

Tesis XIII

TRATAMIENTOS DE LA SIFILIS

Antiguos. Modernos. Preventivos. Curativos. La Penicilina. Esquemas de Tratamiento: Cutler y Kitchen. Control de los Enfermos.

Condiciones para dar de alta.

—:O:—

Antiguos:

En el siglo XV y en el XVI, época en que se desconocía la naturaleza de la nueva enfermedad, los tratamientos fueron a base de mercurio y de Guayaco después; se empleaba también la leña de ese árbol. Se empleó el mercurio por cuanto los médicos de la antigüedad observaban lesiones de la piel parecidas (decían ellos) a las de la sarna y el mercurio se empleaba para el tratamiento de esa enfermedad parasitaria. Los resultados fueron desastrosos. Empleado en una forma empírica se produjeron múltiples intoxicaciones y quizás fueron más las víctimas que sucumbieron por el hidrargirismo que por la propia sífilis. Luego se abandonó esa forma de curar la sífilis; pero en el siglo XVII Astruc lo volvió a poner en boga pero ya en una forma más técnica y así estuvo empleándose esa droga hasta nuestros días. Gradualmente se fue perfeccionando su uso; ya cuando vinieron los estudios experimentales se supo cuál era la dosis terapéutica, cuales eran los inconvenientes y como se podía luchar contra ellos. Así estuvo la humanidad durante más de 400 años; la enfermedad produciendo más y más contaminados hasta que llegamos hasta este siglo de oro. Después de las experiencias del gran sabio alemán Paul Ehrlich se llegó a la conclusión que los preparados de arsénico trivalente eran efectivos en el tratamiento de la sífilis. Fue así como nació la quimioterapia.

Después de 606 experimentos Ehrlich lanza al mundo su bala mágica (como le llamaba él a su preparado en sentido figurado) el 606 con la que pretendía exterminar las espiroquetas sin dañar los tejidos. Esa fue la idea del investigador germánico; por desgracia no fue así. Ciertamente que se curaron muchos sífilíticos, pero también murieron bastantes a causa de las inyecciones de 606. Dos años después se vió obligado a modificar la forma y lanzó el Neo-sarvarsan, que ya fue menos tóxico. De 1909 a 1920 esa fue casi el arma exclusiva para el tratamiento de la sífilis.

En 1921 la Escuela Francesa introduce los bismúticos. Los sabios del Instituto Pasteur sobre todo Levaditti y Gaxenin hacen conocer al mundo científico que las sales de bismuto eran medicamentos efectivos para el tratamiento de la sífilis. En un principio se creyó que eran una panacea; se comprobó después que eso no era así que era una buena arma pero que había que emplear siempre arsénicos y bismutos. Estas drogas atacaban la boca, también como el mercurio, daban estomatitis y también el riñón dando nefritis; además podían producir anemia intensa.

Tratamiento moderno:

Se hace a base de Penicilina, tanto los preventivos como curativos. Alexander Fleming, un investigador inglés, descubre por casualidad trabajando con cultivos de unos microbios (*estafilococos* dorados) se habían contaminado por unos hongos y que los cultivos en esa forma habían contaminado por unos hongos y que los cultivos en esa forma habían desaparecido; había una zona lúcida amicrobiana.

Esto no quiere decir que ya en la antigüedad no hubiera precursores en estos antibióticos. En el siglo XIX investigadores franceses (Pasteur y Joubert) habían notado en 1877, que ciertos hongos influían en el desarrollo de algunos gérmenes; cuando se contaminaban los cultivos de esos microbios, éstos no prosperaban; pero ese hecho aislado quedó en el misterio, porque nadie siguió las investigaciones de Pasteur.

En 1928 es que entonces Fleming hace su descubrimiento, cierto que fue una casualidad según lo ha confesado con orgullo británico. Es lo cierto que supo observar con espíritu científico el fenómeno producido y llega después a descubrir que había un principio activo. Un ácido orgánico que si se combina con las sales de sodio y de otros metales va a producir sales de una sustancia antibiótica, es decir, que no permite la vida a ciertos gérmenes y que él llamó desde el principio Penicilina. Este sabio inglés guardó sus investigaciones durante un año, hasta tanto no pudiera individualizar y purificar la sustancia que actuaba. Luego sus estudios son continuados por el grupo de Florey y Chain en la Universidad de Oxford; por numerosos grupos de científicos de todo el mundo pero en especial por los mencionados, y sobre todo por los colaboradores que hicieron avanzar mucho la investigación. Luego acicatados los hombres de ciencia por las guerras, por la importancia a la urgencia que había de curar a los heridos, de salvarlos de la muerte por las infecciones, trabajan como verdaderas hormigas, en una forma incesante, hasta que poco a poco

van purificando el producto y lo van industrializando. Ya en el año 1940 en los Estados Unidos y en Inglaterra comienza a producirse la penicilina en escala comercial. En los primeros años era muy cara; la producción era difícil.

La penicilina que usaron en el tratamiento de la sífilis, en un principio, era una acuosa e impura. Fue en el año 1943 cuando dos hombres de ciencia norteamericanos; el profesor McHoney y el venereólogo Moore emplearon las formas acuosas de la penicilina en el tratamiento de la sífilis reciente sintomática. 4 casos fueron tratados siguiéndoseles en forma metódica: se llevó un estudio y una historia clínica bien detallada, un diagnóstico exacto mediante campos oscuros y luego anotaciones frecuentes y control sobre las dosis empleadas y sobre la presencia o destrucción de la espiroqueta pálida; los enfermos fueron seguidos durante 7 años y nunca más resultaron con positividad ni evidencia alguna de la enfermedad.

En Costa Rica en Lucha Antivenérea se comenzó a emplear la penicilina en una forma rutinaria en el año 1950. En ese mismo año se abolieron totalmente todos los tratamientos con bismuto, mercurio, arsenicales, etc., que se empleaban entonces, así como los tratamientos intensivos que se hacían en 8 a 10 días. Sabido es que las inyecciones de salvarsan en el exterior daban una mortalidad de 1 por 20.000. Aquí tuvimos 1 por 50.000 y hasta por 100.000. Los tratamientos intensivos daban una mortalidad en el exterior de 1 por 200; aquí con 190 casos no tuvimos que lamentar ninguna muerte con este sistema.

En los primeros tiempos McHoney empleó dosis pequeñas, de 1.200.000 U. repartidas en inyecciones de 20.000 y 10.000 U. cada dos o tres horas. Se comprobó después que esas dosis eran insuficientes; tenían el serio inconveniente de aplicarse continuas cada 2 o 3 horas ya que la penicilina acuosa se elimina muy rápidamente y para obtener un buen nivel sanguíneo, es decir, una cantidad suficiente de la droga en el organismo era necesario la repetición de inyecciones. Después vinieron los descubrimientos de Romansky, quien agrega a la penicilina cera de abejas, para retardar la absorción. Pero se tropezó con la dificultad que ese procedimiento era más doloroso y daba induraciones. Después aconteció el descubrimiento de la penicilina con procaína y con una sustancia que retarda la absorción de la penicilina (el monoestearato de aluminio al 2%) (P. A. M.) que es la que actualmente estamos empleando en casi todo el mundo. En los últimos tiempos se han descubierto las bi-penicilinas que tienen adición de otra sustancia más retardante y que según las casas productoras da un buen nivel sanguíneo de 8 días.

Como se efectúa el tratamiento en estos momentos.

Se ha comprobado por las experimentaciones de Bauer, Kitchen, Cutler y otros investigadores que para una Sífilis Reciente Sintomática Adquirida en adultos las dosis total debe ser no inferior a 4.800.000 U., con la cual se obtienen resultados satisfactorios para destruir las espiroquetas pálidas.

Empleamos de preferencia dos esquemas: el de Cutler y el de Kitchen. El grupo cooperativo de Filadelfia comprobó que no había ninguna ventaja en asociar los bismúticos o arsenicales con los antibióticos. Hicieron ellos varios grupos de enfermos (varios miles) que trataron, unos con sólo bismuto, otros con bismuto y arsénico, otros con bismuto y penicilina, otros con arsénico y penicilina y otros con sólo penicilina y siguieron la curva clínica y la serológica de los diversos grupos. No había ninguna ventaja en las asociaciones medicamentosas; al contrario, los grupos que se trataban con metales pesados como bismuto y el arsénico daban una mortalidad mayor; no se ganaba absolutamente nada en cuanto a la negatividad de las reacciones, por que si se aplica la penicilina, el arsénico y el bismuto en los primeros 8 días del chancre, la reacción siempre será negativa, tanto para unos como para otros, pero si se administra en los períodos ya serológicos tardíos la reacción pueden seguir siendo positiva por el resto de la vida del paciente. No es pues aceptable el procedimiento plurimedamentoso de aplicar penicilina, bismuto, arsenicales y mercurio por cuanto la reacción está positiva; eso no conduce a nada; eso va nada más que en detrimento del enfermo. Las reacciones no implican forzocamente la actividad patológica de la espiroqueta, de manera que la creencia de esos médicos, de que hay que emplear siempre arsenicales y bismúticos *concomitantemente con la penicilina no tienen ningún respaldo científico*; en cambio, las experiencias del grupo cooperativo demuestran que la penicilina por sí sola es la mejor arma que hoy tenemos contra la sífilis. Es por eso que aquí la empleamos única y exclusivamente.

Con el P.A.M. tenemos 96 horas de buen nivel sanguíneo.

Esquema de Cutler para S. R. S. A.

Consiste: la primera inyección de 2.400.000 U. de penicilina con monoestearato de Aluminio al 2% (P. A. M.) o sea 8 cc. de P. A. M.; se inyecta 4 cc en cada región glútea y dos más de 1.200.000 U. cada una, cada dos o tres días.

Esquema de Kitchen para S. R. S. A.

Es parecido al anterior. La primera dosis es de 2.400.000 U. y 4 dosis de 600.000 U. cada una diariamente. Este esquema se emplea para personas que viven cerca, que pueden venir más a menudo. El objeto de que se ponga diario, es para que el enfermo aproveche la instrucción y sobre todo por aquello de que hay veces faltan pero como nosotros tenemos siempre una reserva de 96 horas, si por cualquier motivo el enfermo no responde un día y aún dos, siempre tendrá una buena dosis de penicilina en el organismo. También se usa en enfermos en los cuales hay una ligera intolerancia a la penicilina o muy desnutridos, entonces nos vemos obligados a disminuir las dosis.

El esquema cambia para Sífilis Reciente Latente Adquirida, la dosis se sube a 6.000.000 U. Esta proposición la hizo el Dr. Zeledón en el Congreso Centroamericano de Venereología de Tegucigalpa por el hecho de que nunca se sabe la época exacta de cuando fue infectado el enfermo.

Para Sífilis Tardía Sintomática elevamos la dosis hasta 6.000.000 U., con el esquema inicial que se quiera pero, principalmente, usando el de Cutler o el de Kitchen adaptado al enfermo.

Sífilis Tardía Adquirida: (Cardio-vascular) la dosis es de 9 a 12 millones de U. con los esquemas que crea conveniente el médico. En esta clase de sífilis a veces el médico se ve obligado a comenzar con dosis más pequeñas para tantear la susceptibilidad. Una reacción de Herxheimer en cardio-vasculares puede tener tales consecuencias.

Sífilis Viscerales: (Sistema pulmonar, digestivo, etc.) El tratamiento llegará por lo menos a 9 millones.

Neuro-Lúes (Sífilis Tardía). La dosis es de 20.000.000 U. Los esquemas de Cutler y Kitchen raras veces se usan. Acostumbramos en términos generales inyectar 1.000.000 U. de día por medio hasta completar los 20 millones. La fiebre artificial puede beneficiar al paciente.

Intolerancias de la penicilina: Hay gentes que creen que inyectarse penicilina lo puede hacer cualquiera. La aplican o se la auto-recetan para todas las enfermedades. Eso no debe ser así. Ciertamente el medicamento es realmente inocuo si se compara con los arsenicales, pero consignemos que ha habido casos de muerte.

Las intolerancias a la penicilina se manifiestan por erupciones en la piel, principalmente urticarias; éstas pueden ser benignas. Se manifiestan por medio de simple picazón fugaz; por unas ron-

chas que también desaparecen fácilmente; pero pueden existir también urticarias gigantes, confluentes, ronchas que abarcan todo el rostro, los labios, los ojos. Intolerancias que pueden dar edemas de la glotis y hasta la muerte. Esas erupciones son tan molestas e incómodas que el enfermo no tiene el menor descanso.

En venereología decimos que todo enfermo a quien se inyecta penicilina y tiene fiebre hay que sospechar lúes, otras veces son simples movimientos febriles pasajeros. El fenómeno de Herxheimer consiste en una reactivación de los focos latentes sífilíticos. Una goma cerebral o visceral, un chancro que está ya cicatrizando, un proceso dérmico costroso o no, al inyectarse la penicilina o cualquier otro antisifilítico puede reactivarse, inflamarse, congestionarse ocasionando serios trastornos; por ejemplo la ruptura de un aneurisma, de una pared vascular, etc. Esto es lo que se llama la reacción de Herxheimer; es una de las tantas intolerancias que puede tener la penicilina. Hay también otra, lo que llamamos el edema de Quincke; acontece excepcionalmente; el enfermo se hincha las manos y los pies el rostro. Se han observado dermatitis tipo exfoliatriz (son rarísimos).

Para evitar estos desagradables accidentes hay que preguntar siempre al enfermo si ha tenido sífilis anteriormente; porque siendo así pueden haber lesiones cardio-vasculares o nerviosas latentes que una simple inyección de Penicilina va a ocasionar excepcionalmente verdaderas catástrofes.

El control de los enfermos después de que han sido inyectados la primera vez, se hace mensual o bi-mensual. Debe regresar para exámenes periódicos.

Con la penicilina a las 12 o 24 horas desaparecen absolutamente todos los gérmenes contagiantes. En cuanto a darles el Alta Condicional, eso lo hacemos hasta después de dos años. Durante ese lapso lo controlamos cada dos meses, serológica y clínicamente y por último, a los 2 años si la reacción de una Sífilis Reciente Sintomática Adquirida está negativa, los contactos buscados y la encuesta familiar verificada y no hay ningún síntoma de sífilis se le da el Alta Condicional, pero tiene que venir anualmente. El objeto de hacerles regresar cada dos meses, es primero para protegerlos a ellos mismos de una recaída. Sobre 100 sífilíticos hay 99 o 98 que se curan, pero hay uno de ellos en que fracasó el tratamiento, en que la reacción fue pertinazmente positiva desde el principio y hemos llegado a dos años y encontramos todavía verdadera resistencia; entonces sospechamos que puede haber un foco de espiroquetas quizás en el sistema nervioso y nos vemos obliga-

dos a practicar el examen del Líquido Céfaló Raquídeo. Esas continuas venidas son más que todo también para instruirlos con proyecciones cinematográficas continuas en las Salas de espera. La penicilina es un medicamento tan efectivo que el paciente puede ser nuevamente infectado.

Los Antibióticos de Amplio Espectro

Casi todos ellos han mostrado ser efectivos en el tratamiento de la sífilis, no obstante de ello, tienen varios inconvenientes que hacen que su uso no sea generalizado. Estos antibióticos son de costo muy alto y las dosis a que tienen que usarse son muy elevadas. La penicilina sigue siendo el antibiótico escogido para el tratamiento de la sífilis y solamente en casos de verdadera intolerancia nos decidimos a recetar las tetraciclinas, cloramfenicol, etc. Estos antibióticos tienen la enorme desventaja, que además de su precio alto, producen efectos secundarios digestivos y de reacción general, a las dosis elevadas que se tienen que usar e inyectados son sumamente dolorosos; así es que la penicilina sigue siendo el específico de la lúes.

Tesis XIV

LA GONORREA Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS MENORES

- a) **GONORREA:** Definición. Sinonimia. Etiología. Frecuencia y distribución geográfica. Síntomas: (en el hombre, en la mujer). Formas y complicaciones. Tratamientos.
- b) **OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS MENORES:** Chancro suava. Chancroide. Linfogranuloma. Granuloma. Herpes. Tricomoniasis. Uretritis no Gonocócicas. Balanitis. Bartolinitis. Escabiosis. Verrugas Venéreas. Ladillas (Pitiriasis pubis). Epiteliomas.

—:0:—

LA GONORREA: Es una enfermedad infecto-contagiosa, generalizada, conocida desde los tiempos más remotos quizás desde el comienzo de la humanidad); ya en tiempos de Moisés se sospechaba que era una enfermedad trasmisible. La Escuela de Salerno recomendaba la micción después del contacto.

Etiología: La produce un germen llamado Gonococo; este microbio fue descubierto en 1879 por Neisser. Aparece al micros-