedad no tratada aproximadamente 1/4 de los pacientes solían padecer "relapso" de infecciones secundarias (Gjestland 1955), sin embargo, hoy día esto es raro. Así mismo la incidencia total de complicaciones tardías continúa descendiendo donde se recopilan estas cifras (Kiraly y Causse 1973). El goma, que en una época fue frecuente -principalmente cuando la incidencia de la infección temprana era alta (Grin 1973)- ha desaparecido virtualmente en muchos lugares y en el Hospital St. Mary, donde se registra un 10% del total anual de casos de sífilis temprana en Inglaterra y Gales, puede transcurrir un año o más sin que se vea un caso.

Igualmente la sífilis congénita temprana se ha vuelto rara, ya que la infección en el niño se previene pre-natalmente o se cura por medio de la penicilina cuando todavía está en *el útero*.

Por otra parte, las reinfecciones por sífilis -en otro tiempo muy raras- hoy día son corrientes. En 1972 de 165 pacientes con infecciones tempranas de sífilis vistos en el St. Mary, 22 (el 13,3%) habían experimentado 26 ataques anteriores de la enfermedad en 18 oportunidades, 3 - 11 años atrás.

6.2.4 Persistencia de las formas treponémicas.

Luego de exámenes laboriosos en Francia, Collart y sus colegas (1962) encontraron formas treponémicas en los ganglios linfáticos y en el líquido espinal, tanto en conejos y humanos tratados con penicilina y que no habían sido tratados anteriormente contra la enfermedad. Luego fueron encontrados también en el humor acuoso de los pacientes con sífilis (Lawton-Smith e Israel 1967) y más recientemente en Venezuela en pacientes con pian (Lawton-Smith *et al* 1971). Solamente en pocas oportunidades estos organismos han sido implantados en los conejos (Turner *et al* 1969) pero animales a los que se les implanta material infectado pueden presentar reacciones serológicas positivas a los antígenos treponémicos, algunos de los cuales han demostrado más tarde llevar treponemas (Yobs *et al* 1968) cuyo fenómeno puede atribuirse a la ocurrencia de tales reacciones entre niños aparentemente normales en áreas del pian donde se ha logrado la casi erradicación de la enfermedad clínica temprana y aparentemente ha sido contraída por el tratamiento masivo (ver Guthe *et al* 1972).

Mientras existe cierta duda sobre el significado de estos organismos, v. g. si se derivan de la boca o de otras fuentes, persiste la posibilidad de que en realidad se trate de *T. pallidum* que no han sido alcanzados por los bajos niveles de penicilina encontrados frecuentemente en los líquidos en que ellos se hallan y en los cuales pueden haber sobrevivido en forma "L" v. g. como "protoplastos" (protoplasma) sin pared celular. Las formas "L" han sido observadas durante algunos años en cultivos de treponemas en medioambientes desfavorables de penicilina y también han sido observados en tejidos sifilíticos, bajo el microscopio electrónico (Ovcinnikov y Delektorsky 1971).

Collart y sus co-trabajadores (1971) actualmente creen que si el tratamiento con penicilina se administra durante los tres primeros meses de la infección sífilítica los treponemas desaparecen y termina la actividad persistente a la prueba TPI. En infecciones de uno o dos años de duración los treponemas se pueden encontrar aún después de la terapia con penicilina. Las pruebas de transferencia de los ganglios linfáticos son positivas en un 5% aproximadamente en estos casos y la terapia con cortisona puede activar algunas infecciones como para producir lesiones clínicas. Se ha postulado que en el período latente antes del tratamiento el huésped adquiere el poder de resistencia de forma que el parásito vegeta en un estado de comensal, pero no se puede excluir la posibilidad de que bajo condiciones biológicas desconocidas puedan recuperar su virulencia.

6.2.5 La sífilis venérea llena el vacío de la enfermedad treponémica.

En las áreas donde se ha logrado la casi total erradicación del pian por medio de las campañas masivas o por el avance de la civilización que tiene como resultado la urbanización y el uso de ropas, la inmunidad multitudinaria a la sífilis debida anteriormente al pian se ha impedido actualmente, dejando paso a la sífilis venérea. Esto ha sido reportado en Tahití (Vander Luis 1969), Samoa Occidental (Guthe *et al* 1972) y en Nueva Guinea (Rhodes y Anderson 1970; Bell 1971).

El autor ha tenido la fortuna de presenciar la situación en Nueva Guinea. Aquí la sífilis venérea se ha extendido a través del centro del país, a lo largo de la nueva autopista que se extiende desde el puerto de Lae en el este del Monte Hagen, en el Occidente de las Tierras Altas.

La sífilis no existía en esta área hace unos tres años o algo así, aun cuando prevalecía la gonorrea al igual que el pian antes de una campaña masiva en 1957. Hoy en día la sífilis es llevada por los camioneros y los denominados "pasajeros-meris" que se prostituyen en los villorios a lo largo de la ruta y con los choferes en sus viajes y demás actividades promiscuas.

La diseminación de la enfermedad entre la población local se halla en proporción con la libertad sexual pertinente en la población

local, siendo su propagación más extensiva entre los promiscuos Chimbu.

En el hombre el chancro primario se encuentra en la mitad de los casos clínicos, aun cuando muchos son atípicos. La mayoría del resto de los hombres clínicamente afectados presentan condiloma lata, algunas veces en la axila. En la mujer son frecuentes las lesiones condilomatosas secundarias, sin embargo, las lesiones primarias se observan poco. Las erupciones cutáneas secundarias se encuentran sólo ocasionalmente pero quizás éstas no sean suficiente motivo por sí solas como para que el paciente busque tratamiento. Lo mismo se aplica a los placas mucosas.

Los treponemas que se asemejan al *T. pallidum* pueden encontrarse en las lesiones. La Donovanosis (granuloma inguinal), el número de casos reportados, los cuales excedieron en un 40% a los casos de sífilis en la Papua adyacente, no deben causar confusión cuando las lesiones son extensivas pero sí cuando no se realizan pruebas "darkfield" Donovan para lúes o frotis.

Así que, incluso en la presente era del siglo XX todavía existe la posibilidad de observar la rápida "sifilización" de una comunidad susceptible.

6.3. Consecuencias del comportamiento del hombre. 6.3.1

Movimiento de la población.

Todos los treponemas han sido transportados durante las migraciones masivas (Hudson 1965) incluyendo peregrinajes religiosos (Hudson 1963) y el comercio de esclavos de Africa (Hudson 1964). El papel del marinero y el soldado en la propagación de la sífilis es tradicional y en los tiempos modernos no es menos importante la migración de personas en busca de trabajo o que huyen de la opresión y, más recientemente, la "explosión viajera" de los turistas (Guthe y Wilcox 1971).

Se estima que existen en la actualidad más de seis millones de trabajadores emigrantes solamente en Europa, de los cuales el 20 - 30% regresan a sus países cada año para luego ser reemplazados por otros reclutas. La cifra mundial de turistas para 1971 era de aproximadamente 170 millones, o sea más o menos 3/4 comprendiendo a Europa (WHO 1972). Estos movimientos y las circunstaip-

cias sociales que los acompañan hacen posible un intercambio internacional aún mayor que nunca antes de la sífilis, así como de otras enfermedades venéreas, y en el caso de los turistas para que éstos la traigan a sus hogares en los pequeños pueblos y villas.

6.3.2 Aumento de promiscuidad.

Con las mayores oportunidades que tienen los sexos para encontrarse y entrar en contacto y la eliminación de las influencias inhibitoras previas se ha presentado un incremento en la promiscuidad tanto heterosexual como homosexual. Pequeños incrementos en la promiscuidad pueden tener efectos alarmantes en grupos cerrados. En cualquier grupo "cerrado" de cualquier tamaño sólo se necesita una sola posible relación exterior para propagar la enfermedad venérea a todos. Esto puede suceder en grupos en los cuales la mitad o hasta las dos terceras partes tengan una sola pareja sexual (Willcox 1973).

6.3.3 Homosexualidad masculina.

Una característica digna de tomarse en cuenta consiste en el reciente reconocimiento de la asociación de la sífilis temprana en los hombres con la homosexualidad, particularmente en las ciudades más grandes, donde los homosexuales pueden ser responsables por la mayoría de las infecciones. Aun cuando esto pueda parecer fundamentalmente un problema de la sociedad más tolerante y la mayor promiscuidad entre los homosexuales es también al menos en parte, debido a que tales personas se sienten hoy día más libres para discutir su conducta.

La homosexualidad comprende casi el cuatro por ciento de los machos adultos y un homosexual moderadamente activo puede tener contacto con 100 hombres diferentes en un año (Gebhard 1971).

Se presume que el número de contactos diferentes por unidad de tiempo ha aumentado aun cuando no se cuenta con cifras exactas para respaldar o negar esto. Ciertamente los chancros anales constituyen reconocidamente una forma más corriente de la presencia de sífilis primaria hoy día, a pesar de que también se puede arguir que anteriormente era más fácil que pasara desapercibida.

Aun cuando algunos médicos han presentado informes relativos a la incidencia de las infecciones homosexuales existen sin embargo

pocos datos de carácter mundial. Un estudio de este tipo ha sido iniciado recientemente por el Reino Unido (Grupo de Coop. Clin. Brit. 1973) en el cual 178 clínicas y 131 pueblos y ciudades participaron y los casos incluidos comprendieron 90,0% de los totales nacionales reportados de sífilis primaria y secundaria tratada durante ese año.

De un total de 924 casos masculinos tratados, 532 se cree fueron adquiridos por heterosexualidad penil, 172 homosexualidad penil y 220 contraídos ano-rectalmente. Tenemos así que los homosexuales son responsables por el 42,4%. El porcentaje fue mayor (45,9%) en Inglaterra mientras que en Escocia y Gales fue de 13,5 y 9,5% respectivamente.

En Inglaterra, en las afueras de Londres, el porcentaje de homosexuales conocidos con sífilis primaria fue de 25,1⁰10 pero alcanzó 62,1% en 20 clínicas participantes de la capital. Cuatro de cinco homosexuales con sífilis fueron tratados a excepción de cinco clínicas en el "West End" de Londres donde se hallaba no menos del 73,3% de las infecciones en comparación con el 14,2% de las otras 15 clínicas.

Un patrón similar se observó con respecto a las infecciones gonocócicas, las que presentaron 9,8% del total y 27,6% en las cinco clínicas en el "West End" de Londres. Sin embargo, un 40% más de gonorrea se presentó en los hombres en comparación con la sífilis primaria y secundaria, representando la primera un problema numérico mayor.

Resulta difícil explicar por qué la sífilis ha proliferado más entre el macho homosexual que en la embra heterosexual (en la que el chancro puede estar oculto, v. g. en la cervix) al menos que se acepte que la mayor promiscuidad en términos de compañero sexual durante un período de tiempo ha ocurrido en los homosexuales hoy día debido a que los antiguos tabús han sido eliminados parcial o en gran parte en muchos países.

6.3.4 *Contacto sexual oral.*

La influencia de la relación sexual oral en la enfermedad venérea ha sido destacada recientemente por Pro-Jorgensen y Jensen (1971) quienes hallaron gonococos en la garganta del 6% de hombres

daneses y 6% de mujeres danesas, y por Hallgrin (1971) quien encontró que 50 de 200 pacientes suecos con gonorrea urogenital admitieron contacto oral sexual durante la relación más reciente.

Las infecciones orales de sífilis continúan siendo poco comunes. Las que se encuentran hoy día es más probable que estén asociadas con el contacto sexual oral que con los besos, considerados 25 años atrás la forma usual de su contagio. Igualmente se ha pensado que, a consecuencia de la mayor diseminación de películas pornográficas o semi-pornográficas, la práctica del coito oral se está incrementando en la sociedad occidental. Recientemente en una serie de 75 contactos femeninos de gonorrea vistos en el St. Mary, 42,4% admitieron prácticas sexuales orales con el compañero o compañeros recientemente involucrados. Sin embargo, habría que hacer notar aquí también que 20 años atrás Kensey y sus colegas (1953) encontraron que de las mujeres jóvenes que habían tenido alguna experiencia coital no extensiva 16% habían consentido en estimulación oral de los genitales masculinos al igual que el 43% de aquéllas con una experiencia más extensa. La última cifra (alcanza el 62% entre las más educadas) varía poco del 38% observado en las naciones antes de 1900.

En virtud del éxito de una película reciente en los EE.UU., se espera el informe sobre el ¡primer caso de chancro en el extremo inferior del esófago!

6.3.5 Otros factores de conducta.

Otros cambios en la presencia de la sífilis han ocurrido con las nuevas prácticas industriales y otras. Ya no se presentan chancros orales en los sopladores de vidrio aun cuando éstos eran bastante corrientes en una época (Comisión Real sobre las enfermedades venéreas 1961). Una presentación interesante constituye el caso de un chancro doble surgiendo de las heridas por vasectomía en un paciente que había cooperado en La India con un programa de esterilización y quien había pasado "una noche en la ciudad" poco tiempo después de la intervención (Bai 1973).

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se han descrito los patrones evolutivos de la treponematosis ocasionados por las circunstancias del medio-ambiente, desde

la pinta y el pian hasta la sífilis endémica y venérea. Una condición reversiva de sífilis venérea a endémica puede presentarse si se deterioran las condiciones sociales.

2. Continúan presentándose cambios en los patrones de la sífilis venérea, particularmente como resultado de la introducción de la penicilina y como consecuencia del comportamiento del hombre.

3. La forma en que actúa la penicilina y sus resultados en las diferentes etapas de la sífilis ya ha sido discutida. Se ha tomado en cuenta el significado de las formas treponémicas encontradas en la enfermedad tardía tratada, sin embargo, los resultados prácticos obtenidos en el tratamiento con la penicilina continúan siendo excelentes.

4. En los países desarrollados hoy día la sífilis aparentemente se ha ido convirtiendo en una enfermedad leve, con menores lesiones exuberantes, una incidencia menor de la antes común recaída y el goma, y una incidencia mucho más reducida de complicaciones ulteriores. Por otra parte, las reinfecciones y las infecciones ano-rectales se han vuelto más frecuentes. Un número de factores son responsables incluyendo una mejor nutrición, mejor higiene y sobre todo el descubrimiento del tratamiento con penicilina, antibiótico con el cual se espera erradicar los tipos más virulentos, dejando los más insidiosos.

5. Los patrones de conducta también han contribuido, principalmente en relación con las infecciones ano-rectales. Se han presentado informes sobre infecciones homosexuales así como por relación sexual oral.

6. Sin lugar a dudas, a medida que el hombre cambie su comportamiento y el medio-ambiente estas alteraciones se reflejarán también en los patrones de la enfermedad treponémica.

ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS TERAPEUTICOS DE LA SIFILIS

Dr. LUIS GOMEZ CARRASQUERO

La definición de sífilis hace más de 30 años aún continúa vigente, es decir: La sífilis es una enfermedad infecto-contagiosa, producida por el *Treponema pallidum*, sistémica desde el comienzo, muy crónica, con períodos más o menos cortos de latencia y períodos más o menos largos de actividad, capaz de simular a cualquier enfermedad tanto en el campo médico como el quirúrgico y tratable hasta la presunta curación i.

El *T. pallidum* puede entrar por piel macerada o mucosa sana y en ese sitio aparecer la lesión inicial (chancro), sin características clínicas específicas; es decir, cualquier lesión de la piel y/o mucosa puede ser un chancro (foto 1).

Después de un período de latencia (3-6 m.), en el paciente no tratado o con tratamiento insuficiente, aparecen las manifestaciones más variadas desde el punto de vista morfológico, en la piel, mucosas, pelos, uñas y vísceras (hepatitis, nefritis, retinitis). Es en este momento cuando solamente la suspicacia del médico puede advertir la enfermedad. En efecto, si ordena una investigación serológica (VDRL cuantitativo y FTA-Abs.) y una biopsia, confirmará el diagnóstico. Es importante recordar que la mayoría de estas lesiones son ricas en treponemas -y un examen de fondo oscuro (ultra) o la coloración específica lo ponen en evidencia sin ninguna duda.

Comentaremos algunas fotos clínicas:

Foto 2: ultra (+) confundido con dermatitis de contacto. Foto

3: ultra (+) confundido con herpes zoster. Foto 4: ultra (+)

confundido con acné.

Foto 5: ultra (+) chancro. Sólo la suspicacia clínica puede presumir un diagnóstico.



Foto. 1



Foto. 2

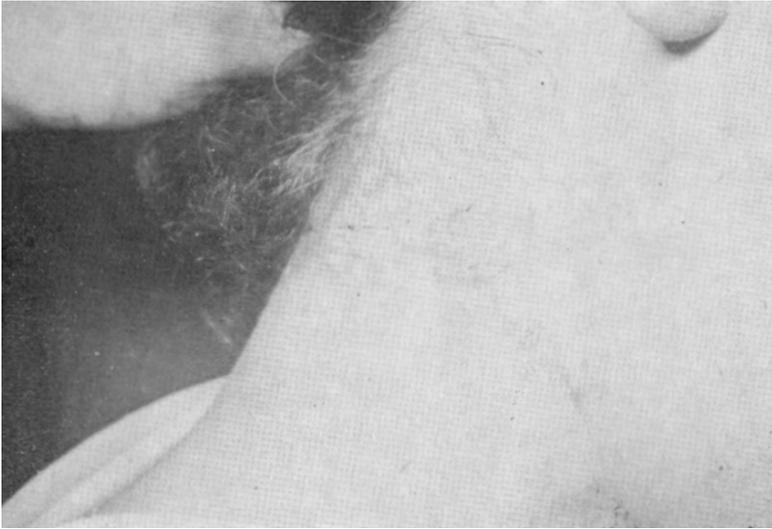


Foto. 3

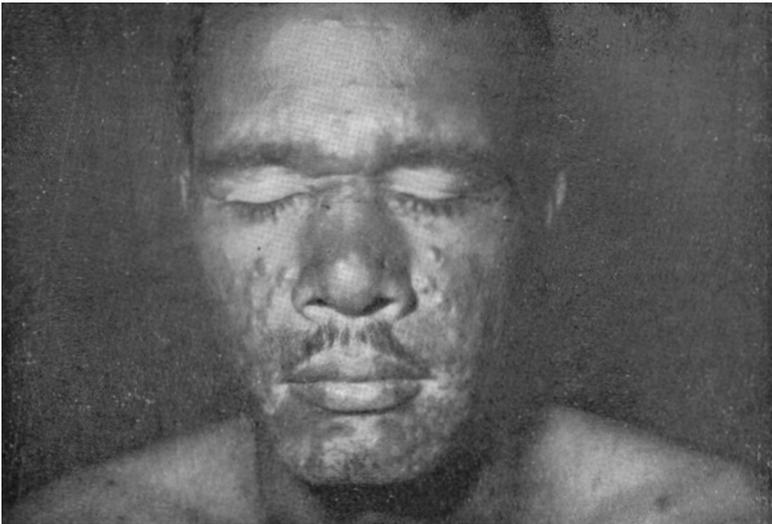


Foto. 4



Foto 5

Foto 6: Placa leucoqueratósica, sub-lingual, ultra (+). (Hacer caso omiso del tumor sobre la lengua).

Foto 7: Clínicamente parece una dermatitis crónica; pero al realizar un ultra fue positivo.

Foto 8: Nódulos, algunos con topos escamo-costrosos no pruriginosos. Estas lesiones son dolorosas a la presión y pueden orientar el diagnóstico de sífilis, Ultra (+).

Foto 9: Defluvio capilar; VDRL 32D; actualmente, la primera causa de caída del pelo de jóvenes (urbanos) comprendidos entre 15 y 37 años de edad es debida a la sífilis.

Foto 10: Ultra (+). Lesiones muy contagiosas y si son discretas y perianales confundido muy frecuentemente con hemorroides o mariscos.

Foto 11: Este paciente presentó hiperpigmentación como, única manifestación, se demostró Enfermedad de Addison y el VDRL era de 64D. Después del tratamiento comenzó a mejorar la hiperpigmen-

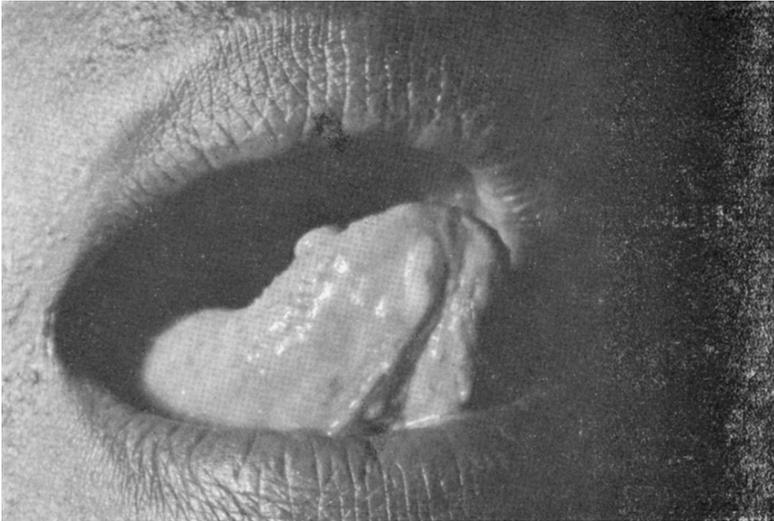


Foto. 6



Foto. 7



Foto, 8

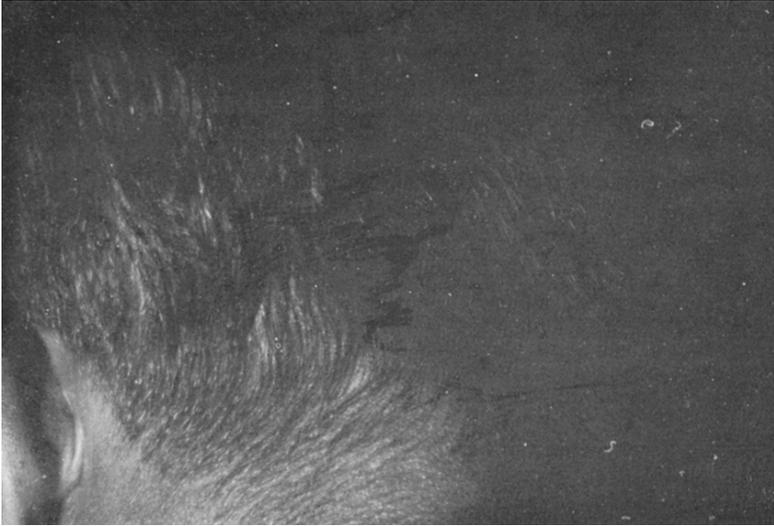


Foto. 9



Foto. 10



Foto II

tación, tratada con Doxiciclina 100 mg. BID durante 50 días. Hospitalizada durante cuatro meses para tratamiento y observación. Se presume insuficiencia suprarrenal por *T. pallidum*, además tenía una osteolisis de la bóveda craneana muy similar a la enfermedad de Paget ósea.

En relación al tratamiento comentaremos lo siguiente:

1) La Penicilina G. procaínica con monoesterato de aluminio (PAM), continúa siendo la droga de elección en el tratamiento de la sífilis. Las dosis varían de acuerdo a la experiencia del clínico, desde 6 M.U. hasta 36 M.U.

Es importante mencionar que han aparecido publicaciones (2, 3, 4) de pacientes tratados con estas dosis, aunque no se especifica si se usó PAM o penicilina Benzatínica, y aún mantenían *T. pallidum* en las lesiones.

Las dosis de PAM deben ser administradas con 48 a 72 h. de intervalo. Debe advertírsele al paciente que la primera dosis, 2,4 M.U., puede provocarle una sintomatología aguda pasajera, manifestada por cefalea, malestar general, mialgias, calofríos y exacerbación de las lesiones (Reacción de Ierxheimer) y que no debe ser confundida como reacción alérgica a la penicilina.

2) En los pacientes alérgicos a la penicilina (urticaria, inconsciencia, etc.) se deben utilizar:

a) Eritromicina: dos (2) gramos diariamente, *per os*, durante veinte (20) días consecutivos. Esta modalidad terapéutica presenta las desventajas: de ser por vía bucal, cuatro a ocho tabletas diarias durante un tiempo prolongado.

Por lo cual, el médico tratante debe advertirle al paciente -ya que de no cumplir la indicación, perdería el tratamiento. (El estearato de Eritromicina ocasiona más intolerancia gástrica que el estolato, y la Base es preferida por su desintegración en el duodeno -aunque pueda existir algún paciente que elimine (evacue) las grageas (entéricas) enteras, es decir, sin haberlas asimilado.

b) Cefaloridina: un gramo intramuscular diariamente durante veinte días. La cefaloridina puede tener reacción cruzada con la penicilina (hasta 5%) pero sería la droga de elección en pacientes con intolerancia gástrica a la eritromicina, alérgicos a la penicilina, o en aquellos quienes no puedan cumplir con la ingestión de muchas grageas diarias. Es cierto que algunas formas de eritromicina tienen una presentación en tabletas de 500 mg., así serían 4 tabletas en lugar de 8, sin embargo la intolerancia gástrica (náuseas, vómitos, "acidez", diarrea) hacen improbable a pesar de esto que el paciente continúe tomando 'as tabletas más allá de la primera semana (7 días).

c) Doxiciclina: doscientos (200) miligramos *per os*, diariamente (100 mg. c/12 h.) durante cincuenta (50) días consecutivos. Esta droga produce pocos efectos colaterales indeseables si es tomada con el estómago lleno (después de haber comido), y tiene la desventaja como todo tratamiento por vía bucal, del prolongado tiempo de ingestión (50 días) aunque son dos cápsulas, solamente, al día.

d) Oxitetraciclina: dos (2) gramos diarios *per os*, durante (30) treinta o cuarenta (40) días consecutivos. Esta droga tiene los mis-

mos inconvenientes que la eritromicina, es decir, hay que ingerir ocho (8) cápsulas al día -y sus efectos colaterales de náuseas, diarreas e intolerancia gástrica son frecuentes. No debe usarse en pacientes embarazadas.

En resumen: la droga de elección es la penicilina (no tóxica) y en los pacientes alérgicos a ella debe preferirse la eritromicina *per os*, o la cefaloridina, intramuscular. Se presume que la Doxiciclina franquea más la barrera hemato-encefálica que la penicilina, eritromicina y cefaloridina, por lo que sería preferible su uso en el tratamiento de las manifestaciones encefálicas de la sífilis.

Hasta ahora la mejor manera de conocer de la curación de un sífilítico es la reversión de la serología (VDRL y FTA-Abs.) de un paciente con chancro o secundarismo sífilítico _____después del tratamiento-. En un recién nacido sífilítico (secundarismo) o en un paciente con terciarismo, no es posible señalar en forma categórica su curación, lo mismo que en cualquier paciente que persista con serología reactiva después del tratamiento. Más aún, hay pacientes con sífilis tardía activa y con serología (VDRL y FTA-Abs.) no reactiva, de allí la validez de la definición mencionada al principio o en la frase de que la sífilis es tratable hasta la presunta curación.

ASPECTOS SEROLOGICOS DELAS REINFECCIONES TREPONEMICAS A PROPOSITO DE CINCUENTA OBSERVACIONES

Dres. A. FRIBOURG-BLANC y A. SIBOULET

Las reinfecciones treponémicas en sujetos que han presentado uno o más contagios anteriores son bien conocidas; se admite generalmente, sin embargo, que no se observan sino después de la curación clínica y serológica del primer ataque, es decir, después de la desaparición de una protección inmunitaria más definida. Esta noción de inmunidad treponémica es la base de experiencias en curso, especialmente en los EE.UU. para actualizar una vacunación contra la sífilis.

Nosotros por nuestra parte hemos adquirido la convicción de que esta inmunidad supuesta no es una regla constante y no está ligada a los anticuerpos específicos circulantes, que la persistencia de una treponematosi latente no protege contra una nueva infección, en fin, que las reacciones específicas cunatitativas permiten reconocerlas con certeza.

Al cabo de 20 años de la práctica de tests de inmovilización de treponemas, y 170.000 reacciones efectuadas, hemos podido seguir con precisión la evolución de anticuerpos en numerosos sujetos regularmente observados; después de 1960 la inmunofluorescencia ha sido agregada.

Nosotros deseamos presentarles algunas observaciones en la creencia útil de recordarles ante todo algunas nociones fundamentales:

De una parte las reacciones serológicas específicas de las treponematosi, cuando ellas son positivas en un despistaje clásico cualitativo, deben necesariamente ser objeto de una titulación cuantitativa: los títulos de anticuerpos inmovilizantes o fluorescentes y ulteriormente su evolución no pueden ser conocidos por la determinación de la dilución última del suero que da todavía reacción positiva. Por el TIT (test de inmovilización

treponémica) cualitativo por ejemplo, el título de 100% se obtiene con una concentración relativamente mínima de anticuerpos correspondientes a un título cuantitativo de 30 ó 40, aun cuando la gama de las positivities puede extenderse hasta 10.000 ó 15.000. Para emplear una comparación un tanto somera pero exacta, nadie podría medir la temperatura del agua con un termómetro cuya graduación se detuviera en 8° La mayoría de las infecciones reportadas aquí habrían escapado al diagnóstico solamente cualitativo;

- por otra parte, la evolución de los anticuerpos se inscribe constantemente en una curva descendente;
- en fin, no hemos observado jamás respuestas serológicas de revivencia treponémica en el curso de treponematoses latentes, en sujetos habiendo recibido una sola cura correcta de penicilina, aun cuando ellos guarden títulos de anticuerpos elevados y queden bajo vigilancia serológica sin tratamiento. En todas las observaciones reportadas aquí la noción de reinfección podrá ser reconocida y probada, o aparentemente probable. Una observación particularmente típica y sobre todo rica en errores e incertidumbres clínicas nos va a permitir poner en evidencia todos los aspectos del problema:

CUADRO N° 1

M. P.A.

FECHA	Bw	TIT	IF	IF	[gM
4.68	++	200	4 000		
8.68	++	150	8 000	-	
1.69	+	150	4 000	-	
4.70	+++	500	4 000	-	
5.70	++	500	8 000	-	
9.70	+++	400	8 000	-	
7.71	Tuberculosis hepática				
2.72	+++	1 500	72 000	810	
3.72	+++	2 000-	108 000	810	Ultra + + +

En marzo de 1968 un examen serológico sistemático descubre en un enfermo de 40 años una sífilis serológica. El interrogatorio permite descubrir que en junio de 1963, cinco años antes, el sujeto

fue operado de un absceso anal, acompañado de una adenopatía inginal bilateral. En el post-operatorio presentó una erupción generalizada llamada "alergia medicamentosa". Ningún examen serológico fue practicado.

El sujeto recibe en 1968 y 1969 tres series de 15 millones de penicilina y doce inyecciones de bismuto. La serología persiste horizontal, pero en abril de 1970 el título de TIT sube de una manera apreciable, sin poderse afirmar una reinfección. Por razones de seguridad, sin embargo, fueron administradas dos nuevas curas de 15 millones de penicilina.

En julio de 1971 el enfermo presentó un síndrome abdominal severo con hepatomegalia. Hospitalizado en el Hospital San Luís la laparotomía demostró la existencia de nódulos tuberculosos calcificados. Una investigación ulterior (marzo de 1962) de inmunofluorescencia en los cortes de los nódulos y ganglios no demostró ningún treponema.

Un control serológico fue practicado en 1972 y mostró un alza bien definida de los títulos, muy significativa de una reinfección, y apoyada por un título elevado de anticuerpos de IgM en la inmunofluorescencia. El examen sistemático de una pápula congestiva de la punta de la nariz puso en evidencia al examen ultramicroscópico de numerosos treponemas. El enfermo reconoció una posible reinfección, al ser interrogado. Esta observación es suficiente para demostrar la posibilidad de reinfección en el curso de una treponematosi latente.

De una manera general estas reinfecciones se pueden dividir en tres grupos, a saber:

- 1) *Sujetos serológicamente negativos.* Estos casos son bastante frecuentes. La reinfección podría ser observada tanto por lesiones clínicas clásicas como por medio de un examen serológico. Dos sujetos han presentado, de esta manera, tres sífilis primarias consecutivas, sin consecuencias serológicas de importancia.
- 2) *Sujetos que no guardan sino una débil reacción positiva después de su primera infección.* Hemos recopilado una docena de casos en la primera parte de la diapositiva pro

yectada. Treinta y una observaciones se reportan sucesivamente sobre la línea abscisa. El título de los anticuerpos se indica en línea ordenada siguiendo una escala logarítmica. Las sensibilidades de las tres reacciones son muy diferentes, hemos utilizado escalas adaptadas de manera de obtener títulos que restablecen las curvas a un mismo nivel sobre el cuadro: Se puede considerar que la TIT es 20 veces más sensible que las reacciones de cardiolipina y la IF es 10 veces más sensible que la TIT y 200 veces más que el V.D.R.L.

Una primera línea punteada, paralela a la línea de las abscisas marca el nivel en un ciento por ciento del TIT cualitativo, que corresponde al título cuantitativo 30. Una segunda línea punteada, a nivel del título de TIT 500 marca el límite superior generalmente observando en el curso de las treponematosi latentes, ello es igualmente válido para el IF (inmunofluorescencia), pero no para el V.D.R.L., cuya línea debería estar por debajo de la primera o segunda dilución.

Para cada observación las variaciones de los títulos de los diferentes anticuerpos con algunos meses de intervalo, son representadas por líneas verticales: En línea llena para el TIT, en línea interrumpida para el IF, y en línea punteada para el V.D.R.L. El límite inferior de estos trazados indica el título de estos anticuerpos al primer examen, el límite superior indica los títulos obtenidos en el examen siguiente: La longitud de estos trazados define la variación observada; se constata inmediatamente en todos estos casos cómo la longitud de estos trazados sobrepasa considerablemente al tratado de ferencia.

El ascenso brusco de todos los anticuerpos es constante y significativo y particularmente neto para la IF.

3) *Sujetos que conservan títulos de treponematosi latente media o muy elevada.*

Observaciones 10 al 31. Los títulos observados llegan raramente a alcanzar los de las primoinfecciones, y son, gene-

ralmente idénticos a los observados en las encefalitis evolutivas. Nos ha impresionado mucho particularmente la intensidad del ascenso de los anticuerpos inmovilizantes donde el nivel relativo sobrepasa frecuentemente al del IF (casos 14, 16, 19, 21, 24 y 31). Ninguna explicación puede ser debida a este fenómeno. Los títulos de anticuerpos inmovilizantes y fluorescentes son siempre superiores a aquellos que han sido observados para cada sujeto en el período florido de su primera infección. Los niveles alcanzados en el curso de las contaminaciones son muy elevados y no se observan, generalmente, en las contaminaciones únicas sino en caso de meningoencefalitis treponémica evolutiva.

La serología cardiolítica se hace constantemente fuertemente positiva sin que el ascenso sea verdaderamente importante. Queda sin embargo un factor importante de diagnóstico de la reinfección, pero se conoce la posibilidad de fluctuaciones cardiolíticas en el curso de las treponemosis latentes.

Hacemos hincapié en que la mayoría de estas observaciones han podido escapar al diagnóstico si nos hubiésemos limitado a reacciones cualitativas, puesto que el TIT cualitativo era de 100% y el IF fuertemente positivo a los exámenes de rutina anteriores a la reinfección.

CONCLUSIONES

El problema de la inmunidad treponémica no está todavía resuelto. Algunas observaciones reportadas muestran que ciertos sujetos conservan una treponemosis latente pudiéndose reinfectar y también presentar manifestaciones clínicas clásicas. La esperanza de una inmunización por vacunación debe ser tomada con cautela, tanto más cuando el aporte de los anticuerpos vaccinales corren el riesgo de complicar seriamente el estudio de exámenes serológicos en sujetos sospechosos de una infección treponémica.

LA SÍFILIS, PROBLEMAS QUE PLANTEA EN LA ACTUALIDAD

Dr. RAFAEL MEDINA

La sífilis, enfermedad muy antigua, de origen desconocido, ha venido siendo objeto de grandes preocupaciones en muchas áreas del mundo. Su incidencia ha sido curiosa. En algunas oportunidades las alzas o las declinaciones no han tenido una explicación satisfactoria, en otras, han sido muy claros los factores que la han frenado o han estimulado su crecimiento.

En la mayoría de los países que disponen de efectivos recursos para evaluar su incidencia, la afección se mantiene actualmente en niveles altos o da muestras de crecer. Las causas determinantes de este incremento han venido siendo cuidadosamente analizadas en reuniones médico-sanitarias, promovidas especialmente por la Organización Mundial de la Salud. Entre los motivos de mayor fuerza figuran el insólito crecimiento de la población con la consecuencial presencia de un número grande de jóvenes susceptibles de adquirir la infección sifilítica y en esta gran masa humana, las relaciones sexuales se inician a edades muy tempranas. Por otra parte ha aumentado también el peligro de contaminación en edades avanzadas, dadas las conquistas de salud logradas en la prolongación de la vida y el mantenimiento de actividades físicas. A este respecto y en fecha reciente, presentamos en una reunión del Instituto Nacional de Venereología un grupo de niños menores de 14 años y otro de adultos, con edades entre 60 y 70 años, todos portadores de chancros sifilíticos.

Crece la población y los avances tecnológicos facilitan extraordinariamente el traslado del hombre por todas las vías, de los campos a las ciudades y viceversa, entre las ciudades de un mismo Continente y entre diversos Continentes y esto hace que la sífilis se difunda profusamente. Hay países que exportan, por así decirlo, y otros que importan indirectamente las enfermedades venéreas. En Inglaterra, según informe publicado por el Dr. Willcox, aquí presente, el

50% de los casos de blenorragia y el 40% de sífilis contagiante de varones inscritos en 1966, eran inmigrantes.

Como muestra de la rapidez de diseminación podría referir un caso, entresacado del grupo de individuos que inscribimos con enfermedades venéreas venidos del exterior, que es el de un joven que recibió su doctorado en una Universidad de Roma, de seguidas realiza una visita a Estambul donde contrae blenorragia, regresa a Roma e infecta a su novia, compañera de estudios, viaja de inmediato a Caracas y contamina a una antigua amiga; todo el proceso ocurrió en 7 días; es decir, que en el curso de una semana, la misma cepa de gonococos proliferaba en 3 Continentes.

Crece la población y aparecen cambios profundos en las costumbres sociales, se relaja el ordenamiento familiar, surgen curiosos criterios sobre la sexualidad la cual llega a ser desfigurada y explotada a través de las más diversas modalidades de difusión y en medio del alarmante intento de comercializar todas las actividades humanas, se agiganta el problema de la prostitución, tanto la abierta como la clandestina, la cual, junto con la homosexualidad, también en ascenso, constituyen las fuentes básicas de la sífilis y las otras venéreas.

Los motivos referidos han determinado en el curso del último decenio un aumento marcado de la sífilis la cual ha llegado a constituir un auténtico problema de Salud Pública Internacional, que en realidad debe ser más gigante por cuanto no se está estimando correctamente su incidencia, como puede deducirse de los cuadros estadísticos publicados por muchos países donde no se dispone de suficientes y adecuados Servicios para establecer el diagnóstico y la investigación de contactos apenas se efectúa o no se practica. En Venezuela, donde contamos desde hace algunos años con ciertos recursos, prevalece el criterio de que por cada caso de sífilis reciente que se inscribe, se nos escapan 4 a 6. En los Estados Unidos de Norte América, según un último informe, 5 a 20% de los contactos referidos por los pacientes que consultan con lesiones contagiantes, presentan sífilis a los 3 meses siguientes si no son tratados.

Pasaré de inmediato a comentar de manera muy resumida, tocando, digámoslo así, dado el tiempo disponible, algunos aspectos que en la actualidad se plantean, derivados de los avances técnicos

logrados en fecha más o menos reciente y específicamente en relación con el diagnóstico de la enfermedad, la inmunología, su relación con otras treponemosis, el tratamiento y los criterios de curación. Ojala algunos de estos puntos sean motivo de discusión por los distinguidos asistentes.

Diagnóstico. Se ha progresado bastante en el diagnóstico serológico de la sífilis. Dos reacciones: la de inmovilización del treponema y la de inmunofluorescencia-absorción han marcado un significativo avance. Es llamativo el grado de especialidad de las fracciones globulínicas que se detectan con ellas. El concepto de muchos especialistas en la materia es que quien presente estas reacciones francamente reactivas, sin haber recibido tratamiento, está contaminado con sífilis, buba o carate. Con ellas prácticamente han sido reducidas al mínimum las llamadas falsas biológicas reactivas.

Otro adelanto logrado ha sido el diagnóstico serológico preciso de la sífilis congénita logrado por la demostración de la fracción inmunoglobulínica M, la cual no pasa de la madre al feto, como es el caso de las fracciones G y A. En la mayoría de los recién nacidos realmente contaminados, esta inmunoglobulina está presente y ello permite aplicar de inmediato el tratamiento. La técnica para evidenciar dicha fracción es una variante de la R. de inmunofluorescencia-absorción.

Adelantos en el estudio del treponema Pallidum. Se han obtenido progresos de gran alcance en el conocimiento del agente causal de la sífilis.

El estudio del germen al microscopio electrónico ha permitido analizar mejor su estructura. De mucho valor han sido los trabajos de Abe, Ouccinnikov, Delektorskij y Goldman, los cuales han demostrado la existencia de una cápsula o membrana, de un citoplasma con inclusión de gránulos basales y ribosomas, un aparato fibrilar dispuesto en haces y una vacuola nuclear. Igualmente han encontrado formas quísticas que pueden ser interpretadas como una modalidad de supervivencia o inclusive de multiplicación. El estudio de treponemas en cultivo, al cual se había añadido penicilina, mostró formas "L" las cuales recobraron su aspecto inicial al ser suspendido el antibiótico.

Al microscopio electrónico se ha podido también evidenciar, en material tomado de chancros sífilíticos humanos y de testículos de conejos infectados experimentalmente, treponemas en el citoplasma de neutrófilos y plasmocitos y en el interior de células del tejido conjuntivo endotelial y perivascular. Como siempre se han considerado los treponemas como gérmenes de vida extracelular, en la actualidad se discute si estas últimas referencias corresponden a una penetración activa efectuada en circunstancias muy especiales o si representan un aspecto de simple macrofagismo.

Se han mejorado las técnicas de tinción e impregnación y al respecto es conveniente recordar las valiosas contribuciones de Israel y Kasuke Ito. La tinción inmunofluorescente ha demostrado ser un recurso magnífico por su especificidad, pues permite identificar los treponemas realmente patógenos y desechar los no virulentos y otros organismos espiroquetales.

En fecha muy reciente se ha informado sobre la técnica para concentrar los gérmenes en material sanguíneo, en el humor acuoso y en el líquido cefalo-raquídeo, donde son difíciles de evidenciar, dado su escaso número.

Lamentablemente, al lado de estas conquistas, permanecen completamente desconocidos aspectos estimados de primer orden, figurando entre otros la ausencia de un medio de cultivo que permita al treponema mantener su virulencia, la ignorancia respecto a su manera de defenderse, el mecanismo de acción de los anticuerpos y los factores que lo inducen a entrar en latencia.

Relación de la sífilis con otras treponematoses humanas. En los últimos años, este aspecto ha recobrado gran interés debido a la creciente preocupación por aclarar parte de las interrogantes inmunológicas y en base a los adelantos técnicos adquiridos.

La sífilis, al igual que el pián y la pinta, son enfermedades consideradas como exclusivas del género humano y cuyos agentes, aunque indistinguibles desde el punto de vista morfológico y de los anticuerpos serológicos a que dan origen, se los estima completamente distintos en la manera de comportarse en el hombre y en los diferentes animales de experimentación. Ha sido aceptado como clásico, el criterio de que el treponema *Carateum* limita su acción a la piel, el treponema *Pertenue* incluye en su radio de actividades

la piel, huesos y articulaciones y el treponema Pallidum es el único que tiene capacidad para invadir cualquier clase de tejido y consecuentemente alterarlos.

Vamos a hacer referencia a dos hallazgos informados recientemente en relación a la admitida exclusividad de los treponemas y a la selectividad de su acción orgánica.

Uno de ellos, ha sido la demostración hecha por los Dres. Fribourg-Blanc y Mollaret en 1966, de treponemas en ganglios linfáticos de monos cinocéfalos del género Papió en la región africana de Guinea, los cuales presentaban reacciones serológicas reactivas y más luego, la comunicación de Baylet, Thivolet, Sepetjian y colaboradores, respecto al encuentro de abundantes treponemas en lesiones cutáneas pápulo-escamosas en la misma clase de monos capturados en Senegal. La infección se logró pasar a hámsters y de seguida fue asignada por la OMS para su estudio a diversos Centros de Investigación, entre ellos el Instituto Nacional de Venereología de Venezuela. En nuestro Departamento, la cepa ha sido probada en ratones, hámsters, acures, conejos, monos diversos e inclusive en un grupo de voluntarios humanos y en el curso del tiempo, los treponemas de los simios han venido produciendo alteraciones clínicas, histopatológicas y serológicas muy similares a las originadas por el treponema Pertenué. Los resultados obtenidos obligan a formular nuevamente la pregunta: ¿será la buba en realidad una infección específica del hombre o constituye una enfermedad primitiva del mono que luego pasó a los humanos, cual es el caso de otras afecciones como la enfermedad de Chagas, el Kala-azar, etc. La respuesta, en el caso de que se llegara a demostrar que es una antropo-zoonosis, llevaría igualmente a considerar el origen animal de la sífilis y el carate.

El otro hallazgo fue la comprobación por Lawton Smith y colaboradores, de treponemas en el humor acuoso de una antigua piánica que presentaba alteraciones retinianas, los cuales mostraron gran afinidad tintorial con los métodos de impregnación inmunofluorescentes. El trabajo se llevó a efecto en Caracas en 1971, en un grupo seleccionado de pacientes traídos de áreas endémicas de buba, en los cuales rigurosamente fue excluida la posibilidad de infección sifilítica concomitante. Esta última investigación ha creado una' curio

sidad grande por demostrar si los treponemas encontrados en los piánicos a nivel ocular tienen acción patógena y también ha inducido a esforzarse por identificarlos en otros órganos.

Tratamiento de la sífilis. Todos estamos en conocimiento de la revolución ocurrida con el uso de la penicilina en el tratamiento de la sífilis. Pocas veces se ha presenciado en la historia de la terapéutica un acontecimiento tan asombroso. El balance recientemente hecho por los Dres. Idsoe, Guthe y Willcox, con motivo de cumplirse 30 años del tratamiento de la sífilis y de otras treponematosís con este antibiótico, es un documento muy valioso. Hasta la hora actual la penicilina continúa siendo la droga antisifilítica por excelencia. Con ella se alcanza casi un 100% de curación cuando se administra en la etapa reciente y se logra también la prevención de la sífilis congénita en la misma proporción, aplicada a las embarazadas enfermas. Cuando no es posible utilizarla debido a problemas de sensibilidad presentadas por algunos enfermos, hay que recurrir a otros antibióticos. Lamentablemente todos los utilizados hasta el presente, han resultado muy inferiores comparados con ella.

Criterios de curación. El criterio de curación, desde un punto de vista estrictamente biológico se fundamenta en la no reactivación de las reacciones de inmovilización o de inmunofluorescencia y en la pérdida de los anticuerpos tisulares cutáneos. En el sentido microbiológico e inmunológico, la mejor demostración de que un sifilítico, tratado realmente se ha curado, es cuando es capaz de reinfectarse y la nueva infección se traduce por un chancro donde se comprueban treponemas.

Están en pie dos interrogantes: 1º, ¿será posible la curación definitiva de la sífilis, cuando el tratamiento se aplica después de los 2 ó 3 años de adquirida la enfermedad?; 2º, ¿la persistencia de una reactividad franca en las R. de inmunofluorescencia o de inmovilización en sifilíticos tratados, es porque no se han curado? Estos dos puntos son motivos de controversias en la actualidad entre los investigadores. Para algunos sifilógrafos, la penicilina administrada después de los 2 años, al igual que en la fase temprana, produce excelentes resultados, en el sentido de que si la infección está latente así seguirá manteniéndose en la mayoría de los casos y si el paciente es tratado cuando ya presenta una complicación orgánica, ésta, muchas

veces mejorará o por lo menos detendrá su evolución. Para otros, el criterio es distinto y al respecto han venido apareciendo publicaciones donde se relatan reviviscencias, traducidas por alteraciones generalmente del tipo neurooftalmológico, de procesos sifilíticos que permanecieron dormidos por tiempo más o menos largo después de la terapia penicilínica. En referencia a este aspecto tan interesante, han sido de suma trascendencia los trabajos de Collart, Durel, Lawton Smith, Israel, Yobs, Goldman, Boncinelli, Girard y otros, quienes han demostrado la presencia de treponemas virulentos a nivel de ganglios linfáticos, líquido cefalo-raquídeo, humor acuoso, hígado y paredes arteriales, en un apreciable número de sifilíticos tratados con altas dosis de penicilina. Estas investigaciones plantean en forma muy seria la necesidad de analizar o reconsiderar los criterios de curación de la enfermedad.

Con respecto a la persistencia de la reactividad serológica, también existen diferentes interpretaciones. Para unos, la presencia de los anticuerpos antitreponémicos no es constancia absoluta de que el germen existe, debido a que los linfocitos podrían heredar la propiedad de estimular su formación. El concepto de otros trabajadores y entre ellos las últimas indagaciones de Miller y colaboradores en esta materia, es que la constatación de ciertas fracciones globulínicas, especialmente las del tipo M a niveles altos, demostradas por inmunofluorescencia e inmovilización, están en estrecha relación con la supervivencia de treponemas en cualquier sitio del organismo, aún en condiciones de marcada latencia. Por nuestra parte, desde hace años venimos probando el comportamiento de centenares de sifilíticos tratados y que permanecían reactivos, frente a la inoculación con diversas cepas de *T. pertenue*; prácticamente en ninguno se logró la infección, por lo cual estimamos que mantenían suficientes anticuerpos tisulares cutáneos y que su estado era de premonición y por consiguiente no estaban curados.

Cómo podemos actualmente enfrentar el grave problema de la sífilis? Para la prostitución, que es su fuente máxima, no se dispone, a nuestra manera de ver, de ninguna solución que permita, en los países en que rigen ciertas libertades, frenarla y reducirla a cifras bajas. Las esperanzas de lucha se fundamentan en el estímulo, el incremento y el subsidio que se preste a las actividades de investiga

ción, especialmente las que conciernen a la inmunología y se pueda disponer en un futuro próximo de los efectivos recursos de protección, como es la ansiada vacuna. Mientras tanto, la conducta correcta de los países en los cuales la sífilis impera, es poner en ejercicio los conocimientos adquiridos y que consisten en: la creación de Servicios Antivenéreos en número suficiente y bien distribuidos, donde se efectúe el diagnóstico oportuno y se aplique de inmediato el tratamiento, se disponga de gente entrenada con facilidades de transporte, para que se realice con agilidad la investigación de los contactos, lo cual es fundamental en las Campañas Antivenéreas y mantener informados a intervalos regulares y a través de los diversos medios de comunicación a todos los grupos sociales, especialmente los jóvenes, sobre un punto concreto que es la conveniencia de consultar al médico y no medicarse, cuando tengan la mínima sospecha de encontrarse enfermos. Todas estas actividades deberán estar integralmente en manos de un personal seleccionado, que conozca a fondo esta clase de enfermedades y sobre todo, que tenga un incentivo para dedicarse por entero a luchar contra ellas.

PONENCIA SIFILIS

DISCUSION

Dr. RAFAEL MEDINA

Hemos oído las interesantes exposiciones hechas por los distinguidos colegas aquí presentes. No hay duda de que las enfermedades venéreas y específicamente la sífilis es un tema de gran preocupación internacional, dados los estragos orgánicos que a todas las edades produce, las dificultades que existen para desenmascararla en muchos pacientes, la inseguridad en lograr una auténtica curación cuando no es tratada en su fase reciente y el no disponer de ningún recurso profiláctico.

Entraremos ahora a someter a discusión los trabajos presentados.

Dr. RAFAEL ANDRADE

En realidad es muy interesante que todos estos tipos de problemas sífilo-venereológicos vengan a la actualidad porque nosotros sabemos como en parte se ha abandonado la enseñanza de la venereología y al mismo tiempo quisiera preguntar a los colegas presentes: ¿debería ser una cosa obligatoria practicar la serología y que fuera más sistemática en los hospitales?, porque en realidad inclusive en los Servicios Dermatológicos no se hace como se hacía antes de la época de la penicilina, que era automática, la serología. Si en realidad, como decía el Dr. Medina, es posible en los hospitales hacer serología de rutina tanto el VDRL como otras más precisas, ¿cómo es la inmunofluorescencia?

Dr. R. WILLCOX

Respondo al Dr. Andrade: realmente es un problema complejo; nos preguntamos si la serología debe ser practicada en grupos y en forma rutinaria y cuál sería el rendimiento posible que se tenga con esto.

Dr. RAIMUNDO MARTINS CASTRO

Yo no soy un experto en enfermedades venéreas, pero me parece que estos puntos son extremadamente interesantes; el primer punto

muy importante para las Escuelas Médicas a fin de enseñar a los estudiantes a volver a pensar en sífilis. En esta oportunidad oímos al Dr. Gómez Carrasquero, dermatólogo, exponer las dificultades que tuvo en diagnosticar algunos casos de sífilis; ahora cómo podrán los pediatras, los neurólogos, los cardiólogos, diagnosticar sífilis? Hay que volver a aprender a diagnosticar sífilis como en el inicio de este siglo.

En el segundo punto me parece también importante ya que el Dr. Andrade dice de hacer las encuestas serológicas a la "larga", tal vez sólo con el VDRL y al respecto podríamos tomar como ejemplo paralelo la tuberculosis. En mi país se puede decir, a cualquier candidato a examinar, a cualquier estudiante que va a ingresar a la Universidad, a cualquier profesor, a cualquier médico, que tiene que tomar una vez al año una placa de Rx de tórax para ver si su paciente tiene alguna enfermedad pulmonar. Con estas prácticas se descartaron muchas tuberculosis, muchas paracoccidiodomicosis, muchos casos de cardiopatías y de otras enfermedades torácicas; verdaderamente creo que un VDRL bien hecho es suficiente, es una reacción barata y que aquellos casos positivos serán más exhaustivamente investigados.

Dr. Andrade, la combinación del VDRL y la inmunofluorescencia creo que en realidad sería ideal para un despistaje preciso de la enfermedad sífilítica.

Dr. RAFAEL MEDINA

El Dr. Alarcón va a complementar la respuesta.

Dr. CARLOS J. ALARCON

Quisiera informar al Dr. Andrade que en Venezuela se han hecho desde hace muchos años reacciones serológicas en todos los individuos que van a solicitar un Certificado de Salud en los Servicios de Sanidad y especialmente en los Servicios Dermatológicos, por lo menos en el Hospital Universitario, hacemos de rutina VDRL, el cual consideramos nosotros que es suficiente en 95% de los casos para ayudar al diagnóstico de la sífilis siempre y cuando sea bien hecho y dejar la inmunofluorescencia para los casos de difícil diagnóstico. Nosotros creemos hoy en día, que en toda dermatosis, dado el polimorfismo de las lesiones de secundarismo sífilítico se debe hacer sistemáticamente una reacción serológica o un VDRL y en los casos difíciles hacer una inmunofluorescencia.

Dr. SIBOULET

.....
Dr. R. R. WILLCOX

.....
Dr. MAURICIO GOIHMAN

Yo creo que una de las cosas importantes de este tipo de reunión, no solamente es la exposición de hechos o posibilidades concretas actuales, sino de la opinión de un grupo de personas acerca de las rutas y vías que van a seguir la investigación y el avance en un campo determinado. Quisiera plantear, quizás como abogado del diablo, la duda acerca de la real utilidad de una eventual vacuna antisifilítica, creo que el Dr. Siboulet tocó eso en su exposición; ¿dónde son útiles las vacunas? Las vacunas son útiles donde hay afecciones que no tienen un tratamiento fácil o que el tratamiento fácil puede perder su eficacia como es el caso de la gonorrea, donde las maneras de adquirir esa afección son verdaderamente variadas, donde la incidencia de la afección es muy elevada realmente y donde existe un porcentaje relativamente elevado de fracasos. Hay enfermedades venéreas donde realmente una vacuna sería muy útil; la blenorragia sería una de ellas, no tanto la sífilis. Una vacunación determinada destruiría una de las mejores armas para el diagnóstico que se posee, al menos para la medida actual que es la serología. Nunca podría pensarse que la vacuna diera un porcentaje de protección que sea 100% y digo difícilmente porque las afecciones que tienen la historia natural como la sífilis, como es la tuberculosis y otros tipos de afecciones de esta categoría, las vacunaciones por lo general no dan un grado de protección que se aproxime al 100%. Creo que la vacunación es muy importante desde el punto de vista del conocimiento, quizás para el uso de poblaciones sumamente expuestas, algo así como la vacuna antirrábica, pero que los esfuerzos más grandes en sífilis deberían dirigirse o bien por la misma ruta epidemiológica o mejor todavía junto con ésta con el uso de terapias que no tengan los inconvenientes de la penicilina; no necesariamente la última palabra en terapéutica es la penicilina, eventuales terapias no alergizantes o menos alergizantes o que pudieran administrarse por vía oral efectivamente, deberían ser quizás y eso lo planteo de una manera no conflictiva ni mucho menos, motivo de énfasis en el estudio; quisiera oír la opinión de la mesa a ese respecto.

Dr. RAFAEL MEDINA

El argumento expuesto por el Dr. Gohman es de índole indudablemente personal, compara la sífilis con otras enfermedades, la gravedad de otras afecciones, los medios en que se desarrolla, los recursos para luchar contra ella, etc., etc. Sin embargo este punto ha sido discutido en otras oportunidades, en otras reuniones y realmente los que están frente al problema de la sífilis, de las complicaciones neurológicas y oftalmológicas que se están encontrando con mayor frecuencia y a edades tempranas según informaciones del doctor Smith y su grupo de Miami, creemos que si hubiera podido protegerse con antelación las madres y los jóvenes, no se plantearían estas impresionantes alteraciones. Cuando vemos la dificultad de captar realmente y por diversos motivos la sífilis temprana, cuando vemos la cantidad de gente que se nos escapa en el tiempo en que puede ser tratada, cuando vemos en los Servicios Médicos multitud de consultantes de todas las edades y de todos los grupos sociales con sífilis, pero sabemos que es una pequeña muestra de lo que realmente está ocurriendo, entonces el criterio que existe es que vale la pena hacer un esfuerzo por disponer de un medio profiláctico de defensa con sus porcentajes lógicos de fracasos, digamos así, pero que puede disminuir en un número estimable hasta cierto punto, los peligros en el futuro de estos jóvenes. Este es nuestro criterio.

Dr. R. R. WILLCOX

El Dr. Medina ha puesto el dedo en la llaga. La posición actual con respecto a las enfermedades venéreas, el progreso ha sido un poco menor, por lo menos con respecto a sífilis que no con respecto a la gonorrea.

Dr. GARCIA MACHADO

Como internista preocupado por el problema de la sífilis he tenido tropiezos de encontrar que diferentes publicaciones serias de diferentes investigadores en diversos países tienen esquemas terapéuticos que difieren. Tengo conocimiento de que publicaciones serias en este país tienen esquemas posológicos que están en desacuerdo con aquel que pregonan nuestras autoridades; en este sentido quisiera que el Presidium que orientara, probablemente algún otro de los asistentes en cuanto a sus recomendaciones en este sentido. Gracias.

Dr. LUIS GOMEZ CARRASQUERO

En relación a la terapéutica de la sífilis es interesante que probablemente sea por desconocimiento del médico en reconocer a la misma enfermedad y lamentablemente en el momento en que la descubre ya ha pasado tanto tiempo que la terapéutica falla. Es la opinión general que un individuo tratado en secundarismo sífilítico puede su VDRL ser negativo en 98 % de los pacientes al final del segundo año, lo que quiere decir que queda un residuo de 2% con VDRL reactivo, serán curados estos pacientes o no? Nosotros en el Dispensario Antivenéreo de Petare en Caracas, desde hace 15 años hemos ensayado tres esquemas terapéuticos con miras a reducir el tiempo de observación del VDRL no reactivo después del tratamiento; hemos encontrado que en la actualidad 7,2 millones de unidades de penicilina con monoesterato de aluminio de la Casa Hoesth Remedía de Venezuela, y esto tiene su importancia saberlo (lo explicaré después), son eficaces en el tratamiento de la sífilis primaria, chancro con O negatividad de VDRL cuantitativo entre el octavo y los doce meses post tratamiento en el 100% de los pacientes y en los pacientes con secundarismo sífilítico el VDRL se hace negativo con esta dosis de 7,2 millones de unidades en un período que varía desde los 16 a 18 meses post tratamiento en un 90% de los mismos. Decía penicilina con monoesterato de aluminio de la Casa Hoesth Remedía porque la misma inquietud que ha presentado el doctor que hace la pregunta se me ha presentado en el sentido de que en Sur América usan penicilina benzatínica, en el Norte de América muchos también usan benzatínica; en Francia usan monoesterato de aluminio; nosotros, la experiencia que hemos tenido es usando penicilina procaínica con monoesterato de aluminio de la Casa Hoesth Remedía; me preguntaba yo si es que la variabilidad en la fabricación de las penicilinas no tendrá importancia en la efectividad terapéutica real sobre el *treponema pallidum*. Por eso nuestra experiencia se basa específicamente en el uso de este tipo de penicilina, aumentando las dosis de 4,8 al inicio a 6 millones y ahora 7,2 millones de U. de penicilina.

Dr. RAFAEL MEDINA

Para complementar la pregunta del Dr. García Machado en el sentido de que si están bien estudiados los esquemas en el, tratamiento de la sífilis y hasta dónde es posible decir esto. En grandes

grupos de sífilíticos observados en diferentes países de Europa, Asia y América se ha adoptado el esquema de penicilina procaínica con monoeste_rato de aluminio, el clásico Pam y la penicilina benzatínica como los dos tipos de penicilina aplicables al tratamiento de la sífilis. 4.800.000 unidades a 6.000.000 de unidades es la cifra por excelencia útil en la sífilis reciente con la cual se logra casi el 100% de curación y para la sífilis tardía latente el esquema de 8.000.000 y cuando existen complicaciones se eleva a 10 ó 12 millones. Innumerables trabajos han demostrado que más de esta cantidad realmente no beneficia en nada al paciente.

Dr. RIZQUEZ IRIBARREN

Quisiera insistir aquí como higienista, en algunos aspectos de la serie de cuadros presentados por el Dr. Alarcón con respecto a la sífilis en Venezuela. Si la cifra absoluta de año por año no tiene un valor completamente exacto, es indiscutible que una serie cronológica de 27 años sí revela una tendencia sumamente importante; creo que es una de las pocas enfermedades en Venezuela en que el mismo departamento, prácticamente las mismas personas, pueden presentar una serie de este tipo. Esta consistencia de la cifra nos obliga a darle importancia para destacar varios hechos: en primer lugar coincide Venezuela con el aumento de la sífilis a partir de la década del 50, como sucede en todos los países del mundo; ya no existen países escandinavos con muy poca sífilis o países socialistas con muy poca sífilis. En uno de los gráficos que presentó el Dr. Willcox están países como Suecia, Dinamarca, Polonia, es decir, países de todas partes del mundo, con un gran aumento de la ' sífilis. Si nosotros vamos a compararnos con algún país, por ejemplo, si tomamos las cifras de los Estados Unidos hace 20 años y encontramos por ejemplo que la tasa por 100.000 habitantes para sífilis de todas formas en los Estados Unidos era de 155, en Venezuela es de 329; pero si buscamos el año 72, encontramos que es 107 en 42; es decir, en ambos países ha disminuido prácticamente a la misma velocidad. 20 años después observamos la misma media que teníamos hace 20 años con los Estados Unidos. Hay una cosa sumamente grave en esto: en primer lugar que la sífilis de la zona metropolitana de Venezuela, como dijo el Dr. Alarcón, es el mejor indicativo de la incidencia de sífilis en Venezuela, esto es perfectamente comprensible por las razones de Alarcón; entonces tenemos vez y media más sífilis en la zona metropolitana que en el resto de

Venezuela. Ahora bien, hay dos problemas sumamente graves: en la zona metropolitana tenemos que las tasas que habían llegado en el quinquenio 58-62 a 89, están estabilizadas en 140-138 en los dos últimos quinquenios. La sífilis adquirida reciente y más grave aún, la sífilis congénita prácticamente se ha duplicado, por más que las cifras sean pequeñas y tengan una variación tan grande. Entonces nosotros tenemos como indicación venezolana la cifra de la zona metropolitana, como problema, la sífilis adquirida reciente y la sífilis congénita y creo también en la observación que decía el Dr. Medina que no se debe seguir hablando de prostitución en la sífilis, el problema de la sífilis es un problema de promiscuidad. Si se llega a una promiscuidad contra natura por más que esa promiscuidad contra natura exista más en los países civilizados y haya tenido grandes épocas en la historia, en que la promiscuidad contra natura era prácticamente normal, de todas maneras creo que si existe un problema de promiscuidad, existe una gran posibilidad y una gran necesidad de una vacuna precisamente para identificar los sectores promiscuos y aplicar esa vacuna en los sectores promiscuos. Muchas gracias por su atención.

Dr. RODRIGUEZ GARCILAZO

Quería intervenir para lo siguiente: en el ejercicio privado hace años tuve una serie de inconvenientes con Laboratorios de Clínicas muy afamadas de Caracas. El problema es el siguiente: pacientes insospechables de sífilis querían hacerse un chequeo, se les hacía una serología y les daba positivo; estos pacientes los enviaba a la División de Laboratorios del S.A.S. y allá, negativas. El paciente con lesiones comprobadas de sífilis en Laboratorios muy afamados resultaban negativos y al hacer los exámenes en Sanidad, positivos. Pregunto lo siguiente: ¿tienen en Venezuela o en otros países los Ministerios de Sanidad controles sobre estos Laboratorios?

Dr. RAFAEL MEDINA

La pregunta del Dr. Rodríguez: Que sí hay control sobre los Laboratorios, me permito contestarla diciendo que sí existen controles en los Laboratorios de Sanidad, pero no en los Laboratorios privados.

Dr. GOMEZ CARRASQUERO

Quiero aclarar que los Laboratorios del Ministerio de Sanidad tienen control de su serología, pero los Laboratorios privados y al

guasos oficiales, hospitales importantes y grandes, no tienen ningún control serológico por parte de la División de Laboratorios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, solamente los Laboratorios de los Dispensarios o Institutos o División del Departamento de Venereología.

Dr. ROGELIO VALLADARES

Como les prometí en la Sesión Inaugural, vine a actualizar mis conocimientos hoy sobre sífilis por el interés que tiene todo sanitarista venezolano en esta materia. Estoy sumamente satisfecho de lo que he oído y quisiera únicamente referirme muy rápidamente, sé que debo limitarme a una pregunta, pero la haré al final. En la exposición del Dr. Gómez Carrasquero vimos una cantidad de lesiones que según él mismo dice era en un momento insospechable de ser sífilis y que seguramente no van a ir a los Servicios establecidos específicamente para el control de enfermedades venéreas; por otra parte el Dr. Medina dio como primera recomendación fundamental después de la investigación, el establecimiento de múltiples Servicios bien distribuidos y capaces de hacer un diagnóstico y e? tratamiento de una manera rápida y adecuada; pero después se refirió el mismo Dr. Medina a que todo esto debe estar en manos de personal bien preparado para tales fines, entonces yo pienso que hay mucha gente que recurre a su médico privado y posiblemente a su médico privado no especialista, médico privado general, médicos privados que en nuestro país ejercen en barrios populares donde abundan muchos enfermos con lesione; insospechables de sífilis como decía el Dr. Gómez Carrasquero y donde probablemente van a pasar desapercibidos en una etapa en que debieran ser diagnosticados y tratados; entonces la formulación mía es: ¿qué experiencia hay en otros países o como deberíamos nosotros tratar de mantener informados permanentemente a la profesión médica en general sobre estos problemas, porque por más Servicios Oficiales que establezcamos, yo pienso que una gran mayoría de los enfermos, sin sospechar que tienen sífilis, seguirán consultando a niveles del médico general.

Dr. GOMEZ CARRASQUERO

Estoy completamente de acuerdo con lo que ha dicho el Dr. Valladares, el problema, como dije anteriormente, es de desconocimiento

por parte del médico general de la enfermedad y sus manifestaciones variadas en el secundarismo sífilítico y el problema, como lo hemos planteado nosotros para su solución, es aumentar la atención de los pocos Dispensarios que existen por médicos especialistas, aumentar la producción de esos médicos especialistas, disminuir la consulta en las boticas o en las farmacias; las farmacias o boticas son el centro de consulta permanente del venezolano 24 horas al día.

Dr. ALARCON

Quisiera agregar a lo dicho por el Dr. Gómez que en la División de Venereología, hoy Departamento, en el año 60 le pidió al Ministerio de Sanidad nombrar Dermatólogos Venereólogos en los Servicios de asistencia. Esto es muy importante porque yo recuerdo que en el año 1965 ó 66 el Dr. Irazábal, quien estuvo en la Unión Soviética, invitado por la ONU a visitar el país, encontró que los médicos venereólogos eran dermatólogos. La Venereología así como la Dermatología y la Micología son ramas de la Dermatología, así que lo importante sería que habiendo en Venezuela un número crecido y se siguen formando en los hospitales, en los servicios especializados, dermatólogos, sean nombrados dermatólogos en los Servicios de Venereología.

Dr. R. R. WILLCOX

.....
Dr. DAO

Indudablemente que esta mañana hemos oído muchos trabajos interesantes sobre la sífilis. En esos trabajos hay un punto que no se mencionó con el debido detenimiento como son los casos con hipersensibilidad por penicilina, los que trabajamos en alergia y en el caso personal en el Hospital Central de Barquisimeto, hemos encontrado que en los últimos tiempos los casos de personas hipersensibles a la penicilina han aumentado considerablemente y se plantea la interrogante: si no podemos usar la penicilina en casos de pacientes sífilíticos, ¿qué antibióticos podrían recomendarse?, y con ello pido a los integrantes de la mesa que nos aclaren y que nos dejen su autorizada opinión sobre tipos de antibióticos y la cantidad a usar de otros antibióticos que no sea la penicilina en los casos de sífilis.

Dr. GOMEZ CARRASQUERO

Para contestar al Dr. Dao, la eritromicina, a razón de 2 gramos diarios durante 20 días mínimo; segundo, la cefaloridina, 1 gramo parenteral diario durante 20 días consecutivos; tercero, cualquiera de las tetraciclinas 2 gramos diarios durante 60, 70, 80 días. Doxiciclina 100 mg. dos veces al día durante 50 días. Creo que con esta forma terapéutica, si el paciente las cumple puede tener un margen bastante alto de seguridad en su tratamiento.

Dr. RAFAEL MEDINA

Ha concluido la discusión de la Ponencia, estamos muy agradecidos por la presencia de los distinguidos sifilógrafos extranjeros y la de un gran número de dermatólogos, higienistas y venereólogos de Venezuela. Tenemos realmente el optimismo de que con los recursos de que disponemos en nuestro país, si realmente adoptamos las innovaciones planteadas, podemos enfrentar el problema de la sífilis y posiblemente el de las otras enfermedades venéreas. Muchas gracias ... Señores.

CINE CIENTIFICO

EL TRATAMIENTO DEL QUEMADO

Cortesía de Laboratorios MERCK COFASA

ANTIBIOTICOS DEL MAR

BETNOVATE

HISTORIA DE LA GRISEOFULVINA

INFECCIONES MICOTICAS

Cortesía de Laboratorios GLAXO

RESISTENCIA BACTERIANA TRANSFERIBLE

Cortesía de Laboratorios ABBOTT

TETRALOGIA DEL FALLOT

INFECCION BACTERIANA EL

DOLOR

PUENTE DE AYUDA, LEPROSIA

Cortesía de Bayer Químicas Unidas

AGRADECIMIENTO

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Ministerio de Educación
Ministerio de la Defensa (Comandancia General de la Marina)
Ministerio de Obras Públicas
Congreso Nacional (Cámara de Diputados)
Gobernación del Distrito Federal
Gobernación del Estado Miranda
Gobernación del Estado Monagas
Concejo Municipal del Distrito Federal
Concejo Municipal del Distrito Sucre
Centro Simón Bolívar
Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal Instituto
Venezolano de los Seguros Sociales
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL "IMPRES"
CREOLE PETROLEUM CORPORATION
FUNDACION SHELL
COLGATE PALMOLIVE
COMERCIAL PROSPERI
VAM
FRISYL
SUDAMTEX
ORCONI
HNOS. BENATAR
Sr. M. CARCIENTE
Sra. ALEGRINA DE CARCIENTE
Sr. FRANCISCO RAFFALLI
Sr. RODOLFO SOTILLET
Sr. FORTUNATO LEVY
Sr. JUAN PAÑELLAS
Sra. EVA DE BIBAS
Sr. JACOBO TAUREL
Sr. CARLOS BERACASA
Sra. PIEDAD DE BERACASA
Sr. I. ZIGHELBOIM
Sr. SAM PARIENTE

LABORATORIOS FARMACEUTICOS

Abbott Laboratories C. A.
Bayer Químicas Unidas
Bristol Myers de Venezuela
C. A. Farmacéutica Industrial (C. A. F. I.)
Carlo Erba
Ciba Geigy
Cosmos C. A.
C. Muskus
Dome
Ergos S. A.
Eli Lilly & Cía. de Venezuela
Farma S. A.
Farmitalia
Fesa
Glaxo de Venezuela
G. Muskus
Behrens-Higia
H. Kern & CO., S. A.
Hoechst Remedia S. A.
Johnson and Johnson
Klinos
Lakeside
Lederle
Lepetit de Venezuela
Mead Johnson International & T. D.
Medicamenta C. A.
Merck Cofasa
Merck Sharp and Dohme de Venezuela
Palenzona & Cía., C. A.
Pfizer Corporation

Politécnicos Nacionales C. A.
Productos Ronava
Pulmobronk C. A.
Química Benca
Roche S. A.
Roussel de Venezuela S. A.
Sandoz de Venezuela S. A.
Silva C. A.
Smith Kline and French C. A
Substantia C. A.
Upjohn Interamerican Corp.
Vita C. A.
Wínthrop
Wyeth Laboratorios C. A.

PROGRAMA SOCIAL

II CONGRESO VENEZOLANO DE DERMATOLOGIA PROGRAMA SOCIAL GENERAL

Miércoles 12

Sesión Inaugural
Auditorium Hospital Vargas de Caracas

Jueves 13

Buffet. Hotel Macuto Sheraton
Coctel. Desfile de Modas, presentado por Sudamtex de
Venezuela.
Salón la Sirena - Hotel Macuto Sheraton

Viernes 14

Noche libre

Sábado 15

Coctel: Mezzanina del Hotel Macuto Sheraton
Buffet de Clausura: Salón La Sirena. Hotel Macuto Sheraton

PROGRAMA SOCIAL PARA LAS DAMAS ACOMPAÑANTES

Miércoles 12

Sesión Inaugural
Auditorium Hospital Vargas de Caracas

Jueves 13

Buffet
Rifas - Hotel Macuto Sheraton
Coctel. Desfile de Modas, presentado por Sudamtex de Venezuela
Salón La Sirena - Hotel Macuto Sheraton

Viernes 14

Paseo por Caracas - Visita a los Monumentos Históricos
Almuerzo en el Club Campestre Los Cortijos Noche libre

Sábado 15

Coctel. Mezzanina Hotel Macuto Sheraton
Buffet de Clausura: Salón La Sirena. Hotel Macuto Sheraton

NOMINA DE PARTICIPANTES

“A”

ALARCON, Carlos Julio
ALBORNOZ, María Bastardo de
AMINI, Eva Koves de
ARVELO, J. J.
ASTROS, José Gilberto
ALEJO, María Antonieta M. de
ANZOLA, Josefina Acosta de
ARROYO GOMEZ, Juan María
AREVALO, Cornelio
AREVALO, Homagdy Rodríguez de
AASEN, Imelda Campo de
ABREU, Alfredo
ANGULO RIVAS, Jesús
ARANZAZU, Nacarid
ALVARADO ROMERO, Jorge A.
ALFONZO L., Carlos
ABRAMOVITS, William
APONTE, Arnaldo

“B”

BRICEÑO MAAZ, Tulio
BELFORT, Edgar
BATTISTINI, Francisco
BORELLI, Dante
BRICEÑO URDANETA, Elizabeth
BARROETA, Segundo
BOJANA, Humberto
BRUN, Ana María Battistini de
BERRIOS, Gilberto
BRAKHA, Eva de
BATONI, Hilda C. de
BARROS SAINT PASTEUR, José
BOATSWAIN C., Ana
BATTAN G., Víctor J.
BASTIDAS, Gregorio J.
BULA MONTSERRT, C. de

“C”

CAMPINS, Humberto
CEQUEDA, Lilian de
CONVIT, Jacinto
CASTRO RON, Gilberto
CASTILLON, Rigoberto
COLMENARES, Haydee de
CARRERA DOMINGUEZ, Guillermo

"CH"

CHEJADA, Antonio L.

“D”

DIAZ ROQUE, Pedro
DI PRISCO, Juan DAO, Luis
DIAZ, José
DIAZ MERCADO, Rafael
DIAZ, Leticia M. de
DIAZ L., Leopoldo
DI PASCUALE, Fanny
DE LEON MARTINEZ, Antonio
DIAZ CH., Edgar

“E”

ESTRADA, Eduardo
ESCUDER NAVARRO, Manuel
ESTEVEZ, José
ESPINAL, María

“F”

FERNANDEZ VAUTRAY, Raúl
FARIA, María de Jesús Díaz de
FAVEROLA, Miguel
FACHIN VISO, Raúl
FIGALLO ESPINAL, Eleazar

“G”

GOMEZ CARRASQUERO, Luís
GOIHMAN YAHR. Mauricio

GOMEZ DAIDA, Omar
GRATEROL ROQUE, Cruz Alejandro
GRIMALDO GARCIA, Gabriel
GONZALEZ ALVAREZ, Tulio
GRAU, Luís
GARRANCHAN, Luís Elías
GARCIA URDANETA, José
GONZALEZ, Eutimio
GARCIA CASTEL, Efraín
GONZALEZ SALERNO, Carlos Luís
GONZALEZ S., Yoelisa García de
GARCIA, Adoración
GARCIA, Dilia M. de
GARCIA MACHADO, Régulo
GARCIA RIVAS, Leonardo
GUEVARA A., Rómulo
GUERRERO F., Juan
GIORDANELI, Efisio
GONZALEZ A., Luís A.

“H”

HERNANDEZ, José Ricardo
HERRERA BOLIVAR, Esperanza
HENRIQUEZ ANDUEZA, Juan J.
HERNANDEZ OSPINO, Ángel
HURTADO, Dimas
HENRIQUEZ, Carlos
HERNANDEZ DUIN, Alicia

“K”

KOWALENKO, Vadim
KERDEL VEGAS, Francisco

“L”

LAYA GIL, Eduardo
LAPENTA TORTOLERO, Pedro
LEAL, José Luís
LUIGI VELASQUEZ, Juan E.
LOPEZ HENRIQUEZ, Jesús A.

LOPEZ ROJAS, Leya
LOPEZ, Ciria de
LEON, Blanca Herrera de
LORETO, Zenith
LARREA C., Eusebio
LODDO S., Franz
LIZARRAGA, Luís R.

“M”

MEDINA, Rafael
MEDINA FEBRES, Mariano
MENDOZA SANCHEZ, Samuel
MOULINIER, Rubén
MORA LA CRUZ, Eduardo E.
MEDINA, Irma
MIJARES, Manuel
MONTES, América
MENDOZA, César A.
MARTIN FUMERO, Domingo

“N”

NARANJO ARVELO, Hugo
NAIME, Carmen Marcano de
NOYA LEON, Andrés
NAVA, Ana Delia
NAVA DIAZ, Gustavo

“O”

OBADIA SERFATY, Jacobo
ORTA, Eduardo
ORTEGA, Nancy de
ORTEGA, José A.
OLIVEROS, Alejandro M.
OSORIO, David
OQUENDO, Néstor Marco
OLIVERO A., Rosa

“P”

PINTO COHEN, Jaime
PLANAS GIRON, Guillermo

PESANTES, Jorge
PEDRIQUE ALVAREZ, Henry
PARIS GARCIA, Alfredo
PERFETTI LAVERNE, Oscar
PIÑERO BOLIVAR, Santos
PIMENTEL IMBERT, M. F.
PIQUERO MARTIN, Jaime
PEREZ ANGULO, Ilse
PANTALEO, Mario
PEREZ ALVAREZ, Lucindo
PERNIA, Jorge

“Q”

QUINTANA, Adiana C. de

“R”

REYES, Oscar
REMAR ARANA, Luis
RIOBUENO ZURITA, Carlos
REYES MEJIA, Rafael
RODRIGUEZ GARCILAZO, Gustavo
RUIZ, Elsa Medina de
ROMERO, Marbella
RONDON LUGO, Antonio
ROSARIO PEÑA, Marco
RODRIGUEZ VICENTELLI, Edgar
RAMIREZ MEDINA, Orlando
ROJO B., Emilio José
ROJAS, Amílcar
RODRIGUEZ, María
RIVERO, Pedro Luis
RODRIGUEZ ROSALES, Francisco
RODRIGUEZ, Iván

“S”

SARDI BATONI, José Rafael
SCANNONE, Francisco
SCHMIDMAJER, Esther Wakszol de
SOTO APONTE, José M.

SANOJA, Luz Salazar de
SALVETTI, Gladys Rangel de
SANCHEZ SANCHEZ, Nelly
SOUSA GARCIA, Ignacio
SANCHEZ, Mario
SUAREZ, Teresa E. de
SMOGYI, Liliane
SANT PASTEUR, Ileana
SUPRANI MAROTTA, Víctor

“T”

TALAMO PEREZ, Miguel
TRUJILLO TRUJILLO, Carlos A.
TINEO T., César A.

“V”

VELUTINI, Luis Alberto
VALERA AGUILERA, Fernando
VARGAS MONTIEL, Hernán
VASQUEZ RIGUAL, Hernán

“Y”

YEPEZ, Elsy

“Z”

ZSOGON, Harko Luis
ZEUSS, María de
ZAMORA, Ramón