

ESTUDIO DE LA PORADENITIS¹

A los médicos de la República Argentina

Las autoridades sanitarias argentinas están empeñadas en la lucha contra la poradenitis, enfermedad humana que en nuestro país viene incrementándose en forma alarmante. Todos los días se registran nuevos casos de infección autóctona y este hecho, que señala claramente el arraigo del mal en nuestro territorio, impone de modo categórico a todos los profesionales su participación en el combate que se libra para eliminar un flagelo perjudicial para la economía de la Nación y para la vida sexual de sus habitantes, pues impide por tiempo prolongado el trabajo de los numerosos hombres afectados y determina graves daños, morales y materiales, en las mujeres que lo padecen.

La poradenitis² es una enfermedad venérea producida por un virus filtrable. Se adquiere habitualmente durante el contacto sexual y la lesión de comienzo que provoca (chancro o puerta de entrada) puede constituir muchas veces su primera manifestación mórbida visible, mientras en otros casos esta última consiste directamente en la aparición de la adenopatía inguinal.

Cuando en el hombre la primera manifestación de la enfermedad es una lesión de puerta de entrada, ésta puede presentar las diversas formas siguientes:

1. *Chancro erosivo*. — Simple erosión cuya etiología solo puede apreciarse clínicamente en el momento de la formación de la adenopatía.

2. *Chancro herpetiforme*. — Pequeña lesión tegumentaria, única o múltiple. Su tamaño oscila entre el de una cabeza de alfiler y el de una alverja. Tiene bordes lisos no policíclicos, a veces ligeramente desprendidos; fondo liso, por donde zuma una serosidad blanquecina o amarillenta (nunca pus), y base moderadamente infiltrada. Su indolencia es casi absoluta.

3. *Chancro nodular*. — Nudosidad subcutánea que asienta generalmente en el prepucio; de dimensiones variables entre las de una cabeza de alfiler y las de una habichuela; desplazable y elástica. En su punto culminante suele haber una pequeña perforación de la que sale escasa secreción blanco amarillenta. También ésta es una lesión indolora.

¹ Con esta denominación en el Instituto Bacteriológico ha sido creada y funciona una sección que trata de los problemas de esta enfermedad. Su parte clínica y epidemiológica está a cargo del Dr. ENSO CRISCUOLO y la investigación experimental a cargo de J. A. ZUCCARINI.

² La sinonimia de esta denominación es muy extensa. Los principales otros nombres con que ha sido designada esta dolencia son: Enfermedad de NICOLAS Y FAVRE. Bubón climático. Linfogranulomatosis benigna. Cuarta enfermedad venérea. Adenitis subaguda de la ingle. Adenitis de focos purulentos intraganglionares. Bubón tropical. Síndrome venéreo poradenolinfático. Sexta enfermedad venérea.

4. *Chancro papuloso*. — Pápula del tamaño de una perdigón, indolora y medianamente infiltrada, situada en el surco balano-prepucial o en el prepucio. En la parte más elevada de esta lesión se observa generalmente una pequeña exulceración por donde fluye una secreción blanco amarillenta.

5. *Urethritis linfogranulomatosa*. — Proceso no doloroso con poca secreción (casi siempre blanquecina), que no molesta al paciente y desaparece antes del transcurso de un mes. La investigación bacteriológica sólo descubre en estos casos la existencia de microbios no patógenos.

Se han descrito también chancros de naturaleza mixta (linfogranulomatosa-sifilítica o linfogranulomatosa-chancro blando). La dilucidación del diagnóstico depende aquí del estudio microbiológico, del correcto empleo de las correspondientes reacciones biológicas y de la atenta observación de la evolución clínica.

Ahora bien, cuando el paciente se presenta a la consulta con su proceso ganglionar ya instalado (y esto es lo que ocurre más a menudo) o cuando se examina toda persona con hipertrofia de uno o más ganglios del grupo súper-interno de la ingle; el médico debe sospechar siempre la etiología poradénica y, como consecuencia, buscar si existe alguna puerta de entrada en el pene o en las zonas vecinas.

La adenopatía linfogranulomatosa se caracteriza por estar constituida por varios ganglios linfáticos afectados a la vez y rodeados por una periadenitis tan dura y compacta que el conjunto de tejidos enfermos compone una masa tumoral única e indolora, donde muchas veces la palpación no permite reconocer los surcos interganglionares delimitantes. La intensificación de la lesión periganglionar y el aumento de los ganglios en su volumen corren parejas; llegándose así a un estado en que la periadenitis se pone en contacto con la piel, momento en el cual ésta cobra un ligero aspecto congestivo. Si en este período se practica un examen clínico del enfermo, será posible comprobar la infartación no dolorosa de los ganglios ilíacos (palpables inmediatamente por detrás de la arcada crural) y, asimismo, se verificará fiebre, leve esplenomegalia e hiperleucocitosis (neutrófila en un comienzo y luego, ya en el período de estado, linfocito-monocitaria con eosinofilia inconstante).

Si las circunstancias permiten acompañar la marcha clínica del mal, entonces podrá verse como el tono congestivo de la piel del paciente se va acentuando paulatinamente y, mediante la palpación, se descubrirá primero la formación de un solo foco pequeño de reblandecimiento, enseguida la de otro análogo y, después, la de varios más, de todos los cuales, merced a la mortificación de la piel y por pequeñas fístulas de bordes libres y calibre regular, sale al exterior un pus medianamente abundante, de tinte un tanto achocolatado y que, por la gran viscosidad que lo caracteriza, tiene aspecto gomoso. En los días sucesivos este pus es reemplazado por una secreción pegajosa de color amarillento, filante y fibrinosa, difícilmente extensible sobre los portaobjetos, cuyo examen microscópico demuestra que en ella existen gran cantidad de pequeñas células mononucleadas entremezcladas con una menor riqueza de granulocitos neutrófilos en variado grado de conservación y alternando con células de carácter histiocitario, más o menos modificadas, algunas de las cuales contienen pequeñas formaciones refringentes que se tiñen con la hematoxilina (corpúsculos de GAMNA). Estos elementos citológicos están agrupados o diseminados en una

substancia caseosa-símil, ligeramente granulada, de la cual se destacan *detritus* acidófilos, a veces escasos eritrocitos y cuerpos de GAMNA libres.

A su vez la esplenomegalia cede y la fiebre desaparece por lo general en el plazo de 1 a 8 semanas; pero, en cambio, la actividad de las fistulas descriptas persiste por un tiempo de varios meses, hasta más de 1 año en los casos graves.

En las formas atenuadas la adenopatía no llega a fistulizarse. Entonces la regresión de la sintomatología apuntada, cúmplase aproximadamente en el curso de 8 semanas.

En otras personas, por lo contrario, la supuración asume un ritmo violento y, de este modo, la lesión local llega a constituir un verdadero adeno-flegmón. Son las denominadas « formas de supuración en masa », en las cuales también los síntomas generales se acentúan y hay más fiebre, más hiperleucocitosis, etc. En ellas, al poco tiempo la bolsa purulenta se abre al exterior y, entonces, el proceso patológico puede evolucionar de dos maneras: o todas las lesiones entran prontamente en resolución o la piel se adhiere a la adenopatía y se inicia el período de la enfermedad caracterizado por el reblandecimiento en focos y la formación de múltiples fistulas.

Asimismo, según ya ha sido anotado, hay enfermos que adquieren la afección conjuntamente con sífilis o chancro blando. Cuando se trata de sífilis esta enfermedad domina el cuadro clínico durante los períodos primario y secundario; mas, una vez transcurrido este último la linfogranulomatosis benigna se revela con todas sus modalidades locales. En el caso de ser el chancro blando la enfermedad contraída concomitantemente, entonces, una vez cumplida la fase aguda de la dolencia provocada por la infección estreptobacilar, la adenopatía, lo mismo que en el caso anterior, entra en un período de lenta supuración y múltiple fistulización.

La mujer afectada por el virus poradénico puede presentar, también ella como el hombre, la sintomatología antes descripta y localizada en sus ganglios inguinales, pero esto no es nada común.

En las personas de sexo femenino se presenta en algunas oportunidades una ulceración crónica de la vulva conocida con el nombre de *estiómeno* (ἔσθιοιμῆνη). La evolución de este proceso es tórpida, aunque progresiva, y su agente causal el mismo de la poradenitis.

Otras veces, bien el estiómeno en pleno desarrollo o también sin que tal úlcera exista, la paciente resiente y se queja de molestias rectales, las cuales se traducen por dificultad en la defecación, sobre todo cuando las heces son duras, y por el escurrimiento anal de un líquido seroso y abundante, solo en un segundo tiempo hemorrágico-purulento, que baña constantemente las ropas. Así su estado, la enferma va asistiendo al paulatino estrechamiento de su recto y, cual inmediata consecuencia, al moldeo cada vez más delgado de sus heces. Por otra parte, las defecaciones originan dolores tan intensos que muy pronto la enferma siente la necesidad de postergarlas, a veces por varios días; postergaciones que se resuelven en despeños diarreicos sumamente dolorosos. Sobreviene adelgazamiento y en la facies de la atacada aparece el tinte propio de los intoxicados. Un examen clínico practicado en estas circunstancias permite reconocer: o un recto sumamente infiltrado y estrechado, sobre todo a 5 ó 6 cm. del ano, acompañado de fistulas perianales y rectales de las que fluye pus y sangre, o un recto dilatado y acartonado, sin fistulas en parte alguna.

Cabe agregar en esta rápida revista que la adenopatía poradénica puede tener otras localizaciones diferentes, entre ellas el cuello, casos éstos en que la

puerta de entrada hállase por lo general situada en la lengua. También esta localización cervical tiene características (lenta evolución, supuración y fistulización) análogas al proceso que se verifica en la ingle. Claro está, también en este caso la infección se contrae durante el acto sexual de naturaleza perversa conocido por coito bucal (*cunnilingis* o *irrumando*).

El diagnóstico diferencial de la adenopatía linfogranulomatosa o sea de la forma más común de la infección poradénica, deberá establecerse en relación a: sífilis, bubón del chancro blando, peste ganglionar, adenitis banales, enfermedades sistemáticas de los ganglios linfáticos, tumores regionales, etc.

El método más rápido y seguro de llegar a un diagnóstico de certeza, consiste en la práctica de la *intradermorreacción de Frei*, efectuada con el antígeno de este mismo autor¹. Para ello, en la piel del antebrazo, por ejemplo, se introduce por vía intradérmica 0.2 cm³ del antígeno de FREI en el enfermo que se estudia y otro tanto en un sujeto no enfermo, usado en calidad de testigo. La reacción es positiva cuando en el sitio de la inyección aparece una pápula —de 8 á 10 mm. de diámetro— circundada por un halo rojizo. La lectura debe ser hecha a las 48 horas, pero es común que su intensidad aumente en los días posteriores (3º, 4º y hasta 5º). Desde este tiempo irán desapareciendo primero el halo congestivo y después la pápula. Luego queda, como único vestigio, un área pigmentada en la zona de la inyección que, a veces, perdura meses. En cuanto al sujeto testigo, éste no debe presentar la pápula; la aparición de un ligero y efímero (24-48 horas) enrojecimiento de más o menos 5 mm. de diámetro, carece de significado diagnóstico. Es importante recordar que el pus de un enfermo no debe utilizarse nunca como antígeno para efectuar intradermorreacciones en el mismo. La reacción de FREI puede ser negativa en 2 ocasiones: a) Durante el período que media entre el momento de la infección y la 2ª á 3er semana de evolución de la adenopatía poradénica (aparición de la alergia). b) Durante el período secundario sifilítico.

Con este antígeno también puede efectuarse la denominada hemorreacción de HELLERSTRÖM que, como es sabido, consiste en la inyección de 0.1 ó 0.2 cm³ de este mismo antígeno por vía intravenosa. En las personas que padecen de poradenitis se verifica una hipertermia en las primeras 24 horas, (que alcanza en ciertos casos a 39°C o más) y decae, cuanto más tarde, dentro de las 48 horas de administrado el antígeno. En los testigos nunca hay fiebre. Además se trata de la reacción más precoz con que se cuenta para el diagnóstico de la enfermedad de NICOLAS y FAVRE ya que no pocas veces resulta positiva en el curso de la 2ª semana de la dolencia².

¹ La preparación del antígeno de FREI es la siguiente: De un enfermo de poradenitis se extrae pus en forma aséptica. Este pus, diluido en la proporción de 1/10 con solución fisiológica, es distribuido en ampollas y esterilizado por calor discontinuo (2 horas a 60°C. el primer día y 1 hora a la misma temperatura el segundo día). Antes de usarlo es necesario que la fiscalización de esterilidad certifique la inexistencia de microbios aerobios o anaerobios.

² En el caso de que se carezca del antígeno necesario para la práctica de la reacción, éste puede ser solicitado al Director del Instituto Bacteriológico del D. N. de H. (Estudio de la poradenitis) y, a vuelta de correo, se recibirán las correspondientes ampollas. En este mismo Instituto, a pedido del médico interesado, se realizará el estudio del pus y ganglios sospechosos.

Una vez realizado el estudio clínico-biológico y determinada la naturaleza poradénica del proceso que se examina, el médico, al mismo tiempo que prescribe el tratamiento adecuado, deberá aconsejar la práctica de medidas higiénicas e investigar la fuente de infección.

Como la poradenitis se adquiere durante el acto sexual, su profilaxis es la misma que la de las otras enfermedades venéreas. Así, primera indicación será aconsejar la abstinencia sexual o el uso de métodos precaucionales apropiados (preservativos en el hombre; lavado jabonoso en los genitales externos y lavaje con solución 0,2 por mil de permanganato de potasio en la mujer). Con todo a las esposas de los enfermos debe indicarse el peligro de ser infectadas por el marido y, siempre que sea posible, examinarlas periódicamente para establecer si son FREI positivas.

También se prevendrá a los pacientes que los niños u otras personas de la familia o de la casa, pueden llegar a enfermarse con el solo uso, por ejemplo, de las cánulas, etc., que hayan usado los atacados de poradenitis, siempre que no haya mediado una conveniente esterilización de las mismas.

La investigación de la fuente de contagio, a su vez, permite contribuir de modo decisivo a evitar la difusión del mal. En efecto, de acuerdo a los resultados del correspondiente estudio clínico-biológico se podrán adoptar medidas profilácticas eficaces (abstinencia sexual de la mujer infectante y tratamiento de su enfermedad).

Por otra parte, desde un punto de vista general es un deber ineludible para todo profesional, hacer conocer a las personas jóvenes la existencia, principales características y modalidades de esta enfermedad, por muchos totalmente ignorada; insistiendo en la necesidad del lavado *post-coitum* con agua y jabón cuidadosamente realizado y reemplazable por el uso de una pomada de calomel (calomel al vapor 5 gr.; vaselina 20 gr.).

Las formas vulvares (estiómeno) y rectales (estrechez rectal inflamatoria) serán enviadas al ginecólogo y al proctólogo, respectivamente, porque los tratamientos eficaces no son arma corriente del médico práctico. En cambio, la forma ganglionar puede ser tratada con éxito por el médico general.

El tratamiento comprende:

1º Reposo en cama y alimentación hipotóxica del paciente.

2º Bolsa de hielo puesta sobre la adenopatía (vigilando que se coloque, envuelta en una franela, sobre la piel protegida con abundante talco).

3º Inyecciones intravenosas de tártaro emético al 1 % (producto que puede conseguirse en cualquier farmacia, pues el Instituto Bacteriológico lo prepara)¹, o también otros compuestos del antimonio.

En cuanto no se comprobara una rápida regresión de la enfermedad se recurrirá al tratamiento siguiente:

1º Extirpación del tercio superior externo de la adenopatía por un procedimiento quirúrgico.

¹ Estas soluciones no deben prepararse nunca oficialmente, porque su esterilización no puede efectuarse por los medios comunes sin alterarlas.

2º Diaria aspersión de la herida con 4 ó 5 cm³ de tártaro emético al 1 %, empleando una jeringa común esterilizada.

Siguiendo esta pauta la curación sobreviene en el plazo de un mes.

En el caso de interponerse cualquier dificultad de orden técnico el Instituto ofrece intervenir en su solución, contestando el punto consultado a vuelta de correo.

El Instituto Bacteriológico está empeñado en el estudio de esta enfermedad en la R. Argentina y, por tanto, agradecerá a todo médico que le brinde su cooperación en esta obra; bien solicitando a la Dirección del mismo la remisión de envases, con franqueo gratuito, etc., destinados al envío de pus obtenido de ganglios poradénicos supurados, pero no fistulizados, o bien comunicando el número de casos de poradenitis tratados personalmente en el año, especificando, cuando es posible, la edad y el sexo de los mismos, así como también la fuente de infección.
