

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2ª. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL DE CORREOS
DE MEXICO, D. F., CON FECHA 21 DE MARZO DE 1939

TOMO LXXII

DICIEMBRE DE 1942

NUMERO 6

TRABAJOS ACADEMICOS

Sífilis adquirida en el niño *

Por el Dr. FERNANDO LATAPI

En muchos libros y revistas médicas se hallan clásicas descripciones y nuevos estudios sobre la lúes ingénita, y pediatras, sifilígrafos, dermatólogos, sanitarios, eugenistas, conceden cada día más atención a un tema que tanto la merece.

Junto a la importancia y la frecuencia de este aspecto de la sífilis, el punto que trato en esta ocasión se podría antojar diminuto; me esforzaré sin embargo en recordar que no deja de tener interés clínico y especialmente social.

Efectivamente, sobre sífilis adquirida en la infancia hay una literatura médica exigua, pues la mayor parte de los tratados no la consideran como capítulo especial o bien ni siquiera la mencionan; a veces se refieren (1) a circunstancias más bien históricas en las que la infección era transmitida al niño, como la circuncisión entre los judíos, cuando "el rito era menos aséptico", y el rabino succionaba la herida para limpiarla, o la transmisión por la nodriza sifilítica, relacionada con una costumbre entre nosotros casi abandonada, o la sífilis vacunal, ocasionada por la

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 21 de enero de 1942.

1 Georges Millan.—Nouvelle Pratique Dermatologique (Art. sobre Sífilis).

antigua vacunación de brazo a brazo; también encontramos curiosos relatos anecdóticos como el caso referido por Fournier, en el que un joven estudiante, en pleno florecimiento de secundarismo con activas lesiones bucales, trata de halagar al niño de una casa que visita semanalmente, obsequiándole una corneta y enseñándole a usarla; como todos tocan la corneta, tanto el niño como el papá, la mamá y la abuelita, obtienen sendos chancros sifilíticos.

El mismo Milian a quien se deben los datos anteriores, en un pequeño capítulo de menos de dos páginas que aparece en la obra ya citada (1) se refiere al tema y cita a Fernet (2), y a Marcel Pinard (3); no me fué dable consultar estos dos artículos, de los que Milian toma algunos datos: recuerda que la sífilis adquirida en el niño no es una rareza, pues Feulard logró ver tres casos en cuatro meses; Gaucher, veintitrés, en diez años, y Granet, en ciento diecisiete niños sifilíticos, pudo saber que en quince había sido adquirida; señala dos mecanismos de transmisión, el genital y el extragenital, siendo el contacto en el primer caso accidental o violento y en el segundo por beso, lactancia, vacunación, etc., circunstancias estas últimas ya mencionadas antes; hace constar igualmente la curiosa localización en la planta del pie y el extraño modo de contaminación "al pasar", en que el niño se contagiaba en el momento del parto de su madre con lesiones genitales activas de una sífilis reciente que ya había podido forzar la barrera placentaria; hace hincapié por último en los graves trastornos de crecimiento y desarrollo que pueden presentarse en estos casos si no se interviene oportuna y activamente.

Es de citarse también en este momento el caso observado por Bejarano y Tome Bona (4), de un chancro del párpado en una niña de veintisiete meses.

Fuera de este género de citas, como decía antes, no se encuentran estudios de conjunto sobre esta modalidad de la infección sifilítica, por lo que no es extraño que el médico no piense, por lo común, en la posibilidad de su existencia y deje pasar inadvertidos los casos que se le presentan.

2 Fernet.—(Cit. por Milian) Sífilis adquirida de la inf.—París Méd. 5-III-27.

3 Marcel Pinard.—(Cit. por Milian).—Bull. Soc. Fr. Derm. 1931. Pág. 31.

4 Bejarano y Tome Bona.—Actas Dermosifilográficas de Madrid. 1935.

Es menester desde luego recordar que si entre nosotros, el niño adquiere excepcionalmente la sífilis por contagio, por el contrario, en algunas regiones del globo, este es el mecanismo habitual, es decir que la sífilis es, como otras enfermedades, una infección inocente de la infancia.

En la literatura reciente, encontramos dos estudios interesantes sobre esta sífilis inocente de los niños, en algunos países del Oriente.

Ellis Herndon Hudson (5), examina la posibilidad de existencia de la sífilis fuera de la transmisión sexual, e insiste en el papel fundamental que juega el sexo en la sífilis de los civilizados, mientras que en algunas partes del mundo, esta infección es principalmente una enfermedad inocente de la infancia, adquirida por contactos no sexuales; pone como ejemplo de esto "el bajel", nombre regional de la sífilis que afecta a una enorme proporción de beduinos árabes en el valle del Eufrates.

En estos lugares, un sesenta por ciento de los habitantes adquiere la sífilis por contactos no sexuales antes de la pubertad, y los adultos que han escapado a esta infección, pueden adquirir el "bajel" de los niños en la misma forma; este hecho fundamental de epidemiología modifica forzosamente los aspectos inmunológicos y clínicos de esta sífilis regional.

En otro trabajo científico recién publicado, sobre la sífilis entre los árabes en el cercano Oriente, C. M. Hasselmann (6), habla de los resultados de una investigación clínica, histopatológica y epidemiológica realizada por él, en varios centenares de casos de sífilis regional entre los árabes que habitan el Irak, Siria, Palestina, Líbano y Transjordania, donde la infección es conocida por "bajel" y otras designaciones locales: Firjal, Latta, Abou-Laghif, Jifar, etc., sinominia que el autor recomienda combatir.

Comprobando que la transmisión se hace frecuentemente en la infancia por medios no venéreos, extrasexuales, debido a la gran promiscuidad, señala, sin embargo, muchos casos producidos en la forma habitual, por el contacto venéreo.

5 Ellis Herndon Hudson, Clifton Springs, N. Y.—New York State J. of Medicine.—Octubre 1 - 1939.

6 C. M. Hasselmann, Manila, I. F.—La sífilis entre los árabes en el Cercano Oriente.—Arch. Derm. and Syph.—Diciembre 1938.

Señala la frecuencia del aborto y el parto prematuro entre estos nómadas y llama la atención sobre el hecho curioso de que 80 a 90% de los niños infectados tienen predominantemente lesiones bucales y faríngeas y en muy pocas ocasiones sífilides cutáneas.

En el curso de sus estudios, Hasselmann no comprobó la existencia del Pián en esas regiones.

De estos dos trabajos podemos retener que para la propagación de la sífilis es siempre necesario un contacto físico íntimo: mientras que en las condiciones antihigiénicas de algunos pueblos como los beduinos arabes esta oportunidad se encuentra realizada entre la población infantil y la lúes resulta una enfermedad contagiosa de la infancia, por el contrario el nivel más alto de higiene personal entre los países llamados civilizados, restringe el campo de la espiroqueta a la intimidad física del sexo y la sífilis es entre ellos una enfermedad fundamentalmente venérea, que se adquiere más allá de la infancia.

Pasando a un terreno geográfico completamente distinto, especialmente en lo que a condiciones de vida se refiere, encontramos las interesantes estadísticas publicadas en 1939 por Frank R. Smith Jr. (7), de la Universidad Johns Hopkins, en el estudio clínico y epidemiológico que ha hecho de la sífilis adquirida en los niños y en el cual ha reunido 125 casos de lúes no ingénita, en niños de diez años o menos, en las clínicas infantiles del Este y del Sur de los Estados Unidos.

Principia por afirmar que aun cuando esta forma de la infección no se observa muy a menudo, no debe ser sin embargo tan rara como los informes oficiales o la literatura médica parecen indicarlo.

En lo que se refiere solamente al Hospital Johns Hopkins, entre los años de 1920 a 1937, se observaron cuarenta y cinco casos de sífilis adquirida en el niño antes de los once años, tiempo en el cual se reportaron noventa casos entre menores de once a quince años y 4,487 casos en adultos.

Por lo que hace al grupo total de los 125 casos, la enfermedad

7 Frank R. Smith Jr., John Hopkins Univ.—La sífilis adquirida en los niños: estudio clínico y epidemiológico.—Am. J. Syph., Gonorr., and Ven. Dis. Marzo 1939.

se adquirió por violencia sexual en 43, por besos en 15, por contacto casero en 14, por transfusión sanguínea en 9 y por causa no precisada en 44.

Aproximadamente dos veces más niñas que niños fueron infectadas y considerando sólo los casos de nueve a diez, esta relación aumenta a 3 por 1; en la mayor parte de los casos de violencia sexual, una niña fué infectada por un adulto; también en el riesgo de contacto casero se encontró más oportunidades para el contagio de las niñas, especialmente en familias pobres donde había promiscuidad.

En los casos de contagio de un niño a otro, hubo más bien prácticas sexuales secretas que relaciones ordinarias de juego.

Llama el autor la atención sobre los nueve casos originados por una transfusión, insistiendo sobre la necesidad de tomar siempre las precauciones adecuadas.

Desde el punto de vista clínico no se encontraron diferencias muy grandes con la sífilis del adulto: el chancro puede ser más pequeño y el bubón satélite menos ostensible, las erupciones secundarias y los síntomas generales no presentaron caracteres especiales. El tratamiento produjo en la mayoría de los casos buenos resultados tanto clínicos como serológicos.

Resulta interesante el trabajo de Smith al que me he referido brevemente, por ser tal vez la mayor contribución al tema que se está tratando y porque despierta la atención sobre la posibilidad de adquisición de la sífilis en la infancia.

Quedan, por lo tanto, en pie los dos diversos mecanismos para la transmisión de la lúes.

En algunos regiones del Oriente sigue siendo la sífilis, aun hoy en día, una enfermedad universal que se adquiere en forma inocente, en la infancia, debido a la promiscuidad, y este hecho encuentra analogías con otras infecciones treponémicas que se desarrollan entre poblaciones de bajo índice higiénico y que se adquieren en las primeras edades, como el Pián o entre nosotros el Mal del Pinto; en efecto, se ha comprobado que esta benigna espiroquetosis americana que pinta y despinta a nuestros surianos sin por fortuna dañar gravemente su salud, es también una infección de la infan-

cia (8), que se transmite probablemente en condiciones parecidas o idénticas al "bajel" de los árabes.

Por el contrario, en países principalmente del Hemisferio Occidental que viven en condiciones de mayor higiene, la sífilis es ya solamente una enfermedad sexual o transmitida por paso transplacentario, mientras que el niño sólo la recibe de otra manera por excepción, unas veces en forma sencilla, análoga a la oriental, y otras en forma violenta o criminal.

En nuestro medio, la sífilis adquirida en la infancia posiblemente tampoco sea tan rara como se cree. Hace un año tuvimos oportunidad de observar un caso en un niño de catorce años en el Servicio de Dermatología del Hospital General, en que el mecanismo de infección fué por violencia homosexual; y en cuanto al segundo, que hemos estudiado recientemente y que aparece como debido a la misma causa, en un niño de diez años, es lo suficientemente típico para merecer el ser brevemente descrito y reúne características dignas de algunos comentarios.

En los últimos días del mes de octubre del año pasado, fué llevado a un consultorio público, el niño de diez años, G. F., por haber notado sus familiares que presentaba desde hacía un mes la caída de numerosos pelos de las cejas y de las pestañas; al ser examinado este pequeño paciente en la consulta de piel y sífilis del establecimiento y comprobarse la existencia de la dicha alopatía, fué enviado "ipso facto" al dispensario antileproso "Dr. Ladislao de la Pascua" en esta ciudad, del cual nos encontramos encargados, en donde tuvimos ocasión de examinarlo al día siguiente.

Se confirmó, desde luego, la presencia de la alopecia de cejas y pestañas por la que se consultaba, pero al hacer un examen somero general, desde el punto de vista del diagnóstico en que se había pensado, no se encontró manifestación alguna de lepra, ni en la piel que no mostraba máculas sospechosas ni menos lesiones nodulares o infiltración difusa (en particular los pabellones auriculares aparecían normales), ni en la mucosa nasal que sólo exhibía una vulgar coriza; los nervios palpables no mostraban mo-

8 **Fernando Latapi y Francisco León y Blanco.**—Las lesiones de principio del Mal del Pinto. (Una nueva dermatosis).—Medicina, Julio de 1940.—México.



Fig. 1.—Facies de aspecto significativo
(depresión y desconfianza)



Fig. 2.—Alopecia irregular de cejas y pestañas.



Fig. 3.—Ano infundibuliforme. Sifílides pápulo-erosivas
Halo intertriginoso.

dificaciones objetivas ni eran dolorosos y la sensibilidad en sus diversas modalidades resultó normal en la totalidad del tegumento; sin embargo, se hicieron frotis con raspado de mucosa nasal y con gotas de sangre obtenidas de una ceja y de uno de los lóbulos auriculares, no habiendo demostrado en ninguno de ellos la presencia de bacilos ácido-resistentes.

Ante la imposibilidad de confirmar de manera rápida y evidente el diagnóstico de lepra, se procedió a estudiar el caso de manera completa y minuciosa, habiéndose obtenido de este modo, datos del mayor interés, que habían pasado inadvertidos por causas anatómicas u otras, en el curso del primer examen, demasiado superficial o unilateral.

Por lo pronto el estudio del síntoma-guía —la alopecia—, proporcionó datos de importancia: la caída de las cejas era bilateral, abundante y profusa pero no predominaba de manera alguna en la mitad externa, pues aun en la cola se hallaban pelos aislados; esta anarquía, esta falta de sistematización de la alopecia, se apreciaba más claramente en las pestañas, pues mientras que las de los párpados inferiores estaban casi intactas, en las superiores alternaban zonas alopécicas con largas pestañas normales (como se apreciaba en una de las fotografías). Además, la alopecia no se reducía a estos sitios, sino que se observaba una curiosa alopecia liminar frontal, y más notable en ambas regiones frontotemporales, donde el pelo de la cabeza era muy ralo y casi únicamente constituido por vello. En el resto de la cabeza no había lesiones alopécicas.

Todos estos datos, aparentemente tan insignificantes, ya hablaban semiológicamente contra la infección hanseniana; la lepra, para iniciar una de sus formas infiltrativas difusas, principiaría por hacer caer lentamente la cola de las cejas, así como las pestañas más externas del párpado inferior, pero respetaría en las fases iniciales la cabeza de las cejas y las pestañas superiores y no afectaría el pelo de las regiones temporales; daría por lo demás infiltración aunque fuera ligera en lóbulos, donde se encontraría fácilmente el bacilo.

El examen completo de la piel mostró lesiones-clave, además de otras triviales, producidas por pediculosis de la cabeza y del cuerpo (esta última rara en el niño); al separar las dos caras del surco interglúteo, surgieron cuatro lesiones pápulo-erosivas, periana-

les, que habían permanecido escondidas hasta ese momento y que aclararon el diagnóstico, pues por su sitio y morfología resultaban inconfundibles; a su alrededor apreciábase un halo intertriginoso microbiano que las circundaba, y entre ellas se veía el ano del niño, francamente deprimido y permaneciendo abierto a una separación aún ligera de ambas regiones glúteas.

No había otras lesiones cutáneas de la misma naturaleza.

El examen de la cavidad bucofaríngea reveló la presencia de extensas placas opalinas sobre ambas amígdalas, prolongándose por los pilares hasta la úvula.

Se encontró igualmente una poliadenitis con los caracteres clásicos (pulso de Ricord, ganglios epitrocleanos e inguinales), así como también quedó anotado el tinte pálido de los tegumentos, y un marcado adelgazamiento: el niño pesaba 19.200, en vez de los 28 kilos (cifra media entre 25 y 31) que debe pesar el niño mexicano, según los datos biométricos nacionales, a esa edad.

Como dato de interrogatorio, que puede añadirse a los anteriores, se encontró una artralgia de la rodilla derecha que dificultaba la marcha del niño, durante las dos últimas semanas y le hacía quejarse por la noche.

El estudio serológico practicado por los doctores Alberto Lezama y Alfonso González Chávez, dió resultado intensamente positivo para las reacciones de Wassermann, Kahn y Hecht.

El diagnóstico había quedado bien aclarado; pero ¿cuál era el origen de la infección en este niño?

Cuando se encuentra la sífilis en un niño, se piensa desde luego en la lúes ingénita, pero en este caso chocaba desde luego la gran riqueza sintomatológica —una verdadera septicemia— con esta posibilidad, teniendo en cuenta la edad del enfermo —a los diez años la sífilis obtenida de la madre, in útero, es una sífilis vieja, terciaria y aunque algunos síntomas de los presentes en este caso, como las placas mucosas, pueden observarse en forma recidivante casi indefinidamente, a los diez años más bien encontraremos lesiones localizadas, productivas o destructivas, y no generalizadas, superficiales, resolutivas, septicémicas, en una palabra; por otra parte, el niño enfermo ni en el momento de su nacimiento ni meses o años después, había presentado manifestaciones semejantes a las actuales, y no se encontró en él ninguno de los llamados estigmas de la lúes ingénita (óseos, dentarios, etc.). Además, en el padre del pa-

ciente se comprobó la ausencia de la infección tanto clínica como serológicamente; en cuanto a la madre que abandonó al niño a la edad de seis meses y de la que no se ha vuelto a saber, tampoco fué posible obtener sobre ella, dato positivo alguno.

Si todos los datos inclinan contra un origen congénito de la sífilis en este caso, ¿cómo podría haberla adquirido este niño de diez años?

Se desecha desde luego el mecanismo normal sexual por las condiciones anatómicas y fisiológicas de sus órganos genitales que están de acuerdo con su edad, así como una posible contaminación inocente accidental, ya que no hay dato alguno en este sentido y en ningún sitio de la piel o mucosas accesibles a la inspección se ha advertido la existencia del accidente primario; en cambio, en datos sociales obtenidos por interrogatorio asociados a algunos de exploración, puede fundarse casi la certeza de la forma en que fué contagiado.

El niño es de Uruapan, Mich., donde vivió hasta hace cuatro años en que vino a esta ciudad donde reside con su padre y su madrastra; aun cuando no hay datos que hagan pensar en mal trato por parte de éstos, lo cierto es que el muchacho ha tenido tendencia a la fuga del hogar durante los últimos meses, habiendo efectuado tres o cuatro escapatorias de duración variable. En la última ocasión, el padre le encontró después de dos meses de estar perdido, y en condiciones físicas deplorables, enflaquecido, atontado, empiojado, etc.; desgraciadamente ni el padre ni nosotros pudimos obtener del chico sino datos absolutamente vagos sobre la forma en que vivió en esos dos meses, ni mucho menos sobre lo que nos interesaba averiguar; sólo se llegó a saber que vagaba por uno de nuestros mercados y dormía con un "bolero" de mayor edad que él.

Fué dos o tres semanas después de su regreso, cuando empezó a presentar los síntomas que motivaron la consulta.

Como datos objetivos, nos encontramos en presencia de un chiquillo de aspecto huraño y mirar desconfiado que no respondía a nuestra inquisición sino por monosílabos negativos o interrogativos; no fué posible romper este mutismo, a pesar de que varias personas intentaron hacerlo de diversas maneras, de modo que no se logró que confesara el haber sido sometido a violencia o prácticas homosexuales, tal como suponemos que sucedió; tal vez a nues-

tra falta de experiencia en esta clase de interrogatorio se debió nuestro fracaso.

En un dato de orden clínico parece haber en cambio mejor fundamento para nuestra hipótesis. Al hacer el estudio de los elementos pápulo-erosivos que se hallan en la margen del ano, éste se advirtió modificado en su aspecto: en vez del aspecto plano y contraído que tiene normalmente, se veía deprimido y abierto, lográndose apreciar esta dilatación espontánea por una separación no forzada de las regiones adyacentes; aun cuando tengo entendido que los peritos médico-legistas no consideran estos signos como absolutamente patognomónicos de pederastía pasiva, unidos sin embargo a todos los otros datos clínicos y sociales, puede decirse que nos resuelven la incógnita: este niño debe haber adquirido la sífilis por vía anal debido a relaciones homosexuales.

El enfermo fué internado en el Servicio de Dermatología del Hospital General, donde quedó sometido a un tratamiento mixto de ataque, arsenobismútico, según el esquema de Sézary, que es el mismo que usamos en el adulto y sólo modificado en cuanto a las dosis en relación con el peso del niño; dos meses después fué dado de alta habiendo ganado durante el curso de la curación ocho kilos y quedado blanqueado de sus lesiones aparentes; se le citó para un mes después aplicarle su segundo tratamiento.

Son de citarse como particularidades del caso: la confusión efectuada con la lepra, que nos recuerda con cuánta frecuencia se toma una de estas infecciones por la otra, los detalles clínicos que facilitaron el diagnóstico, como son la forma de la alopecia, etc., la manera como obtuvo la infección y por último la completa tolerancia al tratamiento mixto que es el de elección en estos casos.

No sería posible desarrollar estos comentarios, sin alargar de manera no deseable este trabajo, a que sólo se pensó darle la forma de mera nota clínica.

NOTA: Después de terminado y presentado este trabajo, hemos tenido oportunidad de observar en el Servicio de Dermatología del Hospital General, un tercer caso de sífilis adquirida en un niño de diez años por práctica homosexual.