Esquemas de Tratamientos en las Enfermedades de Trasmisión Sexual

Orlando Jaramillo Antillón (*)
(**)

INTRODUCCION

Las enfermedades de transmisión sexual, conocidas como enfermedades venéreas, son padecimientos de permanente actualidad desde el punto de vista clínico y terapéutico. Con la aparición cada vez más creciente de nuevas drogas y con la influencia de la propaganda farmacéutica de los laboratorios que los producen, el médico general y el estudiante de medicina se encuentran ante un sinnúmero de medicamentos que dicha propaganda recomienda, como la última palabra para el tratamiento de este tipo de enfermedades. Ante esta situación, el médico de medicina general y más aún, el especialista en otras ramas de la medicina, se enfrenta con frecuencia a la

disyuntiva de usar uno y otro medicamento y se hace la pregunta de: ¿Qué será lo mejor para el paciente?

Es por este motivo que la Asesoría de Enfermedades de la piel y Venéreas y la Dirección del Departamento Antivenéreo, consideran necesario y útil dar a conocer los esquemas de tratamiento recomendados actualmente y cuya efectividad ha sido comprobada en diferentes centros de salud, de una seriedad científica indiscutible. A continuación se exponen las diferentes pautas terapéuticas a que se hace mención, así como una selección de bibliografías que puede ser consultada para quien interese profundizar en la materia.

ESQUEMA RECOMENDADO PARA TRATAR LOS CASOS DE SIFILIS

SIFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA Y LATENTE DE MENOS DE 1 AÑO:

Puede seguirse uno cualquiera de los siguientes esquemas:

1) Penicilina G. Benzatínica:

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis sucesivas:
2.400.000 U.	1.200.000 U. (en cada glúteo)	-----

2) Penicilina con Monoesterato de Aluminio (PAM):

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis sucesivas:
4.800.000 U.	2.400.000 U. en cada glúteo)	1.200.000 U. (por 2 veces con intervalo de 3 días).

3) Penicilina G. Procaínica Acuosa:

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis sucesivas:
4.800.000	600.000 U.	600.000 U. diarias por 7 días consecutivos.

* Asesor en Enfermedades de la Piel y Venéreas y Director del Departamento Antivenéreo, Ministerio de Salud. Profesor de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, Mayo de 1976.

** Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al Dr. Edmundo Blum G., Asesor OPS/OMS, por su valiosa colaboración en la preparación de este manual.

SIFILIS LATENTE DE MAS DE UN AÑO DE DURACION O SIN DETERMINAR:
(tardía benigna; cardiovascular; neurosífilis).

Puede emplearse uno de los dos esquemas siguientes:

1) **Penicilina G. Benzatínica:**

Si no se ha hecho exámen de líquido céfalo-raquídeo, el tratamiento debe cubrir la posibilidad de neurosífilis asintomática y se hará como sigue:

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis sucesivas:
7.2 millones de U.	2.400.000 U. (1.200.000 en cada glúteo).	2.400.000 U. (por 2 veces más con intervalo de 7 días).

2) **Penicilina G. Procaínica:**

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis sucesivas:
9.000.000 U.	600.000 U. por vía intramuscular.	600.000 U. diarias, durante 14 días más

Para el tratamiento de la neurosífilis, se puede internar al paciente para tratarlo con penicilina G. Cristalina, acuosa, por vía intravenosa, a la dosis de 2 a 4 millones de U. cada 4 horas, durante 10 días.

SIFILIS CONGENITA:

En los niños de menos de 7 días deberá usarse Penicilina G. Acuosa.

Dosis total:

100.000 U/Kg, diario durante 10 días.	Dividir la dosis diaria en una inyección cada 12 horas.
---------------------------------------	---

2) En niños de 8 días a un mes deberá usarse Penicilina G. Procaínica:

Dosis total:

100.000 U/Kg, diario durante 10 días.	Administrar la dosis diaria en una sola inyección, (cada 24 horas).
---------------------------------------	---

3) En niños de más de un mes, hasta 11 años, deberá usarse Penicilina G. Procaínica:

Dosis total:

100.000 a 200.000 U/Kg. diariamente durante 10 días (no exceder de 6.000.000 U.)	Administrar la dosis diaria en una sola inyección (cada 24 horas).
--	--

En niños de 2 a 11 años, o con peso menor de 70 libras, podrá usarse en vez del esquema anterior. la Penicilina G. Benzatínica, a la dosis de 100.000 U. por Kg.; bien en una sola inyección intramuscular, o dividida en dos inyecciones con intervalo de 7 días. En niños de más de 11 años se procederá como en los adultos.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Para personas con exposición a casos comprobados de Sífilis:

1) Penicilina G. Benzatínica:

Dosis Total:
2,400.000 U. (1,200.000 en cada glúteo).

2) Penicilina con Monoestearato de Aluminio (PAM):

Dosis Total:	Dosis Inicial:	Dosis Sucesivas:
6,000.000 U.	2,400.000 U. (1,200.000 U. en cada glúteo).	1,200.000 por 3 veces más con intervalo de 3 días.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

Unicamente en casos de alergia a la Penicilina, ya que ésta continúa siendo la droga antitreponémica más efectiva.

1) Eritromicina:

Administrar 30 a 40 gramos, (dosis total), en un período de 10 a 15 días, dividiendo la dosis diaria en 4 tomas. En embarazadas, deberá usarse una dosis diaria mayor, (3 gramos diarios).

2) Tetraciclina:

Administrar 30 a 40 gramos, (dosis total), en un período de 10 a 15 días, dividiendo la dosis diaria en 4 tomas. No debe usarse en pacientes embarazadas por sus efectos adversos en el feto.

RECOMENDACIONES.

Siempre que sea posible, se preferirá el empleo de la Penicilina G. Benzatínica, a excepción de los casos de niños recién nacidos, o pacientes son neurosífilis, en los que se preferirá el empleo de la Penicilina G. Acuosa, para los primeros, y la Penicilina G. Procaínica para los segundos, o niños mayores. Con este tipo de preparado se ha comprobado que se

alcanzan niveles adecuados del medicamento al otro lado de la barrera hematoencefálica. El tratamiento no debe limitarse al paciente, sino que deben estudiarse sus contactos y tratarlos, si fuere necesario. Existe ya un consenso general, respecto a que no deberá continuarse usando el PAM, por lo que, aquellos servicios que aún tienen existencia del mismo, no vuelvan a adquirirlo, una vez agotado. En pacientes con sífilis en los que se sospeche alergia a la Penicilina, se recomienda sean enviados a un Servicio de Dermatología o Alergia, para confirmar o descartar si existe realmente alergia a la Penicilina, ya que ésta continúa siendo la droga de elección en el tratamiento de la sífilis.

ESQUEMA RECOMENDADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA.

Infecciones gonocócicas no complicadas en hombres y mujeres.

DROGA DE ELECCION:

La Penicilina continúa siendo el tratamiento de elección. Penicilina G. Procaínica Acuosa (P.G.P.A.) 4.8 millones de unidades por vía intramuscular dividida en dos dosis e inyectadas en sitios diferentes, durante la misma visita, conjuntamente con la administración oral simultánea de un gramo de Probenecid (2 comprimidos, 0.5 gr. de Benemid).

Regímenes alternativos:

a) Pacientes en los cuales se prefiere la medicación oral:

Ampicilina 3.5 gramos por vía oral conjuntamente con un gramo de Probenecid (2 comprimidos, 0.5 gr. de Benemid) oral administrados al mismo tiempo. Hay evidencia de que este régimen puede ser ligeramente menos efectivo que el recomendado con Penicilina G. Procaínica Acuosa.

b) En pacientes que son alérgicos a la Penicilina o al Probenecid:

La droga alternativa de elección es la Tetraciclina: 1) Hidrocloruro de Tetraciclina, 1.5 gramos iniciales por vía oral seguidos de 0.5 gramos por vía oral 4 veces al día durante 4 días (dosis total 9.5 gramos). Otras Tetraciclinas no son más efectivas que el Hidrocloruro de Tetraciclina.

- c) En pacientes en quienes se conoce o sospecha infección por *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a la penicilina.

O en quienes no se puede usar Tetraciclina, por alergia o intolerancia, o falla de tratamiento con Penicilina, Ampicilina o Tetraciclina, se recomienda el diclorhidrato de espectinomicina (Togamycin), a la dosis de 4 gramos por vía intramuscular (1 frasco de 2 gramos en cada glúteo). Esta dosis debe ser igual para ambos sexos.

Tratamiento de las parejas sexuales.

Los hombres y las mujeres que han tenido relación sexual reciente con una persona que se sabe tiene gonorrea, deberán recibir igualmente tratamiento. Los compañeros de personas con gonorrea, deberán ser examinados y tratados, debido a la posibilidad de infección uretral gonocócica no sintomática en los hombres, y el curso habitual asintomático de la gonorrea en la mujer.

Seguimiento.

Para el control posterior se obtendrán cultivos de la uretra de los hombres, después de 7 días de completado el tratamiento y del cérvix y ano de las mujeres, de 7 a 14 días después de completado el tratamiento.

Fallas del tratamiento.

La mayoría de las infecciones recurrentes después del tratamiento con los esquemas recomendados, son debidos a reinfección. En las mujeres que no responden al esquema clásico, debe investigarse la presencia de un dispositivo intrauterino (DIU), retirarlo y repetir el tratamiento con altas dosis de penicilina (4,8 millones de unidades,) más un gramo de Probenecid (2 comprimidos de 0.5 gramos de Benemid). Fallas del tratamiento verdaderas después del empleo de la Penicilina, Ampicilina, o Tetraciclina, deberán ser tratados con 4 gramos de Espectinomicina por vía intramuscular (2 frascos de Togamycin, uno en cada glúteo, al mismo tiempo).

Uretritis post-gonocócica.

Tetraciclina, 0.5 gramos 4 veces al día, por vía oral, por lo menos durante 7 días.

Infecciones faríngeas.

Las infecciones gonocócicas de la faringe,

pueden ser más difíciles de tratar que la gonorrea anogenital. Los cultivos post-tratamiento son esenciales para el seguimiento de las infecciones de la faringe. Los esquemas recomendados de Ampicilina y Espectinomicina para la gonorrea anogenital, son inefectivos en la gonorrea faríngea. Los pacientes cuya infección no ha sido erradicada después del tratamiento con 4.8 millones de unidades de Penicilina Procaínica, más un gramo de Probenecid, pueden ser tratados con 9.5 gramos de Tetraciclina en el esquema de dosificación descrito antes (régimenes alternativos). A los pacientes con gonorrea que también tienen sífilis, se les deberá administrar tratamiento adicional apropiado al estadio de la sífilis.

TRATAMIENTOS DE LA GONORREA NO COMPLICADA EN PACIENTES EMBARAZADAS.

- A.- Para mujeres que no son alérgicas a la Penicilina:

Usese el régimen de Penicilina G. Procaínica Acuosa más Probenecid, como se indicó anteriormente.

- B.- Para pacientes embarazadas que son alérgicas a la Penicilina:

(Existen muchos regímenes posibles alternativos, cada uno de los cuales tiene potenciales desventajas).

1.- Eritromicina, 1.5 gramos por vía oral. Seguido 0.5 gramos 4 veces al día durante 4 días hasta un total de 9.5 gramos. Este régimen es inofensivo para la madre y el feto, si bien su eficacia no ha sido unánimemente confirmada. La Eritromicina no deberá usarse en pacientes con afección hepática sobreañadida. Hágase cultivos de control post-tratamientos y un VDRL 4 semanas después del inicio de la gonorrea.

Contraindicaciones.

La Tetraciclina no deberá ser usada para tratamiento de la infección gonocócica no complicada de la mujer embarazada, debido al efecto tóxico potencial para la madre y el feto.

Tratamiento de las infecciones gonocócicas complicadas.

El tratamiento de estas complicaciones deberá realizarse en Hospitales Generales.

No se recomienda:

Pese a que las Penicilinas de acción prolongada (tales como la Penicilina G. Benzoica) son efectivas en el tratamiento de la sífilis, ellas NO tienen lugar en el tratamiento de la gonorrea. Las preparaciones de Penicilina oral, tales como la Penicilina V, no se recomiendan para el tratamiento de la infección gonocócica.

Tratamiento de la infección gonocócica en niños.

La oftalmía gonocócica debe tratarse con hospitalización y mediante la administración de Penicilina G. Acuosa cristalina por vía intravenosa, a la dosis de 25.000 a 50.000 unidades por libra de peso y por día, en cuatro dosis, cada 6 horas. En su reemplazo podrá usarse la Penicilina G. Procaína por vía intramuscular, a la dosis de 25.000 a 50.000 unidades por libra y por día, dividida en dos partes, durante 7 días. Este tratamiento irá acompañado de irrigaciones oculares con solución salina, e instilación de gotas oftálmicas de Penicilina, Tetraciclina, o de preferencia Cloranfenicol. NO se recomienda el empleo SOLO de antibiotico de uso tópico. La uretritis y vulvovaginitis no complicadas, no necesitan hospitalización y se tratarán con Penicilina G. Procaína Acuosa, a la dosis de 25.000 a 50.000 unidades por libra de peso, por vía intramuscular en una sola visita, acompañada de 15 mg. de Probenecid por libra de peso, por vía oral. Se deberá desplegar todo esfuerzo para establecer la fuente de infección, y se practicarán cultivos de control. El tratamiento de los pacientes alérgicos a la penicilina, deberá hacerse con Eritromicina para los menores de 6 años y con Tetraciclina, para los mayores de 6 años.

GONORREA Y SIFILIS.

Todo paciente que haya presentado una gonorrea, debe tener un examen serológico para sífilis (VDRL), a las tres semanas de haber iniciado su blenorragia. Los pacientes que hayan recibido tratamiento penicilínico parenteral, no necesitan que se les realice un examen serológico para sífilis. Los pacientes tratados con Ampicilina, Espectinomicina o Tetraciclina, deben tener un seguimiento serológico para sífilis (VDRL) mensualmente, durante 4 meses, para detectar una sífilis que puede estar enmascarada por el tratamiento dado para su gonorrea con estos medicamentos. Pacientes con gonorrea que también tengan al mismo

tiempo sífilis, deben recibir un tratamiento adicional apropiado para el estado de su sífilis.

AUNQUE LAS PENICILINAS DE LARGA ACCIÓN (COMO PENICILINA BENZOICA O PENICILINA CON MONOESTEARATO DE ALUMINIO (PAM) SON EFECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS, NO SIRVEN EN EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA.

ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA TRATAR EL CHANCROIDE (CHANCRO DU CREY)

Droga de elección:

La droga de elección es el sulfisoxazol (Gastrisin).

Dosis Total: Dosis Inicial : Dosis Sucesivas:

60 gms.	4 gms. (1 gm.	4 gms. al día
(vía oral)	c/6 horas.)	durante 14 días

Tratamiento alternativo:

En los casos alérgicos a las sulfamidas, se usarán las Tetraciclinas a la dosis de 500 mgs. 4 veces al día, durante 15 días. En casos en que haya resistencia al Sulfisoxazol o la tetraciclina, se usará:

1.- Estreptomina:

Dosis Total: Dosis Inicial: Dosis Sucesivas:

15 gms.(vía intramuscular)	0.5 gm.(2 veces al día)	0.5 gm. (2 veces al día por 14 días)
----------------------------	-------------------------	--------------------------------------

2.- Kanamicina (Kantrex):

Dosis Total: Dosis Inicial: Dosis Sucesivas:

15 gms.(vía intramuscular)	0.5 gms.(2 veces al día)	0.5 gms. (2 veces al día por 14 días)
----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Debe recordarse el efecto ototóxico y nefrotóxico de estas drogas.

Tratamiento tópico.

No se deben incidir los ganglios infarctados. Si hay fluctuación debe aspirarse el

contenido con aguja No. 18. Aplíquense compresas con solución de permanganato de potasio al 1: 20.000 (papeles de 0.1 gm. disueltos en dos litros de agua), sobre la superficie ulcerada, puede emplearse la crema de Vioformo o Neomicina simple, tres veces al día.

Recomendaciones.

Debe descartarse siempre la posibilidad de que exista un chancro sifilítico injertado (chancro mixto), por lo que será necesario siempre el examen en campo oscuro de la lesión ulcerosa. En caso de que el campo oscuro sea negativo, solicitar VDRL después de 3 semanas de aparecida la lesión ulcerosa.

ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA TRATAMIENTOS DEL LINFOGRANULOMA VENEREO:

(Enfermedad de Nicolas y Favre).

Droga de elección:

La droga de elección es la Tetraciclina.

Dosis Total	Dosis Inicial	Dosis sucesivas
30 mgs. (vía oral)	2 gms.(500 mgs. cada 6 horas)	2gms.(500 mgs. cada 6 horas por 14 días).

No se conocen resultados favorables con el empleo de otros medicamentos.

Recomendación:

En el linfogranuloma venéreo (L.G.V.) con cierta frecuencia se encuentran reacciones falsas biológicas positivas, por lo que deberá efectuarse un FTA-ABS (prueba anticuerpos fluorescentes para antígeno treponémico absorbido) para descartar sífilis.

TRATAMIENTO DE LOS PIOJOS DEL PUBIS.

Droga de elección:

Debe usarse el polvo D.D.T. al 10%, distribuyendo bien en todo el pubis. El polvo debe mantenerse aplicado durante 24 horas sin limpiar ni lavar. Debe repetirse la aplicación a los 4 y 8 días. Se recomienda hervir y lavar la ropa íntima durante 10 minutos luego de cada aplicación, así como tratamiento de la persona con la que tiene relaciones sexuales.

TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO (PAPILOMA).

El condiloma acuminado es un padecimiento que se transmite habitualmente por contacto sexual, en virtud del sitio en que están ubicadas las lesiones y que se extiende a veces por autoinoculación, (de etiología viral).

Es importante por razones obvias, su diferenciación del condiloma plano que es una manifestación secundaria de la sífilis.

Clínicamente existen ciertas características que permiten al especialista su diferenciación, si bien se recomienda siempre establecer su identidad. Una vez establecido el diagnóstico, el condiloma acuminado se tratará de la manera que a continuación detallamos:

- 1.- Uso tópico de solución alcohólica al 25% de podofilina, de acuerdo a la siguiente técnica:
 - a.- Recubrir la piel sana que rodea la lesión condilomatosa, con vaselina sólida o lubricante usado para tactos vaginales, para evitar que al aplicar el medicamento produzca quemadura al correrse la solución de podofilina.
 - b.- Aplicar la solución de podofilina en alcohol al 25% por el médico o la enfermera. (No entregar al paciente para autoaplicación), de manera de cubrir toda la superficie afectada respetando la piel sana vecina. En caso de correrse a la piel sana vecina durante su aplicación, límpiese de inmediato.

Se recomienda la aplicación durante 2 a 4 horas y luego lavar cuidadosamente para que no queden vestigios del mismo. La aplicación que se recomienda mantener durante una hora sin lavar, sería para aquellos condilomas pequeños que estén situados en el interior de la vagina; para los de implantación exterior, será preferible dejar pasar 4 horas antes de lavar y posteriormente hacer ducha vaginal, por una vez. La periodicidad de la aplicación será de 8 días, a fin de evitar mucho traumatismo de la misma área y por las veces que fuere necesario hasta su completa remisión. Esta segunda aplicación, cuando fuere necesario realizarla, se dejará durante 1 a 2 horas y se lavará posteriormente. Cuando los condilomas son grandes y ocupan por confluencia una superficie externa, será preferible hacer aplicaciones parciales de áreas más reducidas, hasta llegar a tratar gradualmente toda la extensión de las lesiones.

**ESQUEMAS TERAPEUTICOS
DEPARTAMENTO ANTIVENEREOL
MINISTERIO DE SALUD**

SIFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA Y LATENTE DE MENOS DE 1 AÑO:	
1) Penicilina G. Benzatínica	2.400.000 U. Stat.
SIFILIS LATENTE DE MAS DE UN AÑO DE DURACION O SIN DETERMINAR:	
1) Penicilina G. Benzatínica	2.400.000 U. cada 7 días durante 3 semanas
NEUROLUES	
Penicilina G. Procaínica	600.000 diarias x 15 días.
Penicilina G. Cristalina acuosa I.V.	2-4 millones cada 4 hrs x 10 días
SIFILIS CONGENITA	
Niños menores de 7 días	100.000 U x Kgr. Penicilina G. Acuosa dividida en dos dosis diariamente por 10 días.
Niños de un mes	100.000 U x Kgr. x 10 días, una sola dosis de Penicilina G. Procaínica diariamente
SUSTITUTOS: (en caso de alergia)	
	Eritromicina 2 gr x día x 15 días Tetraciclina 2 gr x día x 15 días (adultos)
BLENORRAGIA	
	Penicilina G. Procaínica acuosa 4.800.000 U. repartida en ambos glúteos Stat + Probenecid (Benemid) 1 gr (2 comprimidos).
SUSTITUTOS: (en caso de alergia)	
	Espectinomocina (Togamycin) 1 fco de 2 gr I.M. en cada glúteo. Tetraciclina hidrocloreuro 1,5 gr inicial V.O. seguido de 500 mgr c/6 hrs x 4 días
EN CASO DE USARSE UNO DE ESTOS SUSTITUTOS DE LA PENICILINA, DEBE PEDIRSE UN VDRL A LOS 21 DIAS	
URETRITIS POST-GONOCOCCICA	
	Tetraciclina 0.5 gr. qid x 7 días
CHANCROIDE	
	Sulfisoxazol (gantrisin) 1 gr c/6 hrs. x 14 días
SUSTITUTO (en caso de alergia)	
	Tetraciclina 500 mg qid x 15 días
CASOS RESISTENTES	
	Estreptomocina 0.5 gr. qid x 14 días
LINFOGRANULOMA VENEREO	
	Tetraciclina 500 mgr c/6 hrs x 14 días
AL TRATAR UN PACIENTE CON ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL DEBE TENERSE EN MENTE Y TRATARSE A LAS PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACION SEXUAL CON EL PACIENTE.	

Precaución.

En embarazadas debe tenerse en mente el riesgo al tratar los condilomas acuminados, especialmente si son grandes lesiones y muy vascularizados, ya que la absorción de la resina de podofilina dentro de la circulación materna, puede dar efectos indeseables en ambos, madre e hijo.

NOTA: AL TRATAR UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL, DEBE TENERSE EN MENTE Y TRATARSE A LAS PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACION SEXUAL CON EL PACIENTE.

RESUMEN

Considerando la gran importancia que tiene el control de las enfermedades de transmisión sexual, el empleo de un esquema apropiado de tratamiento y a la vez que se reconoce la conveniencia de que exista un criterio uniforme que oriente al médico general y al médico especialista en otras ramas de la medicina, el autor especifica sobre el tema, enriquecida por una prolija revisión bibliográfica actualizada de los más recomendables esquemas de tratamiento, con indicaciones precisas en cuanto a droga de elección, dosis recomendable y comentarios sobre efectos no deseables en su administración.

SUMMARY

Taking into consideration the importance of a suitable scheme of treatment for the control of the sexually transmitted diseases and the need to standardize the use of such schemes in order to guide the general practitioner and for the medical specialist in other subjects, the author presents his experience enriched by a detailed and updated bibliographic revision on treatment, outlining the drug of choice, dose recommended, and remarks on non desirable side effects.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1) C.D.C.: Recommended Treatment Schedules, 1974. Publicación 97-796 del U.S. Department of Health Education and Welfare.
- 2) A.H.FINGER: o "Spectinomycin in the tratment of Gonorrhoea in female and males". British Journal of Venereal Diseases. February 1975. Vol 51, No 1.
- 3) NICHOLAS J. FIUMARA: "The Diagnosis and Treatment of Gonorrhoeae". Symposium on Venereal Diseases. The Medical Clinics of North America. September, 1972.
- 4) ALF. H.B. PEDERSEN, et. ALLOWERS: "Spectinomycin and Penicillim G. in The Tratment of uncomplicated Gonorrhoeae". J.A.M.A. Vol, 220, No 2.
- 5) CHLMERS, E. CORNELIUS: "Spectinomycin Hydrochloride in the Treatment of uncomplicated Gonorrhoeae". British Journal Venereal Diseases. 1970-46-212.
- 6) CONN: "Terapéutica 1974". Editorial Salvat. Harry Pariser "infecciones Gonocócicas".
- 7) R. FREDERICK SPARKLING: "Diagnosis and Treatment of Syphillis". New England Journal of Medicine. Vol 284, 12 march 1971.
- 8) CONN: "Terapéutica 1975". Editorial Salvat, págs. 709.717.
- 9) "Colloque International Sur la Blennorragie" 24 et Octobre 1973. Otowa, Canadá.
- 10) "Chancroid Donovanosis and Lymphogranuloma Venereum" U.S. Department of Health. Education and Welfare. Public Health Service. 1975.
- 11) C.B.S. SCHOFIELD: "Sexually Transmitted Diseases" Churchill Limigstone Edinburg and London, 1972.
- 12) Syphilis a Synopsis. Public Health Publication No.1660. January , 1968.

- 13) "Manual de Normas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social". Departamento de Venereología. Caracas, Venezuela, 1975.
 - 14) HARVED M.M. TOVEEL y LEONARD D. DAUK: "Venereal Disease in Obstetrics an Gynecology" Medical Department Harper y Rok Publishers. Hagerstown. Maryland, 1975.
 - 15) Current Dermatologic Management. Edited by Stuart Madlin. The C.V. Mosby Company, 1970. Printed in U.S.A. Standard Book. No. 8016, 30-60-b.
 - 16) "Venereal Warts". Reprint of the VS Department of Health Education and Welfare, from Medical aspects of Human Sexuality. June, 1972.
 - 17) Mc. KRACKEN, I. and KAPLAN, I.M.: "Penicillin treatment for Congenital Syphilis. A. Critical Reappraisal". J.A.M.A. Vol. 228. No. 7, May 13, 1974.
 - 18) Center for Diseases Contive - Morbidity, and Mortality Weekly Report. April 9., 1976. Vol. 25-No. 13.
-