

Tratamiento de la sífilis

Por el Dr. ANDRÉS VALDÉS ALVARINO(*)

BASES EXPERIMENTALES DE LA
TERAPEUTICA ANTISIFILITICA

Eagle y colaboradores han demostrado, que 109 niveles sanguíneos de Penicilina tienen significado únicamente en cuanto proveen la concentración aproximada de la droga en los focos de infección, la cual reduce el factor de multiplicación.

Si por otra parte sabemos que el treponema es un organismo que se multiplica, muy despacio a causa de un tiempo generacional largo que le es inherente y que además estos organismos requieren concentraciones máximas de las drogas por un tiempo relativamente corto.

Definiremos como tratamiento adecuado, para cualquier fase de la sífilis, aquel que mantiene un nivel de Penicilina en sangre entre C.03 unidades por ml. y 0.2 unidades/ml. durante un período aproximado de diez días.

La Penicilina se mantiene como la droga de elección, para el tratamiento de la sífilis, ningún otro antibiótico ha demostrado actividad antitreponémica comparable, ni en el animal ni en el hombre.

Penicilina G. Benzatínica:

Con 2.4 unidades de Penicilina, *Smith, Gay Prieto* y colaboradores, consiguieron

niveles sanguíneos adecuados, durante dieciséis días.

Penicilina G. Procaínica con 2% de Moruoestearato de aluminio:

(PAM) este producto también es útil, ya que después de una inyección se mantienen niveles suficientes durante tres o cuatro días.

Penicilina G. Procaínica en suspensión acuosa.

Esta forma de la droga sólo es útil cuando están indicadas o son preferibles las inyecciones diarias.

Esquemas de tratamiento penicilínico, según la O.M.S.

Con estos hechos experimentales y su aplicación clínica, seguida por un período de observación post tratamiento, la recolección de material estadístico y la evaluación de estos resultados, se ha llegado a los esquemas actuales.

SIFILIS PRIMARIA, SIFILIS SECUNDARIA
Y SIFILIS LATENTE

Penicilina G. Benzatínica: 2.4 millones de unidades en total (1.2 millones de unidades en cada nalga) en inyección IM.

O bien: PAM: 4.8 millones de unidades en total, de ordinario, comenzando con 2.4 millones de unidades en la primera sesión y 1.2 millones de unidades en cada una de las dos inyecciones subsiguientes, con tres días de intervalo.

R. C. M.
OCTUBRE 31, 1967

O bien: Penicilina G. Procaínica en suspensión acuosa: 600,000 unidades diariamente, durante ocho días hasta un total de 4.8 millones de unidades.

NEUROSIFILIS ASINTOMÁTICA, NEURO- SIFILIS SINTOMÁTICA, SIFILIS CARDIOVASCULAR Y SIFILIS TARDIA BENIGNA:

Penicilina G. Benzatínica: 6 a 9 millones de unidades en total, administrando 3 millones de unidades a intervalos de siete días.

O bien PAM: 6 a 9 millones de unidades en total, administradas a razón de 1.2 millones de unidades a intervalos de tres días.

O bien: Penicilina G. Procaínica en suspensión acuosa: 6 a 9 millones de unidades en total, a razón de 600,000 diarias.

No es urgente administrar Penicilina a una persona con descompensación cardíaca, debida a sífilis cardiovascular, sino que se debe tratar primero el corazón y luego la sífilis. El paciente descompensado, tiene que recibir medicación cardiotónica y diurética en primer lugar; después de ello puede comenzarse a aplicar el tratamiento penicilínico completo sin un previo tratamiento con metales pesados. Si el paciente está bien compensado, el tratamiento con Penicilina puede comenzar inmediatamente, pues en estos casos no parece haber ningún riesgo en el tratamiento a base de Penicilina sola.

SIFILIS DURANTE EL EMBARAZO

Depende el período de la sífilis en que esté la madre. No se necesita medicación adicional durante el embarazo.

DROGAS ALTERNANTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

Cuando la sensibilidad a la Penicilina constituye un obstáculo para la apli-

cación de esta droga, las que mejor pueden emplearse en su lugar son la Eritromicina y la Tetraciclina. Se recomiendan dosis de 20-30 gr. de Eritromicina, durante un período de 10 a 15 días. No se recomienda el empleo de Lauril Sulfato del Propionato de Eritromicina, por un período mayor de diez, pues se han reportado íctero del tipo colostático intrahepático. De Tetraciclina 30-40 gr. durante un período de 10 a 15 días.

El tratamiento con estos otros anti-bióticos debe ir acompañado de una observación consecutiva muy estricta del paciente sífilítico, puesto que ninguna de esas drogas ha sido evaluada suficientemente en todas las fases de la sífilis. Después de esta clase de terapéutica tienen que hacerse exámenes del líquido céfalorraquídeo, como parte de la observación postratamiento.

OBSERVACION POSTRATAMIENTO

En sífilis reciente recomendamos un año y medio de observación después del tratamiento, si durante este período ocurren manifestaciones clínicas se puede prestar a duda si es una reinfección o recaída.

En una reinfección el paciente deberá reunir los requisitos siguientes:

1° Tener una lesión primaria que debe ser ultramicroscópica positivo y estar situada en lugar distinto de la primera infección.

2° Tener historia de contacto sexual con un sífilítico reciente no tratado.

3° Deberá tener una serología cuyo título de reagina se irá gradualmente elevando en un período de 6 a 8 semanas.

En una recaída, los niveles sanguíneos se elevan bruscamente y preceden a las manifestaciones clínicas.

La incidencia de reinfecciones y recaídas son aproximadamente iguales durante el primer año del tratamiento, pero las reinfecciones continúan siendo altas durante el segundo año. A veces es difícil determinar si se trata de una reinfección o recaída. Estos casos deben recibir nuevo tratamiento.

La observación posterior al tratamiento en casos de neurosífilis asintomática y sintomática, deberá extenderse por dos años, con L.C.R. seriados, al año tanto el número de células como de proteínas totales deberán ser normales, pero si ocurriera una neurorecidiva, es decir, si antes de los dos años, el número de células se eleva sobre lo normal, el caso necesita nuevo tratamiento.

REACCIONES AL TRATAMIENTO PENICILINICO

Las reacciones a la Penicilina no son de naturaleza tóxica, se deben principalmente a una hipersensibilidad alérgica.

Las reacciones al tratamiento penicilínico en las clínicas venerológicas son entre un 6 al 10 por mil y los fenómenos anafilácticos alrededor de 3.5 por 10,0 casos tratados. Por esta razón es necesario obtener de cada paciente una historia de reacción alérgica anterior a la penicilina o a cualquier otra sustancia.

No debe administrarse penicilina, cuando haya cualquier antecedente de reacción alérgica anterior con su empleo.

Hasta el presente no hay método satisfactorio para determinar la sensibilidad a la Penicilina. Las pruebas cutáneas no son de fiar, pues con resultados negativos se ha producido anafilaxia.

En ocasiones la propia prueba ha desencadenado la reacción anafiláctica.

Las reacciones anafilácticas pueden preverse por la aparición de síntomas precursores, como vértigo, náuseas, enrojecimiento, prurito y aun dolor abdominal. La presencia de cualquiera de ellos justifica la administración de dos o tres inhalaciones de adrenalina. Si el espasmo bronquial o el edema laríngeo no se alivian inmediatamente, o si la reacción parece particularmente, importante desde su iniciación, debe administrarse adrenalina por vía intravenosa, lentamente y verificando frecuentemente la presión sanguínea.

Cuando esté indicado, convendrá insertar un tubo de aire en la tráquea, y a veces es muy útil un respirador. La frecuencia respiratoria debe mantenerse de 10 a 20 por minuto. Si la urgencia lo justifica, debe efectuarse traqueotomía de emergencia.

Además de la adrenalina y las medidas expuestas, también resultaron útiles las siguientes medicaciones:

500 mg de aminofilina por vía intravenosa,

50 mg de clorhidrato de benadril por vía intravenosa,

800,0 unidades de neutrapén (penicilinas) por vía intravenosa.

Si el paciente entra en shock y la presión sistólica de la sangre cae por debajo de 100 m.m. de mercurio, pueden administrarse 500 ml. de glucosa al 10% en solución salina normal y 20 mg (en ampollas de 1 ml) de un vaso-pressor, por ejemplo 1-noradrenalina por vía endovenosa, a una velocidad suficiente para mantener niveles de presión sanguínea adecuados.

Otro medicamento que puede ser útil en un shock grave es el Solocurtef. Adminístrense 100 mg. por vía intravenosa lentamente, solos o mezclados con una solución salina de glucosa normal.

No siempre las reacciones son tan graves como la del tipo anafiláctico, hay otras relativamente benignas: urticaria, sinergia-alérgica, eritema polimorfo, dermatitis ampollas, rash eritematoso, gripe penicilínica, trastornos gastrointestinales, etc.

La reacción de Herxheimer

Se supone que la reacción de Jarisch-Herxheimer tiene como causa la muerte rápida de muchos treponemas. Consiste en una fiebre pasajera que puede ir asociada a una exacerbación temporal de las lesiones sifilíticas. En algunos casos sólo se ha observado esto último. Por lo regular, la reacción se presenta dentro de las 12 horas de haberse suministrado la primera dosis de un agente treponemicida potente. Se han comunicado reacciones tardías, al cabo de

días o aún semanas de haber comenzado la sifiloterapia, pero es dudoso que esas comunicaciones representen verdaderas reacciones de Herxheimer. La duración de una reacción de Herxheimer genuina suele ser de unas pocas horas; raras veces, de más de 24 horas. Es una reacción frecuente después de la iniciación del tratamiento de sífilis precoz, pero a menudo el paciente no la nota. Es raro que se observen reacciones de Herxheimer en el tratamiento de sífilis tardía, salvo en caso de paresia general donde puede haber abundantes treponemias en la corteza cerebral.

En algunos paréticos la reacción puede causar convulsiones o intensificar la agitación, requiriendo el uso de sedantes o la subyunción del paciente, pero esto no debe ser motivo para interrumpir el tratamiento.