ACTUALIDADES

Serorresistencia después del tratamiento de la sífilis secundaria

(Boletín Méd. de la Am. Med. Ass. de Enero 1953).

En el Bellevue Hospital de la Ciudad de Nueva York, se ha llevado a cabo un estudio sumamente completo sobre la duración de la positividad serológica después de llevar a cabo el tratamiento de la sífilis por diversos planes de penicilinoterapia. De los 694 pacientes tratados de sífilis primaria seropositiva con uno de 9 diferentes planes de tratamiento, estudiados después del mismo sin volver a tratarlos - durante más de un año, 24 de ellos (3,5%) eran todavía seropositivos más de un año después del tratamiento.

El porcentaje de pacientes que todavía eran seropositivos más de un año después del tratamiento de las infecciones originales de la sífilis secundaria con uno de 9 diferentes planes de tratamiento, varió de 18,2, a 32,6%, observándose el porcentaje más elevado de seropositividad prolongada y el más alto porcentaje de pacientes tratados por segunda vez en la serie de casos tratados con 9.000.000 de unidades de penicilina en aceite de cacahuete y cera de abejas durante un periodo de 15 días.

Al comentar este hecho, Thomas y sus colaboradores señalan que los altos porcentajes de seropositividad en el grupo tratado con la máxima dosis total de penicilina durante un periodo de 15 días pueden ser accidentales (estos grupos fueron pequeños).

Sea cual fuere la explicación, es indudable que la máxima dosificación total de penicilina administrada durante un periodo de 15 días previno la recaída en el más alto porcentaje de casos, aunque no tuvo efecto para acortar la duración de la seropositividad después del tratamiento. Este hecho habla en favor de la probabilidad de que la serorresistencia prolongada después del tratamiento de la sífilis secundaria, no represente el fracaso del tratamiento, ya que en ninguno de los pacientes con seropositividad prolongada presentados en una tabla existía ningún otro signo de sífilis activa, y muchos de ellos se hicieron seronegativos sin necesidad de ningún otro tratamiento ulterior, en periodos de tiempo variables de uno o más de 6 años después del tratamiento. Los exámenes del líquido cefalorraquídeo fueron en todos ellos uniformemente negativos para la sífilis. Se ha observado que la duración de la seropositividad después del tratamiento de la sífilis secundaria no puede acortarse aumentando la duración o la dosis del tratamiento por la penicilina.

Los pacientes vueltos a tratar por recaída o reinfección es más probable que permanezcan seropositivos por periodos de tiempo más

largos después de un nuevo tratamiento que después del tratamiento de las infecciones originales, aunque la mayor parte de los pacientes vueltos a tratar de reinfecciones definidas (nuevos chancros) se hicieron seronegativos dentro del plazo de un año después de este nuevo tratamiento. En una serie de 51 pacientes vueltos a tratar una o más veces por presentar una seropositividad prolongada con titulaciones de Kahn de 16 o más, nueve o más meses después del tratamiento de las infecciones originales o de las recaídas o reinfecciones, solamente uno de ellos era seronegativo la última vez que se le examinó. Al volver a tratarle con arsenóxido y bismuto o con penicilina, no se observó que dicha terapia tuviera un efecto apreciable sobre las pruebas séricas para las titulaciones de la sífilis en estos pacientes serorresistentes.

De ello se deduce la conclusión de que, con toda probabilidad, la seropositividad prolongada después del tratamiento de la sífilis incipiente —no existiendo recaída, reinfección o signos de progreso de la enfermedad— no significa que continúe la infección sífilítica.

(E. W. Thomas, L. de Mello, y S. Landy, del Departamento de Salud Pública del Estado de Nueva York, Departamentos de Medicina, Dermatología y Sifilología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York, y del Servicio de Dermatología y Sifilología de Bellevue Hospital, Ciudad de Nueva York, N. Y.: *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, 36, N° 7, pp. 319-331 (1952).

Problemas actuales de la apendicitis desde el punto de vista internista

(Proceedings of The Staff Meetings of The Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, -- 1, Enero de 1953).

Lucian A. Smith analiza las dificultades de diagnóstico frente a un cuadro de apendicitis aguda, el mecanismo del dolor, el tratamiento y las complicaciones. Sumariza su trabajo en los siguientes términos:

"La terapia antibiótica desarrollada en los últimos años debería ser usada como suplemento, pero no para suplantar la técnica quirúrgica ni la conducta a seguir en las complicaciones.

El descenso de la tasa de mortalidad en las dos últimas décadas es satisfactorio. Mac Lanahan informó que la tasa de mortalidad por apendicitis de 1929 a 1948 bajó del 17 por ciento a 3 por ciento según las estadísticas suministradas tanto por el Gobierno de los EE. UU. como por la Metropolitan Insurance Co. Esta reducción debe atribuirse indudablemente a muchos factores entre los cuales los más importantes son: el diagnóstico precoz, la educación en contra del uso de catárticos cuando están presentes varios síntomas, medidas quirúrgicas adecuadas, y el uso de nuevos agentes antibióticos".

Indicaciones de la comisurotomía en la estenosis mitral

Los autores de este trabajo durante los últimos cuatro años han practicado la comisurotomía en más de 400 casos de estenosis mitral. El porcentaje de mortalidad en toda la serie, que incluyó muchos casos muy avanzados, casi terminales, fué de un 10 por ciento. El porcentaje de mortalidad fué de menor del 5 por ciento en los casos tratados, hallándose en un estado precoz o moderadamente avanzado de estenosis mitral. En el 78 por ciento de estos pacientes se han obtenido "curaciones clínicas", o los enfermos han mejorado tan notablemente que han podido retornar a una actividad normal con o sin medicación, no habiendo mejorado el 12 por ciento de ellos.

La parte principal de este trabajo se refiere a la selección de pacientes para la comisurotomía. Los autores encarecen que una vez que comience a desarrollarse el cuadro insidioso y progresivo manifestado por fatiga y disnea de ejercicio, entonces, y no más tarde, es cuando debe evaluarse al paciente para la intervención quirúrgica. Es de importancia el factor de la edad, pues cuanto más avanzada es la edad del paciente más rígido debe ser el criterio para su selección.

La lesión valvular idealmente adecuada para la comisurotomía es la estenosis mitral "pura". Una lesión valvular asociada, ya sea insuficiencia mitral, estenosis o insuficiencia aórtica, representa una contra-indicación, siempre y cuando sea de importancia fisiodinámica suficiente para haberse manifestado por un agrandamiento apreciable del ventrículo izquierdo o por una amplia presión del pulso. Cuando está asociada a otras deformaciones valvulares, la estenosis mitral debe ser la lesión predominante si es que se decide recurrir a la cirugía.

La configuración mitral típica observada fluoroscópicamente y por el roentgenograma, consiste en un enderezamiento del borde izquierdo del corazón observado en proyección anteroposterior, ocasionado por el alargamiento de la arteria pulmonar y del segmento infundibuliforme del ventrículo derecho. Es deseable que sea mínimo el agrandamiento de la aurícula izquierda y el ventrículo derecho.

Con frecuencia, el electrocardiograma ayuda a determinar cuáles son los pacientes que tienen más de un defecto valvular. Los signos de agrandamiento del ventrículo derecho indican que la lesión predominante es la estenosis mitral. Al estudiar al cuadro electrocardiográfico de los primeros 100 pacientes estudiados, los autores no hallaron nunca signos de desviación del eje izquierdo. Su presencia indica que están en juego otros factores, lo que aconseja llevar a cabo una reevaluación cuidadosa.

Cuanto mejor sea la capacidad funcional del paciente, más ideal re.

sulta éste como candidato a la intervención. El paciente que ofrece menos riesgo es el que tiene síntomas mínimos de incapacidad cardiopulmonar ((disnea) cuando despliega una actividad normal, debiendo ser estos síntomas de origen reciente.

Los factores complicantes como el reumatismo febril agudo o endocarditis bacteriana subaguda, son contraindicaciones absolutas de la cirugía cardíaca.

(O. H. Janton, R. P. Glover, y T. J. E. O'Neill, American Journal of Medicine, 12, Nº 6, pp. 621-625 (1952)).

Informaciones Médicas

Junta Directiva de la Asociación Costarricense de Pediatría para 1953.

PRESIDENTE: Dr. Alfredo Mario Brenes Robles

SECRETARIO: Dr. Edgar Cordero Carvajal

TESORERO: Dr. Jorge Arguedas Soto

FISCAL: Dr. Humberto Avaya Rojas

VOCAL: Dr. M. Emilio Chavarría Serrano