

Hospital Manuel Arriarán.
Sección Medicina Interna.
Prof. Eugenio Cienfuegos.
Servicio de Lúes.

LUES TRANSMITIDA

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS L.

Hasta hace poco tiempo el niño sólo podía contraer la lúes de dos maneras: o la recibía de sus padres (1) (lúes congénita) o la cogía del ambiente (lúes adquirida).

En estos últimos años, con el auge creciente de la terapia sanguínea, puede el niño llegar a ser luético de una tercera manera, bastante paradójal: por intervención del médico (lúes transmitida).

Bien sabemos que como acto previo a toda hemoterapia, hágase esta por vía intramuscular o endovenosa, el médico suele ser acucioso y toma todas las precauciones de rigor en la elección del dador, pero debemos reconocer que no obstante esta acuciosidad, se ve de vez en cuando en la práctica que el dador resulta ser un luético "emboscado". Llamamos así al sujeto que, pese a sus apariencias de perfecta salud y a su serología negativa, es sin embargo un luético.

La negatividad de la serología de estos dadores puede deberse ya sea a un error de Laboratorio, lo que es raro, a confusiones en la copia de los informes, lo que es algo más frecuente, o bien, a que la enfermedad está en un periodo de recidiva reciente y la serología negativa que se ha tomado en cuenta es anterior a dicha recidiva. También puede de-

(1) Les propiamente de su madre, por vía transplacentaria.

berse a lo contrario, es decir, al hecho de tratarse de enfermos recién infectados que se encuentran aún en período pre-serológico.

Sea cual fuere la razón por la cual la sangre virulenta de tales dadores logra salvar las barreras profilácticas del transfusor, el hecho importante es que el receptor llega a presentar al cabo de un tiempo variable una modalidad de lúes que, en sifilografía de adultos ha sido llamada "decapitada". Esta denominación tiene por objeto diferenciar la infección inyectada de la adquirida por contacto que siempre tiene su cabeza visible representada por el chancro.

Ahora bien, si contemplamos estos hechos desde un punto de vista un tanto filosófico, podemos decir en legítima defensa de nuestro Arte que más que de un fracaso del médico se trata en estos casos de un triunfo de la espiroqueta, la que perseguida implacablemente por la jeringa se refugia un buen día en el interior de ésta y valiéndose de la aguja como lo hace el hematozoario del paludismo con la lanceta del Anófeles, abre de súbito nuevas posibilidades a su biológico impulso por sobrevivir.

Respecto a la denominación de lúes decapitada, creemos que no es muy afortunada en sifilografía infantil, puesto que no excluye ni discrimina a la lúes congénita que es esencialmente decapitada. Creemos por lo tanto que es más adecuada la denominación de lúes transmitida, que alude en forma llamativa a su transmisión por inyecciones de sangre virulenta.

En el curso de los últimos tres años hemos tenido ocasión de conocer seis casos de lúes transmitida por terapia sanguínea en niños de primera y segunda infancia. En todos ellos pudo descartarse perfectamente la lúes congénita y la lúes adquirida por contacto, como puede verse en las observaciones correspondientes.

La serología de los padres era totalmente negativa en cuatro observaciones y positiva, pero reciente en dos observaciones en que los padres habían adquirido la lúes mucho después del nacimiento del niño, apenas algunos meses antes de servir de dadores y por lo tanto en ese momento eran lúeticos incipientes e ignorados.

En una de las observaciones se usó sangre del Banco de Sangre del Hospital, cuyos controles desgraciadamente no pudieron encontrarse al hacer esta recopilación; pero según la opinión del Jefe del Servicio de Transfusiones, Dr. Raúl Eberhard, hay fundadas presunciones de que se haya tratado

de sangre, con informe errado, por una parte, y luego después conservada no más de 48 horas en el refrigerador, lo que explicaría: 1.º, por qué no habría sido desechada, y 2.º, por qué habría mantenido su virulencia.

Cuatro de las transmisiones fueron por transfusiones y dos por hemoterapias. La sintomatología de uno y otro grupo fué sensiblemente igual.

Las manifestaciones clínicas aparecieron después de un intervalo libre que fluctuó entre cuatro y dieciséis semanas, con un promedio de ocho semanas, y consistieron en:

Sifilides pápulo-erosivas	3	casos
Condilomas anales	1	"
Esplenomegalia, poliadenia, fiebre, etc.	1	"
Lúes ósea	1	"

6 casos

La serología fué positiva en los seis casos.

No se observó roseola en ninguno de los 6 casos.

OBSERVACION N.º 1.—Juana M. N.º Registro 3013.

Ingresó el 31 de agosto de 1942 a la edad de 2 años y medio.

Antecedentes familiares. — Padre falleció de tuberculosis pulmonar el 28 de diciembre de 1940. Convivió con su hija, era seronegativo. Madre 40 años, seronegativa. En un primer matrimonio tuvo 10 hijos. Su primer marido falleció de bronconeumonía. Era también seronegativo. Del segundo matrimonio tuvo 5 hijos, siendo nuestra enferma la última en nacer. Hubo además, 2 abortos.

Antecedentes personales. — Nació en su casa. Parto normal. Criada al pecho 7 meses y después con mamaderas.

Enfermedades. — A la edad de 10 meses, el 20 de diciembre de 1940, es hospitalizada en Lactantes por una bronconeumonía que fué tratada con transfusiones y Dagenán. A los 17 días se le diagnostica coqueluche y por este motivo es trasladada a Infecciosos, servicio en el que se le hacen también frecuentes y repetidas transfusiones; por presentar una evolución febril, con baja de peso, mal estado general, abscesos del cuero cabelludo, otitis y trastornos nutritivos paraentéres.

Se descartó la tuberculosis por la negatividad de las reacciones tuberculínicas y de los controles radioscópicos de tórax repetidos. A los 3 meses de hospitalización contrae la varicela.

Enfermedad actual. — Dos semanas después de sanar de su varicela, presenta impotencia funcional dolorosa del miembro superior izquierdo, el que se palpa engrosado a nivel del tercio superior del brazo. La radiografía ósea

(N.º 29842) revela "un proceso de osteomielitis en la diáfisis del húmero izquierdo, entre el tercio superior y el medio, acompañada de intensa reacción periosteal. Hay descalcificación del esqueleto y adelgazamiento de la cortical".

La falta de temperatura y la ausencia de estado infeccioso no permite pensar en una osteomielitis a piógenos; la tuberculosis estaba descartada según acabamos de ver, de modo que se plantea el diagnóstico diferencial entre un escorbuto y una lúes ósea.

El escorbuto se descarta por la falta de antecedentes catenales, puesto que, por lo menos, en los 120 días de hospitalización ha recibido diariamente 30 gramos de jugos de frutas y, además, por la ascorbinemia que dió 1.56 mgr. por ciento.

En cambio, en favor de la lúes aparece una serología intensamente positiva: Wassermann + + +, Kahn + + +. Esto último constituye una verdadera sorpresa, pues, como ya vimos, no existía antecedente alguno de lúes. Se vuelve a controlar la serología materna y ésta resulta negativa en dos exámenes más. No se puede pensar, por lo tanto, en una lúes congénita, sino en una lúes adquirida. Ahora bien, la falta total de antecedentes de contagio, la falta de chancro, inducen a sospechar que se trata de una lúes decapitada, transmitida por las transfusiones que se le practicaron en número de 13. Se hacen averiguaciones en este sentido y se logra obtener el dato de que uno de los dadores, cuñada de la madre, confesó con posterioridad, que tenía la sangre mala".

Se trató con todo interés de ubicar a dicha mujer, pero en esa oportunidad no se tuvo éxito.

De todos modos, se aceptó el diagnóstico de lúes transmitida por transfusiones, con localización ósea, y se comenzó a tratar con Mercurio y luego se siguió con Neo.*

Evolución. — El resultado del tratamiento específico fué bastante eficaz, pues la impotencia funcional fué desapareciendo con rapidez y la radiografía demostró también una franca mejoría del proceso al cabo de siete semanas. "Las lesiones del tercio medio del húmero izquierdo aparecen más reducidas; la reacción periosteal también es menor" (N.º 30462).

En el Servicio de Infecciosos siguió con diversas alternativas, pues contrajo una difteria faríngea y otra bronconeumonía, pero finalmente salió de alta el 18 de octubre de 1941, a los 292 días de hospitalización. Costó mucho conseguir que acudiera a la Policlínica de Lúes y, además, nunca se ha obtenido una asistencia regular, de modo que el tratamiento específico de consolidación ha sido deficiente. No obstante, la lesión ósea ha desaparecido totalmente; no ha tenido manifestaciones de lúes en otros órganos y, además, el último serocontrol practicado en junio del presente año, o sea, 3 años después de iniciada la enfermedad, ha sido negativo.

Cabe hacer resaltar que en el período álgido de la osteitis, la serología resultó intensamente positiva en seis controles y seguía aún positiva después

de la desaparición de la sintomatología clínica a los siete meses de tratamiento específico.

De gran interés ha sido el poder ubicar, recién, últimamente, al dador causante de la transmisión sifilítica: se trata efectivamente de una cuñada de la madre: Clara R., inscrita con su hija en la Policlínica de Lúes desde 1941 y que acusa un Kahn positivo +++ desde 1938. Último serocontrol en abril de 1941 en la Maternidad de San Vicente: Kahn +++.

OBSERVACION N.º 2. — Sonia P. N.º registro 3294.

Ingresó el 23 de febrero de 1944 a la edad de 7 meses y medio.

Antecedentes familiares. — Padre, 25 años, sin antecedentes venéreos, seronegativo 4 veces (último control el 23 de febrero de 1944). Madre, 37 años, seronegativa 4 veces. Ha tenido 4 hijos; el mayor de otro padre: seronegativo también. Uno fallecido a los 3 meses de bronconeumonía.

Antecedentes personales. — Nació en parto normal en la Maternidad de San Borja. Pesó 3 kilos. Pecho un mes y medio; después mamaderas.

Enfermedades anteriores. — El 2 de agosto de 1943, a la edad de 5 meses y medio fué hospitalizada en Lactantes por una bronconeumonía. Se comprobó, además, una distrofia leve y una otitis media bilateral. Serología negativa. Se le hicieron en el servicio numerosas transfusiones. Salió de alta el 28 de setiembre de 1943 y después de dos meses volvió a la Policlínica por trastornos nutritivos.

Enfermedad actual. — A mediados de enero de 1944, o sea, 4 meses después de salir de su hospitalización, aparecen lesiones cutáneas en la cara que persisten hasta la fecha y que consisten en sífilides papulosas en ambas regiones fronto-parietales, mejilla y región sub-orbitaria derecha; mejilla izquierda y mentón. Presenta, además, placas mucosas labiales y vaginales; hepato y esplenomegalia, serología: Kahn positivo +++.

El diagnóstico no podía ser de lúes congénita por la falta total de antecedentes en los padres, la serología negativa de éstos, la falta de estigmas en la niña y, además, por la serología negativa comprobada al comienzo de su hospitalización. La lúes adquirida corriente se descarta por la falta de antecedentes de contagio y la ausencia de chancro. Se trata, por lo tanto, de una lúes decapitada, transmitida por transfusiones que fueron hechas, no con sangre de los padres, sino con provisiones del Banco de Sangre del servicio de transfusiones.

Evolución. — Se inició tratamiento arsenical intensivo con Neoarsolán intramuscular día por medio y se obtuvo rápidamente el blanqueo de la piel y mucosas.

Actualmente sigue su tratamiento de consolidación en buenas condiciones.

OBSERVACION N.º 3. — María Alicia S. N.º Registro 3139.

Ingresó el 18 de febrero de 1941 a la edad de 4 años y medio.

Antecedentes familiares. — Padre, 40 años, seronegativo. Madre falleció de tuberculosis pulmonar algunos meses después del nacimiento de esta niña.

Tuvieron 3 hijos, 2 fallecieron en la primera infancia.

Antecedentes personales. — Nació de término en parto normal, en la Maternidad San Borja. Pecho exclusivo 2 meses. Después, mixta en una Gota de Leche, en la que se diagnosticó distrofia, neuropatía y peligro de contagio tuberculoso, por lo cual se hospitalizó en el servicio de Lactantes del Hospital Arriarán el día 8 de enero de 1937, a la edad de 5 meses. En este hospital se comprobó serología negativa y tuberculinas negativas. Se traslada a la Casa Nacional del Niño el día 22 de enero de 1937. Allá contrajo varicela y presentó raquitismo, vulvitis, piodermitis y otitis. Tuberculinas y serología siempre negativas.

Pasó posteriormente a colocación familiar, servicio en el que permaneció 2 años. Presentó una neumonía y coqueluche. Fue retirado por su padre en mayo de 1940. En junio del mismo año acude a la Policlínica de este Hospital y se hospitaliza en observación de tuberculosis por presentar síntomas clínicos y radiológicos sospechosos. La tuberculosis fue descartada y se sentó el diagnóstico de absceso pulmonar derecho y ascariidiosis. En el curso de esta hospitalización se le hicieron algunas transfusiones con sangre de su madrastra. Salió de alta el 26 de setiembre de 1940.

Enfermedad actual. — En enero de 1941 consultó la Policlínica por lesiones anales, de 15 días de evolución, que resultaron ser condilomas planos sífilíticos. La serología fue esta vez positiva en la niña e igual resultado se obtuvo en la madrastra.

Es trasladada al servicio de lúes, donde, en vista de la historia clínica carente de datos de lúes en los padres, de la falta de estigmas de lúes congénita, de la ausencia de chancro, se llega a la conclusión de que se trata de una lúes decapitada, transmitida por transfusiones, ya que el dador resultó ser lúerico.

Evolución. — Al cabo de pocas semanas de tratamiento, las lesiones anales desaparecieron completamente, debido a lo cual la niña dejó de asistir al servicio y no pudo ser ubicada. Dos años más tarde volvió espontáneamente y sigue en la actualidad su tratamiento en buenas condiciones. No ha tenido recidivas; la serología se ha hecho negativa. Del absceso pulmonar sanó completamente, pero presenta intensas reacciones tuberculínicas y el hilio derecho denso.

OBSERVACION N.º 4. — Patricia Ch. (Clientela particular). (Acudió el 21 de febrero de 1944, a la edad de 1 año 10 meses).

Antecedentes familiares. — Ambos padres son jóvenes y dicen ser sanos. No hay antecedentes de tuberculosis.

La madre acusa serología negativa antes de casarse. Ha tenido 2 hijos a término y 2 abortos espontáneos.

Antecedentes personales. — Nacida a término. Parto normal. Alimentada a pecho 10 meses. Anduvo al año. Ha tenido una cierta tendencia exudativa.

Al año y medio presenta coqueluche de evolución larga y distrofiante; queda con bronquitis rebelde, presenta también una ictericia y un estado disérgico que induce a su médico a indicarle transfusiones, las que son practicadas con sangre del padre, en número de cuatro.

Enfermedad actual. — Desde mediados de enero, o sea, alrededor de 45 días después de la transfusión, presenta temperaturas subfebriles, inapetencia, excitación nerviosa, trastornos del sueño, dolores óseos. Se hacen diversos exámenes: de orina, tuberculinas, radioscopia, todos con resultado negativo. Recuento y fórmula no dan nada definido. Sedimentación algo acelerada. En estas circunstancias se me llama en consulta, no pudiendo comprobar en la niña sino una poliadenia de cierta consideración, generalizada y acompañada de esplenomegalia. Me llama, en cambio, la atención una grieta labial en la madre, quien preguntada al respecto, dice que la tiene desde hace algunas semanas y no logra hacerla desaparecer con ningún tópico. Un somero examen permite descubrir en ella la presencia de placas mucosas faríngeas y de una roseola típica. Se pide examen serológico, tanto a la madre como a la niña y ambos resultan positivos.

Se trata aquí de un curioso caso de lúes decapitada transmitida a una niñita por transfusiones con sangre de su propio padre, quien, con toda seguridad había contraído la lúes recientemente, ya que la madre, que antes era sana, seronegativa y había tenido hijos sanos, presentaba ahora lesiones secundarias frescas, como lo atestiguaba su roseola.

Fueron las lesiones específicas observadas en la madre, las que permitieron hacer el diagnóstico en la niña, sin que ésta presentase lesiones cutáneas ni mucosas.

Evolución. — Se inició tratamiento con paroxil y al cabo de pocas semanas desaparecieron las febrículas, mejoró el estado general y tanto la esplenomegalia como la poliadenia generalizada fueron reduciéndose gradualmente.

Pasaron también los dolores osteócopos y la niña ha recuperado totalmente el apetito, la tranquilidad y el sueño.

OBSERVACION N.º 5. — Gladys L. N.º Registro 2675. Ingresó el 25 de mayo de 1940, a la edad de 2 años y medio.

Antecedentes familiares. — Padre, 26 años, seronegativo, muy bebedor. Madre, 20 años, seronegativa. No hay antecedentes de tuberculosis. Han tenido 3 hijos a término, 0 abortos.

Antecedentes personales. — Nació en la Maternidad del Salvador. Pesó 3 kilos. Criada a pecho hasta los 9 meses y después artificial, dirigida por el Seguro. Anduvo a los 15 meses.

A la edad de 2 años, por haber estado en contacto con coqueluchosos, le hacen en el Seguro una o dos hemoterapias.

Enfermedad actual. — Tres meses después de las hemoterapias presentan lesiones ano-vulvares resistentes a los tratamientos tópicos, tiene cierta claudicación para andar, y por este motivo consulta a la Policlínica, donde se comprueban sífilides pápulo-erosivas peri vulvares y peri anales; algunas inguinales, las que le molestan al andar y producen la claudicación. La ultra microscopia es positiva. La serología también es intensamente positiva. No hay estigmas de lúes congénita. La serología de la madre es negativa.

En este caso como en los anteriores, se llegó por el análisis detenido de los antecedentes, al diagnóstico de lúes decapitada, transmitida por hemoterapias.

Los padres y los dos hermanos tienen serología negativa (la madre se ha hecho ya 5 controles en el curso de 4 años, todos negativos). La niña no tiene ningún estigma de lúes congénita ni acusa en su historia indicio alguno de chancho sífilítico. En cambio, las lesiones específicas aparecieron 3 meses después de hemoterapias practicadas con sangre de un dador que, según afirma y sostiene la madre, era una mujer amiga, recién casada, que se ofreció voluntariamente para proporcionar sangre y que pocos días después presentó algunos síntomas, que dieron lugar al diagnóstico de lúes y al tratamiento correspondiente que indicó el Seguro.

Evolución. — Inició una cura intensiva con Neoarsolán intramuscular, con inyecciones diarias durante 14 días, alcanzando a un total de 2.02 grs. de Neo, lo que equivale a 1.8 ctgr. por kgr. de peso. Al terminar esta cura, estaba totalmente blanqueada de sus lesiones cutáneo-mucosas. Sólo presentaba caída del pelo. Siguió con fricciones mercuriales durante dos meses y medio, al cabo de los cuales la serología había virado a negativa.

En la actualidad está en su quinta cura de consolidación y no ha presentado recidiva alguna.

OBSERVACION 6. — Alicia C. N.º Registro 3314.

Ingresó el 27 de marzo de 1944 a la edad de 1 año 4 meses.

Antecedentes familiares. — Padre, 24 años, lúetico desde hace sólo 5 a 6 meses. Madre, 17 años; durante este embarazo y también después del parto tuvo serocontroles negativos. Ha tenido este único embarazo, que fué gemelar.

Hace 2 a 3 meses presenta lúes secundarias faríngea y vaginal, por lo que se le hizo tratamiento intensivo en el Hospital San Luis.

Antecedentes personales. — Nació en la Maternidad Nacional. Parto gemelar. Pesó 2,250 grs. (el otro gemelo falleció al mes de edad de bronconeumonía). Controlada en una Gota de Leche, se le comprobó serología ne-

gativa a ella y a su madre. Pecho, 9 meses. A la edad de 11 meses contrae la coqueluche y con este motivo se le hicieron hemoterapias maternas.

Enfermedad actual. — Hace alrededor de 1 mes, se aparecen lesiones cutáneas en el cuello y después se van extendiendo a otras regiones: axilas, región hipogástrica y pliegues inguinales. Las lesiones presentan todos los caracteres de las sífilides pápulo-escamosas y pápulo-erosivas. Bazo no se palpa. Mucosa bucal y vaginal sanas. Serología: Kahn positivo.

No cabe en este caso el diagnóstico de lúes congénita tardía, pues como se ha visto, durante la gestación de esta niña, ambos padres eran sanos, con serología negativa.

La niña nació sana y su control inicial en la Gota de Leche fué negativo, igual que en la madre. Esta última contrajo la lúes en forma inaparente cuando la niña tenía alrededor de 11 meses de edad, o sea, en el mismo período en que por aparecer la coqueluche se indican hemoterapias maternas.

La sintomatología clínica apareció en la madre con manifestaciones secundarias, cuando ya las hemoterapias estaban hechas y, por lo tanto, cuando también la lúes ya estaba inoculada a la hija. Dos a tres meses más tarde aparecen, a su vez, en la niña las manifestaciones secundarias que han permitido establecer el diagnóstico de lúes transmitida por hemoterapia.

Resumen.

Se trata de 6 observaciones de lúes transmitidas al niño por terapia sanguínea.

En todos los casos los antecedentes, el examen clínico y la serología del niño permiten descartar totalmente la lúes congénita y la adquirida por contacto.

En 4 observaciones, la transmisión de la lúes se hizo por transfusiones de sangre por vía endovenosa. (En uno de los casos se usó sangre conservada en Banco de Sangre).

En 2 observaciones, la transmisión de la enfermedad se verificó a raíz de hemoterapia por vía intramuscular.

La aparición de las manifestaciones clínicas se verificó después de un período libre silencioso, cuya duración media fué de 8 semanas.