

# Linfogranuloma venéreo en Puerto Rico<sup>1</sup>

COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LA SINTOMATOLOGÍA Y  
TRATAMIENTO DE 45 CASOS

Por F. HERNÁNDEZ MORALES y GUILLERMO M. CARRERA

De los Departamentos de Medicina Interna y Cirugía del Hospital de la Universidad,  
en la Escuela de Medicina Tropical de San Juan, Puerto Rico

EL LINFOGRANULOMA venéreo, conocido comúnmente como "linfogranuloma inguinal," "bubón climático" o enfermedad de Nicholas, de Durand, de Fabre, podemos definirlo como enfermedad contagiosa, que se transmite por contacto venéreo, cuya causa es un virus filtrable y se caracteriza por una inflamación primaria herpetiforme, acompañada de reacción inflamatoria de los ganglios inguinales, inguinofemorales e ilíacos. En el año 1865 Trousseau<sup>2</sup> describió unos bubones inguinales supurados que había observado entre la población joven de los criollos antillanos. En 1867, Bourguet<sup>3</sup> observó la enfermedad entre las tropas mexicanas, sin relación alguna con la sífilis. Desde esta última fecha en adelante se sucedieron las comunicaciones sobre bubón climático y linfogranuloma venéreo, hasta que al fin se cayó en la cuenta de que ambas enfermedades eran una sola. Aunque la enfermedad ha sido conocida desde largo tiempo, es en los últimos veinte años que ha sido estudiada, sobre todo después que se ha utilizado la prueba intracutánea de Frei,<sup>4</sup> y que se conoce la transmisión del virus a los monos, ratoncillos, cobayos y embriones de pollos.

Findlay<sup>5</sup> asegura que fué Gay Prieto el primero que demostró que el agente etiológico de la enfermedad era un virus, cuyo diámetro de filtración, según distintos observadores, varía entre 0.24 y 0.33 micras.

Entre los trabajos más importantes sobre este virus figuran los de Levaditi, quien demostró la transmisión de la infección al cerebro de los ratoncillos, corroborándose por otros investigadores (Hellerström y Wassen, Cohen y Kleeberg, y otros) la existencia del virus en el pus del bubón

1. Recibido para publicación el 12 de mayo de 1942.

2. C. Trousseau, citado por H. Stannus Stannus, *A Sixth Venereal Disease* (London: Ballière, Tindall y Cox, 1933).

3. Bourguet, *ibid.*

4. W. Frei, "New Skin Reaction in Lymphogranuloma inguinale," *Klin.Wchenschr.*, IV (1925), 2148.

5. G. M. Findlay, citado por Stokes *et al.*, "Lymphogranuloma venereum," *Am.J.M.Sc.*, CXCVII (1939), 575.

inguinal, y comprobándose por muchos otros que el virus existe en todas las lesiones conocidas de la enfermedad.

El virus conserva su actividad a la temperatura del laboratorio durante 24 a 48 horas, pierde su virulencia a la temperatura de 46° C al cabo de 3 minutos, desaparece en 10 minutos a 56° C, pero no le afectan las bajas temperaturas durante 24 horas.<sup>6</sup>

La frecuencia del linfogranuloma venéreo varía según las distintas regiones. En la tabla I puede verse la proporción en que se presenta en distintas partes del mundo, y en la tabla II, su frecuencia en varias instituciones hospitalarias del gobierno de Puerto Rico. La mayor parte de los que se conocen son "casos clínicos estudiados en sitios donde existe cierta promiscuidad sexual, o entre las prostitutas . . . , por consiguiente no sabemos bien cómo se distribuye la enfermedad entre la población general."<sup>7</sup>

Ya no se considera el linfogranuloma venéreo como una enfermedad tropical, pues se lo encuentra en todas las partes del mundo. Se creyó que era más susceptible la raza negra, pero las investigaciones más recientes han demostrado que ni el sexo ni la raza ejercen ninguna influencia sobre su distribución. Desde el punto de vista de la salud pública constituye esta enfermedad un problema de importancia cada vez mayor, y como quiera que las lesiones en los órganos sexuales femeninos pasan frecuentemente sin ser notadas, habiéndose podido obtener el virus de la enfermedad en la mucosa vaginal indemne de una enferma que sólo presentaba una linfadenitis inguinal, resultan perfectamente inútiles las medidas profilácticas, sobre todo no existiendo hasta la fecha ningún procedimiento inmunizante.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La lesión primaria se presenta en algún punto de los genitales externos, lo más comúnmente en el surco circular del glande, de forma redondeada, frecuentemente como una ulcerilla o vesícula, casi siempre única, rara vez múltiple, de bordes limpios, y fondo grisiento. No es pruriginosa, no duele, no es sensible al tacto, y aparece rodeada de una zona enrojecida sin induración. Esta lesión es por lo general transitoria y cura espontáneamente, pudiendo pasar en ocasiones sin ser notada, aunque a veces dura varias semanas antes de desaparecer. Sin embargo, al cabo de seis u ocho

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

TABLA I<sup>a</sup>  
Foco de la reacción Frei en sujetos de distintas partes del mundo

Autor	Localidad	Num. total de sujetos a quienes se practicó la prueba	Porcentaje de reacción Frei positiva				
			Sujetos			Prostitutas	
			Blancos	De color	Total	Blancas	De color
Gray <i>et al.</i>	St. Louis, Missouri	790	3.4	40	43.4	4.4	47.7
De Wolf y Van Cleve	Cleveland, Ohio	1,010	...	..	58	...	....
Haim y Mathewson	San Francisco General Hospital	788	...	..	2.7	...	....
Tasaki y Kaminura	San Francisco Marine Hospital	700	...	..	8.9	...	....
Goldblatt	Harbin y Mukden, China	995	Japoneses Coreanos	..	12.8 23.4	Chinas	27.2
Clyne	Cincinnati, Ohio	...	...	..	32	...	....
Simon y Bralez	Fort Sam Houston, Texas	1,158	...	..	4.1	...	....
Hanschell	St. Lazare Hospital, Francia	412	...	..	4.1	...	....
	Seamen's Hospital, Londres	17,900	...	..	0.7	...	....

<sup>a</sup> Tabla preparada según los resultados obtenidos por Stokes *et al.*, "Lymphogranuloma venereum," *Am. J. M. Sc.*, CXCVII (1939), 575.

TABLA II  
Reacciones positivas Frei en algunas instituciones del gobierno de Puerto Rico

Sitio	Total de casos examinados	Sero		Raza		Pruebas Frei positivas			
		Hombres	Mujeres	Blancos	De color	Sexo		Raza	
						Hombres	Mujeres	Blancos	De color
Penitenciaría Insular para hombres	118	118	...	63 (53.4%)	55 (46.6%)	13 (11%)	...	4 (31%)	9 (69%)
Penitenciaría Insular para mujeres	96	...	96	27 (28.2%)	69 (71.8%)	...	11 (11.4%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)
Hospital de Distrito de Bayamón	131	84 (64.1%)	47 (35.9%)	81 (61.8%)	50 (38.2%)	16 (19%)	5 (10.8%)	13 (61.9%)	8 (38.1%)

semanas de haber aparecido la lesión inicial, el enfermo comienza a sentir leves dolores en la región inguinal derecha o izquierda, o en ambas, acompañados de malestar general, fiebre, escalofríos, cefalalgia, fotofobia, náuseas y dolores generalizados en todo el cuerpo, aunque en ocasiones puede faltar toda esta sintomatología. El paquete ganglionar de la región femoral superior comienza a inflamarse lentamente, y al mismo tiempo otros ganglios participan de la inflamación, pudiéndose palpar a través de la piel y presentando una resistencia algo semejante a la del bubón sífilítico. En el bubón que los franceses califican como "forma frustrada," la enfermedad no pasa del cuadro anterior y los ganglios regresan lentamente a su estado normal.

En la forma aguda, sin embargo, los ganglios se apelotonan y adoptan una forma oval, con el eje mayor paralelo al ligamento inguinal. Aparecen después múltiples focos de fluctuación purulenta, apreciables a la palpación, notándose en distintos sitios parajes deprimidos. Los tegumentos que lo cubren tórnanse edematosos y distendidos, presentando la piel un color morado típico; la fluctuación es ya franca; en ocasiones se forma un gran absceso purulento por la confluencia de otros más pequeños, y de aquí en adelante, la enfermedad sigue un curso muy variable.

A pesar del tratamiento en unos casos, o sin haber sido tratados, en otros, el bubón se fistuliza. Numerosas bocas fistulosas (30 o 40) le dan a la superficie del bubón el aspecto "de una regadera . . . , lo que se considera como signo patognomónico de la enfermedad."<sup>8</sup> Estas fístulas tienen un aspecto bastante característico: "no hay ulceración alrededor de la boca, los labios no están infiltrados, debajo de la piel no hay bolsas y no hay signos de granulación. Exudan un líquido espeso opalescente, blanco amarillento o verdoso, pegajoso, que se adhiere a los instrumentos y cuesta trabajo extenderlo sobre la laminilla de cristal. Estas ulceraciones duran meses y meses antes de que todas las fístulas queden cicatrizadas."<sup>9</sup>

La sintomatología general que puede acompañar a esta segunda etapa de la enfermedad que acabamos de describir, consiste en una adenopatía generalizada, trastornos viscerales, esplenomegalia, síntomas artríticos, eritema multiforme o nudoso, linfangitis en los vasos dorsales del pene y, en muchas ocasiones, adenitis profunda de la fosa ilíaca que puede confundirse con algún estado patológico abdominal agudo.

8. Stannus, *op. cit.*

9. *Ibid.*

En la mujer la lesión primaria suele aparecer más frecuentemente en la horquilla de la vulva, en la matriz o en la pared posterior de la vagina, pasando desapercibida en la mayoría de los casos. Los vasos linfáticos de estas regiones drenan dentro de los ganglios perirectales, los cuales producen en esta región una inflamación aguda o crónica, lo cual constituye una de las complicaciones más temibles de la enfermedad: el síndrome anorrectal.

Después de esta segunda etapa resulta difícil determinar si el enfermo habrá de ser víctima de cualesquiera de las secuelas que producen la obstrucción de la circulación linfática, las cuales, en la mayoría de los casos, acarrearán una lesión permanente para toda la vida. He aquí algunos de los estados patológicos a que puede dar lugar esta segunda etapa adenítica: (1) estrechez rectal; (2) elefantiasis del pene; (3) elefantiasis del escroto; (4) elefantiasis de la vulva (esthiomene); (5) elefantiasis de las extremidades inferiores; (6) linfangitis tropical recurrente; (7) fístula rectovaginal; (8) fístula rectovesical; (9) enteritis regional con estrechez.

Los dos trastornos patológicos más frecuentes entre todos éstos suelen ser la linfangitis tropical recurrente y el síndrome anorrectal. Las manifestaciones clínicas del primero de ellos son bien conocidas y no hemos de discutir las aquí; basta recordar que en todos los casos de linfangitis tropical recurrente debe tenerse siempre presente que puede ser ocasionada por la destrucción de las glándulas linfáticas por el virus del linfogranuloma. Sin embargo, el síndrome anorrectal es ya un problema médicoquirúrgico de tal importancia que merece considerarlo con detenimiento. Los sujetos que padecen esta temible complicación suelen presentar una historia clínica de complicaciones gastrointestinales, localizadas principalmente en el intestino grueso. Tras un período considerable, a continuación de la segunda etapa de la adenitis, aparecen los síntomas de colitis. Las deposiciones intestinales se tornan irregulares alternando la diarrea con el estreñimiento y, en muchas ocasiones, tenesmo, con el bolo fecal imperfectamente formado y, a veces, deposiciones líquidas y fétidas, acompañadas primero de moco y sangre y, finalmente, de pus. El enfermo comienza gradualmente a decaer, pierde el apetito, no tolera los alimentos digeridos y sobreviene la anemia. En este momento se establece la etapa final: estenosis intestinal crónica con estreñimiento que puede llegar hasta la obstipación absoluta. El enfermo evita el tener que defecar, porque los movimientos intestinales le producen un dolor rectal muy intenso. Con el tiempo la estenosis se hace cada

vez más intensa hasta que finalmente se produce la obstrucción completa del recto.

Al examinarles, estos sujetos presentan un aspecto de enfermos crónicos, anémicos, caquécticos, con el colon descendente repleto de heces fecales, espástico y doloroso al tacto. A intervalos prodúcense en el intestino enérgicas ondas peristálticas. Por lo general, pueden observarse prominencias verrucosas o papilomatosas que se proyectan fuera del esfínter, algunos hemorroides y pérdida de la contracción del esfínter anal, a través del cual sale un exudado purulento teñido de sangre. La mucosa rectal del ano está ulcerada y desgarrada, y a unas dos o tres pulgadas del ano hay una estenosis circular fibrosa, no contráctil, con enorme engrosamiento fibroso de los tejidos perirectales. Obsérvase también en ocasiones que los ganglios perirectales están supurados, existiendo trayectos fistulosos en el periné semejantes a los que hemos descrito anteriormente. El síndrome anorrectal en el hombre se cree que se debe a contactos homosexuales.<sup>10</sup>

Hanse descrito también complicaciones en el trayecto gastrointestinal.<sup>11</sup> Sin embargo, como en muchas ocasiones se le ha confundido con la enfermedad de Chron, su etiología no se puede precisar sino con la intervención quirúrgica.

#### DIAGNÓSTICO

“Actualmente el diagnóstico de la enfermedad se hace con la prueba intracutánea de Frei.”<sup>12</sup> Para ella se han utilizado varios antígenos: masa encefálica de ratoncillos, embrión de pollo, el antígeno preparado aspirando el contenido de los ganglios afectados, o bien macerando una porción ganglionar. Hay una preparación comercial obtenida por inyección intracerebral a los ratones, que nosotros hemos ensayado con buenos resultados.<sup>13</sup> Ultimamente hay un antígeno preparado con la membrana corioalantoide del pollo,<sup>14</sup> pero nosotros no tenemos apenas experiencia con esa preparación y, en nuestra opinión, el antígeno preparado con material del bubón da una reacción más intensa en los casos positivos, siendo además

10. A. A. Grace y G. W. Henry, “Mode of Acquisition of Anorectal Type of Lymphogranuloma venereum,” *N.Y. State J. Med.*, XL (1940), 285.

11. W. E. Coutts, L. Opazo y M. Montenegro, “Digestive Tract Infection by Virus of Lymphogranuloma inguinale,” *Am. J. Dig. Dis.*, VII (1940), 287.

12. Stokes *et al.*, *op. cit.*

13. El antígeno de Frei está preparado por los laboratorios Lederle, Inc., de Nueva York.

14. El antígeno *Lygranum* está preparado por *E. R. Squibb and Sons*, de Nueva York.

más fácil de preparar siguiendo la técnica recomendada por Frei.<sup>15</sup> La prueba intracutánea se ejecuta esterilizando la piel con alcohol en el tercio superior interno del antebrazo, e inyectando intracutáneamente 0.1 cc. de antígeno comercial o preparado. Si se utiliza la preparación comercial obtenida de masa cerebral de ratoncillos, debe hacerse otra inyección testigo en el antebrazo opuesto con una solución preparada con masa cerebral de ratoncillos normales, macerada en solución salina. Si se preparase un antígeno con pus obtenido por aspiración, deberá inyectarse como testigo una solución salina normal. El resultado de la prueba puede observarse a las 48 horas. Cuando es positivo se forma una pápula de contornos definidos con un diámetro de 7 mm., por lo menos, rodeada por una zona circular infiltrada y eritematosa. En el sitio de la inyección testigo no debe aparecer reacción alguna. Si la prueba Frei da resultado positivo, la reacción continúa siendo positiva por muchos años y en ocasiones durante toda la vida. Sin embargo, existen comunicaciones en las que se asegura que la reacción positiva al principio se ha tornado después negativa.<sup>16</sup> Cuando existen infecciones mixtas, por ejemplo, lúes, tuberculosis y chancroides, la prueba de Frei puede ser negativa al comienzo,<sup>17</sup> y éste es un hecho que debe tenerse en cuenta.

La inyección intracutánea del antígeno Frei preparado con exudado aspirado del bubón de casos sospechosos, a un caso positivo conocido, es un método que se ha usado también para demostrar si un caso sospechoso es o no de linfogranuloma venéreo. (La aspiración del jugo ganglionar inyectado a los conejos produce una reacción local que puede utilizarse como reacción diagnóstica<sup>18</sup>). La reacción de fijación de complemento ha sido también utilizada para este propósito, pero aún no se ha podido demostrar su certeza. Melczer y Sipos<sup>19</sup> creen que este último método es bastante seguro en 87.5 por ciento de los casos; en cambio, otros investigadores no han obtenido resultados positivos. En casos de duda hay que practicar el examen biopsico de los tejidos, medio algo peligroso que expone a las infecciones secundarias, cuya complicación debe evitarse por todos los medios.

15. W. Frei, “On the Skin Test in Lymphogranuloma inguinale,” *Investigative Dermatology*, II (1939), 119.

16. Stannus, *op. cit.*

17. *Ibid.*

18. G. M. Findlay, “Experiments on the Transmission of the Virus of Climatic Bubo to Animals,” *Tr. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, XXVII (1933), 35.

19. N. Melczer y K. Sipos, citado por Stokes *et al.*, *op. cit.*

Ultimamente se ha puesto en práctica una prueba de diagnóstico<sup>20</sup> que consiste en inyectar intradérmicamente a los enfermos sospechosos líquido céfalorraquídeo (concentrado por métodos especiales) procedente de sujetos que padecen la enfermedad. En los casos positivos aparece una vesícula 24 horas después en el sitio de la inyección; pero nosotros no hemos ensayado este método.

Durante la etapa adenítica se da en los enfermos una leucocitosis leve con mononucleosis. Los hematíes y la hemoglobina apenas sufren alteración al comienzo de la enfermedad, pero en la fase anorrectal generalmente se produce una anemia profunda. En una elevada proporción de casos hay hiperproteinemia e hiperglobulinemia.<sup>21</sup> Los lípidos del plasma sanguíneo, por otra parte, están disminuídos. La hiperglobulinemia quizás explique el que la sangre de los enfermos dé una reacción Wassermann positiva, así como el aumento de la sedimentación.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al diagnosticar estos casos tenemos que tener en consideración todas las enfermedades que provocan la inflamación de los ganglios inguinales. Todas las infecciones de las extremidades inferiores se acompañan generalmente de hipertrofia de los ganglios inguinales. Lo mismo ocurre en la linfangitis tropical recurrente y en la filaria. Las infecciones secundarias a las lesiones de la uretra anterior, del meato urinario, del surco circular del glande, o en el pene se reflejan igualmente sobre estos ganglios a los que suele alcanzar el virus del linfogranuloma venéreo. Cuando se trata de una infección sífilítica, el bubón se parece al del linfogranuloma en su primera etapa, pero tan pronto como se manifiesta la fluctuación, la diferenciación clínica se hace fácilmente. Si la adenitis es purulenta, o sea, secundaria a los chancroides, el cuadro clínico se caracteriza por la intensa sensibilidad, el dolor local y el espasmo muscular. La enfermedad de Hodgkin, la leucemia y el linfosarcoma pueden descartarse por el estudio del hematograma o por la biopsia; pero deberá tenerse siempre presente, que un enfermo puede padecer de linfogranuloma venéreo y desarrollarse después cualquiera de las enfermedades antes mencionadas.

Una reacción Frei positiva basta para advertirnos el estado pa-

tológico latente, y en tales casos es necesario verificar una observación más cuidadosa del enfermo. Cuando todos los tejidos linfáticos están afectados pero falta la presencia de pequeños abscesos y periadenitis, ello es suficiente para sospechar algún estado patológico distinto del linfogranuloma venéreo. Nosotros hemos podido observar dos casos en esa forma. Alguna vez que otra la causa real era la tuberculosis localizada en las glándulas inguinales, pero siempre esto ocurrió en niños pequeños.

La dilatación de los vasos linfáticos en la región femoral puede ser confundida en ocasiones con ganglios hipertróficos, bastando examinar cuidadosamente al enfermo para aclarar el diagnóstico. Eso no obstante, el granuloma inguinal se confunde con mucha frecuencia con el linfogranuloma venéreo, a pesar de que el aspecto clínico de cada enfermedad es tan distinto que resulta fácil establecer el diagnóstico diferencial.

#### TRATAMIENTO

*Etapa adenítica.* Desde antiguo vienen ensayándose distintas clases de drogas con más o menos éxito en el tratamiento de esta enfermedad, sobre todo los arsenicales y los preparados de antimonio, el antígeno de Frei en inyección intravenosa, hipodérmica e intracutánea, los mercuriales, la extirpación quirúrgica de los ganglios, las sales de oro, la roentgenoterapia, etc. Ultimamente han aparecido varias comunicaciones con los resultados obtenidos con ciertas drogas quemoterápicas, pero hasta la fecha es difícil valorar los beneficios obtenidos con ninguna de ellas. Se dan muchos casos que curan espontáneamente; algunos sanan con rapidez, bastando la simple aspiración de los abscesos; pero siempre quedan algunos en los que, no importa el tratamiento que se haya usado, la enfermedad sigue su curso regular.

Según nuestra experiencia, el neoprontosil da resultados muy alentadores en el tratamiento de esta enfermedad. La droga se puede administrar durante un período largo de tiempo, sin que haya que temer reacciones desfavorables, pues su toxicidad es mucho más baja que la de otros compuestos similares, y por eso su administración es la más recomendable para los enfermos deambulantes. En los adultos bastan tres tabletas de cinco granos cada una, cada cuatro horas, como dosis ordinaria; cuyo tratamiento puede continuarse durante un período razonable de tiempo, vigilando, cuidadosamente, durante la administración, la aparición de reacciones tóxicas y la

20. C. Ottolina, "Vesicular Test," *Am. J. Trop. Med.*, XXI (1941), 597.

21. M. E. Howard, A. J. Elisemann y M. J. Strauss, "Alterations in Serum Proteins in Lymphopathia venerea," *Am. J. Syph.*, XXIII (1939), 83.

composición del hematograma. Si se presenta fluctuación en los ganglios deben aspirarse los abscesos con aguja de calibre 20 o 22. Todos los casos tratados en esta forma han respondido bien y no ha habido uno solo, entre la serie de enfermos que hemos tratado, en que haya sobrevenido la supuración.

*Síndrome anorrectal.* El tratamiento de este síndrome es en cambio muy desalentador. Nosotros hemos apelado, con éxitos muy escasos, a todos los remedios conocidos, contentándonos últimamente con prescribir una dieta de alimentos que dejen escaso residuo, aceite mineral, practicando la dilatación rectal cuando es necesario y evitando en lo posible traumatizar el recto. A pesar de todo, puede sobrevenir la perforación (sobre todo en el *cul-de-sac*) y, por este motivo, se aconseja obliterarlo antes de intentar la dilatación.<sup>22</sup>

Últimamente hemos ensayado la diatermia, según los procedimientos de Martz y Foote.<sup>23</sup> Para ello se introduce a través de la estrechez un dilatador cervical metálico que se conecta con la máquina diatérmica, haciendo pasar entonces una corriente de 900 a 1,800 miliamperios durante veinte minutos, cuyo tratamiento puede administrarse dos veces a la semana. Aunque no hemos podido observar por medio de los rayos X ninguna diferencia en el calibre de la estrechez, los enfermos tratados en esta forma dicen sentirse mejor.

El tratamiento quirúrgico puede estar indicado a veces, pero, en nuestra opinión, deberá diferirse el mayor tiempo posible.

#### PRESENTACIÓN DEL MATERIAL

Entre los últimos 1,500 enfermos ingresados en los dispensarios del Hospital de la Universidad de la Escuela de Medicina Tropical aparecieron 47 casos de linfogranuloma venéreo, o sea, en proporción de 3.1 por ciento. La proporción más numerosa (25) se dió entre los sujetos de 20 a 29 años; esto es, en la edad de mayor actividad sexual. El número de varones fué 30 y el de hembras 17: proporción de 2 a 1; lo cual puede explicarse por el hecho de que las adenitis inguinales se dan con más frecuencia en el sexo masculino y que los hombres, por regla general, acuden más pronto a tratarse las enfermedades venéreas. En las mujeres, a causa principalmente de las

22. H. J. Warthen, "Operative Treatment (Obliteration of Cul-de-sac and Colostomy) for Benign Rectal Stricture; Preliminary Report," *Arch.Surg.*, XXXVIII (1939), 617.

23. H. Martz y M. N. Foote, "Stricture of Rectum Secondary to Lymphogranuloma venereum; Treatment with Diathermy," *J.A.M.A.*, CXIV (1940), 1041; "Lymphogranuloma Strictures of Rectum; Treatment by Diathermy," *Rev. Gastroent.*, VII (1940), 144.

localizaciones muy variadas de la lesión inicial, la enfermedad suele pasar desconocida durante sus primeras etapas.

Las lesiones primarias pudieron observarse en sólo 4 casos, todos varones, consistiendo en una ulceración pequeña superficial, indolente, no infiltrada, en el surco circular del glande.

La adenitis inguinal se observó en 27 casos: 19, en el lado izquierdo, 6 en el derecho y 2 en ambos lados. Los ganglios generalmente afectados fueron los del paquete superior, aunque los de la fosa ilíaca parecían participar también en el proceso inflamatorio.

La sintomatología más frecuente descrita por los enfermos es como sigue: fiebre, en 21 casos; escalofríos, en 17; dolor localizado en alguna región determinada, en 11; cefalalgia, en 10; pérdida de peso, en 8; anorexia, en 4; mareos, en 2; dolores en el cuerpo, en 1, y trastornos de la visión, en 1. Casi todos los enfermos que padecían adenitis eran ambulatorios, aunque en algunos pocos podía notarse el estado de debilidad profunda. La mayoría, no obstante, podía continuar su trabajo diario. A 3 casos hubo que enviarles al oftalmólogo para examen del fondo del ojo, y, en dos, la mácula parecía tener un color más profundo que de ordinario. Los dolores localizados eran muy variados, lo que depende mayormente de la sensibilidad más o menos grande de cada individuo. La mayor parte se quejaba de dolores muy tenues, con poca sensibilidad a la palpación, lo cual, en nuestra opinión, constituye un dato importante para el diagnóstico diferencial. En todos los casos los ganglios inflamados presentaban un aspecto típico. La piel que los cubre estaba como adherida a los tejidos que cubrían el paquete ganglionar, presentando un color violáceo. La cefalea, cuando existía, era bastante intensa en la mayoría de los casos, pero se aliviaba fácilmente con ácido acetilsalicílico. La reacción Kahn dió resultado positivo en 25 de los casos que presentaron adenitis inguinal. En 16 de estos casos, sin embargo, pudo comprobarse que habían sido sometidos antes a un tratamiento antilúético. En 4 de los casos positivos sin tratamiento previo antilúético, las cifras correspondientes a las seroglobulinas fueron: 4.1, 3.7, 4.4 y 2.67 gramos por 100 cc. de sangre. Como se ve, en 2 de ellos las seroglobulinas estaban aumentadas, lo cual quizás explique el resultado positivo de la reacción Kahn.

La hemoglobina osciló entre 50 y 100 por ciento: en 2 casos entre 50 y 59; en 5, entre 70 y 79; en 14, entre 80 y 89; en 9, entre 90 y 99, y en 4 pasó de 100 por ciento. Estas cifras demuestran que, en general, la enfermedad produce una anemia muy leve.

Los recuentos de hematíes dan cifras correspondientes a las ex-

TABLA III  
Tratamiento con los sulfamilamidos

Número de orden en el hospital	Edad	Sexo	Raza	Duración antes del tratamiento	Adenopatia inguinal	Datos de laboratorio		Tratamiento con neoprontosil	Número de aspiraciones	Número de días de tratamiento necesarios para la curación clínica	Notas
						Frei	Wass.				
9731	23	M	B	30	Izquierda	+	0	+	0	9	No volvió a la consulta
A733	22	M	C	21	Izquierda	+	0	+	0	28	No volvió a la consulta
A860	17	M	C	14	Derecha	+	0	+	0		No volvió a la consulta
10008	18	M	B	14	Izquierda	+	0	+	0		
9972	19	F	B	21	Derecha	+	0	+	0	17	
9928	14	M	B	21	Izquierda	+	0	+	1	7	
10208	22	M	C	30	Izquierda	+	0	+	2	61	
10204	29	M	B	30	Izquierda	+	0	+	4	25	
10103	14	M	B	25	Izquierda	+	0	+	2	28	
10080	16	M	B	60	Izquierda	+	0	+	0	15	Ganglios incindidos
10053	18	M	M	9	Izquierda	+	0	+	0		Cura espontánea
A830	21	M	C	7	Derecha	+	0	+	0		No ha vuelto al dispensario
A879	22	M	C	30	Izquierda	+	0	+	1	5	
A264	28	M	B	30	Izquierda	+	0	+	0	44	
A281	28	M	B	60	Izquierda	+	0	+	0	69	
9970	26	M	B	14	Derecha	+	0	+	0	63 <sup>a</sup>	
A444	25	M	B	30	Derecha	+	0	+	0	37	Cura espontánea
8454	18	M	B	30	Izquierda	+	0	+	0	120	Tratado con antígeno de Frei
A48	23	M	C	270	Izquierda	+	0	+	0	41	Tratados con <i>Fuadin</i> y <i>anthiomaline</i>
A55	22	M	B	16	Izquierda	+	0	+	0	12	
A110	25	M	C	60	Izquierda	+	0	+	0	46	
A849	33	M	B	60	Derecha <sup>e</sup>	+	0	+	0	23	
9927	27	M	M	21	Izquierda	+	0	+	0	32 <sup>a</sup>	Cura espontánea
A489	21	M	B	30	Derecha	+	0	+	0		Reacción tóxica; suspendida la medicación
A145	41	M	B	20	Izquierda	+	0	+	0	33 <sup>a</sup>	Cura espontánea

<sup>a</sup> Desde el comienzo de la enfermedad hasta la desaparición de los ganglios.

puestas. En 23 casos se contaron 4 y 5 millones de hematíes por mmc.; en 6, solamente oscilaron entre 2.5 y 4 millones por mmc. Los leucocitos fluctuaron entre 4,000 y 12,000 por mmc., aunque en 7 ocasiones la leucocitosis pasó de 10,000. En el número mayor de casos (7) la cifra de glóbulos blancos osciló entre 6,000 y 6,500 por mmc. y sólo en uno sobrepasó los 12,000.

La cantidad total de seroproteína se determinó en 13 casos, y los valores correspondientes fueron: en 2 casos, de 6.5 y 6.9 gm. por ciento; en 4, de 7.00 y 7.99; en 5, de 7.50 y 7.99; y en 2, de 8.00 y 8.49 gm. por ciento. En 1 solo caso la cifra total de proteínas fué de 6.49 gramos por ciento.

La fracción de globulina en la seroproteína osciló entre 1 y 1.49 gramos por ciento, en 2 casos; 2.50 y 2.99, en 3; 3.5, en 2; 3.99, en 4 y 4.91, en 3. En 3 enfermos la proporción es de 2.49, 3.49 y 4.99 gramos por ciento, respectivamente. Como se ve, la fracción globulínica está aumentada en sólo 4 casos. Estas últimas observaciones no concuerdan con los datos de otros autores que han observado hiperglobulinemia.<sup>24</sup>

#### TRATAMIENTO

*Etapa adenítica.* Al considerar el tratamiento de esta etapa de la enfermedad no debemos olvidar que en ocasiones la adenitis cura espontáneamente, de aquí que es difícil precisar si un tratamiento determinado ha dado en realidad resultados efectivos.

Desde la aparición de las drogas sulfas y su uso en la medicina, se han publicado comunicaciones muy entusiastas en las que se describen curas muy espectaculares de esta enfermedad. Nosotros hemos preferido usar el neoprontosil por las razones que ya hemos apuntado. En la tabla III aparecen los resultados obtenidos en el tratamiento de 25 casos de adenitis inguinal.

La adenitis desapareció espontáneamente en 4 enfermos. El promedio de días que duró el tratamiento fué de 35.7. En el caso de tratamiento más dilatado tuvimos que inyectar intravenosamente antígeno Frei, *Fuadin* y *anthiomaline*, antes que desapareciese la hipertrofia ganglionar. A 6 casos, al mismo tiempo que se administró neoprontosil, hubo que practicar la aspiración del líquido contenido en los ganglios que habían comenzado a fluctuar. Sólo en un caso tuvimos que suspender la administración de la droga a causa de la reacción tóxica presentada; en cambio, todos los demás

24. Howard, Elisemann, y Strauss, *op. cit.*

casos la toleraron muy bien. Cuatro enfermos dejaron de continuar asistiendo al dispensario y no se pudo seguir observándolos, desconociendo por tanto el curso ulterior de la enfermedad.

No hemos ensayado los nuevos derivados sulfanilamidos porque creemos que los resultados obtenidos hasta la fecha son excelentes y únicamente podrían mejorarse a expensas de aumentar la toxicidad de la droga.

*Período de estrechez rectal.* Este es uno de los signos más importantes de la enfermedad, presentándose en 13 de los 45 casos: 10 entre las mujeres y 3 entre los hombres; 7 de raza blanca y 6 de color, y distribuídos entre las edades siguientes; 2 entre 20 y 24 años de edad; 3 entre 25 y 29; 5 entre 35 y 39 y 2 entre 55 y 59. Uno de los enfermos tenía 32 años de edad. En ninguno de los enfermos había antecedentes de haber padecido antes adenitis inguinal; todos los enfermos negaron haber efectuado contacto sexual contranatura.

Los síntomas más importantes fueron: diarrea, estreñimiento, defecación dolorosa, tamaño reducido del bolo fecal, supuración rectal, debilidad y anemia. Cinco de estos enfermos habían sido tratados como sifilíticos.

La proporción de hemoglobina fluctuó entre 30 por ciento (Sahli) y 99 por ciento; en 8 de ellos, entre 50 y 79 por ciento. La cantidad de hematíes osciló entre 2.5 y 3.99 millones por mmc. Los leucocitos generalmente fluctuaron dentro de los límites normales: 4,000 y 8,500 en 9 de los casos.

Solamente en un caso se determinó la cantidad total de proteínas en la sangre con resultado normal: 7.1 gramos por ciento. La fracción de globulina, sin embargo, estaba aumentada: 4.9 gramos por ciento.

Al examen con el protoscopio nótase generalmente falta de contracción del esfínter anal, existiendo un anillo de tejido fibroso que forma una estrechez, a dos o tres pulgadas de distancia del ano, cubierta por una mucosa desgarrada, hiperplástica y, en ocasiones, con vegetaciones verrucosas. Los estudios roentgenológicos del colon demostraron estrecheces rectales de distintos tamaños en un caso que comprendía casi toda la sigmoide. En la tabla IV aparecen los resultados obtenidos en 11 casos con estrechez rectal. De ellos mejoraron 7, y aunque la mejoría fué más bien subjetiva, los enfermos aseguraron que las deposiciones intestinales eran mejor, menos dolorosas y con menos cantidad de moco y pus. Objetivamente, la mejoría no tenía apenas importancia, pues el tamaño de la estrechez, apreciada por el tacto digital y con enemas de bario, apenas se había

TABLA IV  
Tratamiento de la estrechez rectal

Número de la historia clínica	Edad	Sexo	Raza	Duración de los síntomas	Reacción Frei	Reacción Wass.	Neoprontosil				Dilatación	Diatermia	Mejorados	Sin mejoría	Notas
							Administrado	Duración del tratamiento	Dosis diaria (granos)	Reacción tóxica					
9939	26	F	B	8 meses	X	O	X	163 días	X	O	X	X	..	..	Continúa sangrando o supurando.
A152	37	F	C	4-5 años	X	O	X	43 días	O	O	X	..	..	Abandonó el tratamiento después de la cuarta sesión de diatermia.	
A173	25	F	B	3 años	X	O	O	...	O	O	O	..	..	Abandonó el tratamiento; solamente dos visitas al dispensario.	
10209	22	F	B	6 meses	X	X	X	99 días	X	O	X	X	..	Abandonó el tratamiento; solamente dos sesiones de diatermia.	
9881	34	F	B	...	X	X	X	120 días	O	X	X	..	..	Abandonó el tratamiento, y luego volvió.	
A509	34	F	C	10 años	X	O	O	...	O	O	O	..	..	Se le hizo colostomía permanente.	
A828	34	F	B	8 años	X	O	O	...	O	O	X	X	X	29 tratamientos diatérmicos.	
9545	59	F	C	...	X	X	X	365 días	O	O	X	..	..	15 tratamientos diatérmicos; estrechez muy grande.	
A1125	22	F	..	3 años	X	X	X	13 días	O	O	X	X	..	10 tratamientos diatérmicos, administrándosele después neoprontosil.	
8345	35	M	C	5-6 años	X	O	O	2 años	O	X	X	X	..	Tratados con antígeno de Frei al comienzo; se tuberculizó.	
8553	25	F	C	6 años	X	O	O	2 años	O	X	..	..	X		



dilatado. En un caso hubo que combinar varios tratamientos y al final hubo que practicársele la colostomía en otro hospital.

Cuatro enfermos interrumpieron su visita al dispensario y no se pudo determinar el resultado ulterior del tratamiento.

#### DISCUSIÓN

De nuestras observaciones personales sobre el tratamiento del síndrome anorrectal del linfogranuloma venéreo es difícil sacar conclusiones definitivas. Si bien siempre es recomendable un tratamiento conservador, creemos que el neoprontosil por sí solo apenas ejerció influencia alguna sobre la estrechez rectal, aunque mejoró el aspecto general de la mucosa, disminuyendo o desapareciendo totalmente la expulsión de sangre y la supuración. Las dilataciones mecánicas subsiguientes apenas producen mejoría.

Lo mismo puede decirse de la diatermia, aunque nada puede asegurarse hasta tanto que los casos hayan recibido un tratamiento muy intenso. En una comunicación de Martz y Foote<sup>25</sup> se describen 5 ó 6 casos con resultados excelentes. Nosotros en los casos estudiados no hemos observado gran mejoría.

En 5 casos de colitis, todos del sexo femenino, la reacción Frei fué positiva. La rectosigmoidoscopia acusa en todos ellos una inflamación difusa, aguda o subaguda de la mucosa, acompañada de abundante exudado mucoide. El neoprontosil mejoró positivamente el estado de estos enfermos.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. El linfogranuloma venéreo en Puerto Rico parece tener una importancia bastante considerable entre las otras enfermedades venéreas, aunque no se conocen las cifras exactas.
2. Describimos aquí las manifestaciones clínicas de esta enfermedad.
3. Una de las secuelas más peligrosas de esta enfermedad en Puerto Rico, es la estrechez anorrectal.
4. Aunque se ha usado el neoprontosil con resultados muy satisfactorios en el tratamiento de la etapa adenítica de esta enfermedad, no podemos establecer conclusiones, porque en ciertos casos ocurren curaciones espontáneas.
5. Ni el neoprontosil ni la diatermia parecen ejercer la menor influencia curativa sobre la estrechez anorrectal.

25. Martz y Foote, *op. cit.*