

INDEXEL



LAS ENFERMEDADES VENEREAS

**Apuntes
sobre
tratamiento
moderno**



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Washington, D. C.
1962

LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Apuntes sobre tratamiento moderno



Publicaciones Científicas No. 71

Diciembre de 1962

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington 6, D. C., E.U.A.

La Oficina Sanitaria Panamericana tradujo al español el presente libro con autorización del Servicio de Salud Pública de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, de los Estados Unidos de América.

Los nombres comerciales se emplean solamente a los efectos de identificación de los productos y en el sentido de que éstos sean recomendados por el Servicio de Salud Pública.

UNA NOTA AL MEDICO

Este folleto proporciona al médico una guía rápida y completa en relación con el tratamiento de la sífilis y la blenorragia, y también de otras enfermedades venéreas de menor importancia, como chancroide, granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo. Los métodos de diagnóstico, tratamiento y recomendaciones para tratamiento ulterior aquí descritos son los más modernos y dignos de confianza hasta la fecha de esta publicación.

Se reconoce, sin embargo, que en el tratamiento de las enfermedades venéreas es necesario observar cuidadosamente ciertas medidas de salud pública además de atender al paciente.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de la sífilis infecciosa se han desarrollado y simplificado en extremo; durante más de 10 años hemos contado con todos los instrumentos necesarios para la eliminación de la enfermedad como amenaza a la salud pública. Sin embargo, tras una declinación durante ocho años con anterioridad a 1955, se han notificado casos de infección temprana cada vez más numerosos, procedentes de todas las regiones y de todos los grupos sociales.

Nunca se puede insistir lo suficiente en la importancia de notificar cada uno de los casos de enfermedad venérea al departamento de salud pública. Sólo mediante el análisis de la morbilidad es posible obtener las mayores ventajas de las medidas de control. Pero aún de mayor importancia son las medidas epidemiológicas necesarias para impedir que la infección se siga propagando. Estas requieren tanto tiempo que el promedio de los médicos no pueden realizarlas. Sin embargo, la mayoría de los departamentos de salud pública ofrecen los servicios de personas altamente adiestradas para ayudar a entrevistar a los pacientes infectados, localizar sus contactos e intentar a que se sometan a examen y tratamiento. Durante muchos años, los epidemiólogos dedicados a las enfermedades venéreas en los servicios de salud pública han desempeñado su tarea con extraordinaria eficiencia, logrando que centenares de miles de contactos se sometan a

examen sin alterar sus relaciones familiares, sociales u ocupacionales.

Se espera que usted, el médico, realice tres cosas que contribuirán de manera importante a la erradicación: 1) sospechar la enfermedad venérea, especialmente la sífilis, y hacer un diagnóstico exacto; 2) notificar la morbilidad en todos los casos diagnosticados, y 3) solicitar del departamento de salud pública correspondiente, ayuda para entrevistar a los pacientes y localizar los contactos.

WILLIAM J. BROWN, M.D.

Jefe, Servicio de Enfermedades Venéreas
Centro de Enfermedades Transmisibles
Atlanta 22, Georgia, E.U.A.

TABLA DE MATERIAS

Una nota al médico

Sífilis

Elementos técnicos para el diagnóstico y tratamiento modernos

1. Historia y examen físico	1
2. Examen en campo oscuro	2
3. Pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis (PSS)	2
4. Examen del líquido cefalorraquídeo	3
5. Antibióticos	4
6. Epidemiología de la sífilis	5
 Sífilis primaria	 7
Sífilis secundaria	8
Sífilis latente	9
Sífilis durante el embarazo	11
Sífilis congénita precoz	12
Sífilis congénita tardía	14
Sífilis tardía	15
Neurosífilis asintomática	16
Neurosífilis sintomática	17
Sífilis cardiovascular	18
Sífilis tardía benigna (Gomas cutáneos, óseos y viscerales)	19
Casos en que corresponde repetir el tratamiento	20
Sensibilidad a la penicilina—Reacciones alérgica y anafiláctica	21
La reacción de Herxheimer	23

Blenorragia

Enfoque epidemiológico	24
Tratamiento	25
Sensibilidad a la penicilina	26
Terapéutica local; Sulfonamidas	26
Pruebas serológicas para la sífilis (PSS)	26
Pruebas de curación	27
Complicaciones	28

Chancroide	31
-----------------------------	----

Granuloma inguinal	33
-------------------------------------	----

Linfogranuloma venéreo	34
---	----

Para más amplias referencias	36
---	----

SIFILIS

Elementos técnicos para el diagnóstico y tratamiento modernos

1. HISTORIA Y EXAMEN FISICO

Una historia exacta es importante y a veces indispensable para el diagnóstico de la sífilis. Esa historia debe incluir los siguientes datos:

Reacciones serológicas anteriores y motivo para presentarse a examen.

Infección anterior (o antecedentes de enfermedad de "mala sangre" o "lúes").

Infección de los padres (pruebas de sangre, enfermedades, abortos, mortinatos, etc.).

Posibles tratamientos antisifilíticos (o recuerdo del paciente de haber recibido inyecciones en las caderas o en los brazos).

Antibióticos recientes (administrados para otras dolencias que no fueran sífilis).

Posible exposición.

Signos y síntomas que se recuerden (lesiones, bultos en los genitales, erupciones, molestias en los ojos, molestias en la garganta, caída del pelo).

Además de la contribución de la historia de la enfermedad a un diagnóstico correcto, puede ser también de inestimable valor para la epidemiología.

Nunca se insistirá bastante en la necesidad de un cuidadoso y minucioso examen. Idealmente, éste debe incluir un completo examen físico, fluoroscopia o radiografía del tórax y, naturalmente, un examen del líquido cefalorraquídeo.

2. EXAMEN EN CAMPO OSCURO

Durante las fases primaria y secundaria (o lesión precoz), el *T. pallidum* puede encontrarse en el suero de las lesiones o del material obtenido por aspiración de los ganglios linfáticos regionales, y puede demostrarse por medio de un examen microscópico en campo oscuro.

Se requiere práctica para la recolección adecuada del material que se va a examinar, así como para la identificación de los organismos observados. El *T. pallidum* y varios organismos no patógenos parecen idénticos desde el punto de vista morfológico y, por lo tanto, pueden confundirse fácilmente.

3. PRUEBAS SEROLOGICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS (PSS)

Pruebas de antígenos no treponémicos. En respuesta a la invasión por el *T. pallidum* una sustancia denominada reagina, que es un complejo de anticuerpos, aparece en el suero del individuo sífilítico, por término medio, de cuatro a seis semanas después de la infección o de una a tres semanas después de la aparición del chancro primario. La presencia de reagina en el suero del paciente se mide por medio de pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis empleando antígenos no treponémicos (es decir, antígenos preparados de corazón de buey más bien que con *T. pallidum* o con ciertos otros treponemas).

Las pruebas empleadas corrientemente para medir la reagina son de dos clases: a) de floculación, y b) de fijación del complemento. Ejemplos de algunas de las pruebas de floculación empleadas por regla general son: la VDRL en láminas, las de cardiolipina de Mazzini y de Kline, y la de Kahn estándar. La prueba de fijación del complemento que más se usa es la de Kolmer.

Aunque estas pruebas de antígenos no treponémicos no son completamente específicas o sensibles para la sífilis, su ejecución es bastante práctica, de fácil disponibilidad y sus hallazgos son, sin duda, muy reveladores.

Los informes de laboratorio basados en estas pruebas pueden ser de dos clases: cualitativos y cuantitativos. Los informes cualitativos se expresan simplemente así:

1. Reactivo, o positivo, o 4+ (términos sinónimos);
2. Débilmente reactivo, o débilmente positivo, o dudoso, o 3+, o 2+, o 1+ (términos relativamente sinónimos), o
3. No reactivo, o negativo (términos sinónimos).

Los resultados cuantitativos se obtienen por dilución o titulación del suero en progresión geométrica hasta un punto final en que ya no sea reactivo.

Ordinariamente el título es elevado en la sífilis secundaria, pero hay excepciones. Un título elevado no indica necesariamente sífilis precoz, ni siquiera sífilis, pero es un buen indicio de la posibilidad de que haya sífilis.

Pruebas de antígenos treponémicos. Debido a que los antígenos no treponémicos empleados en las pruebas de suero no son enteramente específicos para la sífilis, se ha tratado de preparar antígenos de treponemas que produzcan una prueba específica. Los resultados han sido alentadores, pero hasta ahora las pruebas de antígenos treponémicos han resultado bastante difíciles, costosas y algunas carecen de la sensibilidad de las pruebas de antígenos no treponémicos. Por lo tanto, se han utilizado principalmente como pruebas de confirmación en casos de diagnóstico dudoso.

En caso de duda sobre la interpretación o correlación de los resultados de varias pruebas, se debe consultar a un sifilólogo o a un médico experto en el control de enfermedades venéreas. Para esta consulta conviene disponer de una historia completa, examen físico, fecha y resultados de pruebas serológicas, pasadas y presentes, y resultados de los exámenes practicados en el líquido cefalorraquídeo.

4. EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

La punción lumbar en el paciente sifilítico se realiza mejor estando éste sentado. Se coloca al paciente a horcajadas en una silla recta, de frente al respaldo de la silla y encorvando la parte baja de la espina dorsal.

Se limpia la zona con yodo seguido de alcohol o tintura de zefirán, etc. Se introduce una aguja de punción lumbar esterilizada sosteniéndola solamente por la base. El procedimiento se puede realizar

en el consultorio del médico o en la clínica, sin necesidad de usar guantes ni gasa estériles.

5. ANTIBIOTICOS

Bismuto y arsenicales. Los arsenicales han desaparecido ya de la terapéutica moderna de la sífilis. El bismuto está indicado en pocos casos, por no decir ninguno.

Niveles de sangre. En cualquier fase de la sífilis, el tratamiento adecuado consiste en mantener un nivel de penicilina en sangre entre 0,03 unidades/ml y 0,2 unidades/ml durante un período de 10 días. Esto puede obtenerse mediante procedimientos diversos en los que se emplean distintas preparaciones de penicilina. De este modo, el tratamiento puede adaptarse al plan más conveniente para cada paciente, clínica, o médico, o modificarse según las necesidades de la salud pública.

Penicilina G benzatina. Esta droga resulta especialmente útil en la terapéutica de la sífilis puesto que cada inyección produce niveles adecuados durante un tiempo prolongado (véase planes de tratamiento).

Penicilina G procaína con 2% de monoestearato de aluminio (PAM). Este producto también es útil puesto que después de una inyección se mantienen niveles suficientes durante tres o cuatro días (véase planes de tratamiento).

Penicilina G procaína en suspensión acuosa. Esta forma de la droga sólo es útil cuando están indicadas o son preferibles las inyecciones diarias. Puesto que esta preparación da niveles de penicilina en la sangre mucho más elevados que los necesarios para una terapéutica adecuada de la sífilis y requiere la administración diaria de inyecciones, su empleo se recomienda poco desde el punto de vista del paciente.

Medicación oral. La medicación oral no es el tratamiento preferido para la sífilis puesto que la absorción es sumamente variable

y no siempre se obtiene la cooperación del paciente para cumplir todo el tratamiento.

Otros antibióticos. Cuando la sensibilidad a la penicilina constituye un obstáculo para la aplicación de esta droga, las que mejor pueden emplearse en su lugar son la eritromicina y la tetraciclina. Se recomiendan dosis de 20-30 g de eritromicina y 30-40 g de tetraciclina durante un período de 10 a 15 días.

El tratamiento con estos otros antibióticos debe ir acompañado de una observación consecutiva muy estricta del paciente sifilítico 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 cefalorraquídeo como parte de la observación ulterior.

6. EPIDEMIOLOGIA DE LA SIFILIS

El tratamiento de un paciente de sífilis, especialmente en una fase precoz, sin examinar los contactos de él o de ella, contribuye muy poco al control de la enfermedad.

Debido a que las personas que tienen sífilis suelen ser promiscuas sexualmente y tienen tratos con personas de tendencias semejantes, y debido también a las características de la enfermedad misma, es fácil que la sífilis se propague más rápidamente de lo que se necesita para buscar y tratar los casos individuales. Si el tratamiento se limitara sólo a personas infectadas que se prestaran voluntariamente para el diagnóstico y el tratamiento, no podría aplicarse nunca ninguna medida de control.

Todo contacto sexual de sífilis infecciosa debe ser localizado, examinado y sometido a tratamiento.

Tratamiento preventivo. Si se sabe que el paciente ha estado expuesto a una lesión sifilítica, es un error esperar que la enfermedad llegue a la fase clínica o serológicamente reactiva, permitiendo entretanto la reinfección de pacientes tratados y la infección de otras personas. Sin embargo, debe hacerse todo lo posible por llegar a un diagnóstico, incluso un examen físico completo previo, antes de aplicar el tratamiento preventivo.

Un tratamiento preventivo adecuado consiste en administrar 2,4 millones de unidades de PAM o de penicilina G benzatina.

Búsqueda de contactos. En raras circunstancias, un paciente de sífilis primaria o secundaria puede no haber tenido otros contactos desde el comienzo de su período de incubación, pero esto es muy excepcional. Conviene tener presente que dos personas que se indiquen mutuamente como único contacto, no pueden haberse transmitido la sífilis recíprocamente. Tiene que haber por lo menos otra persona infectada. Además de la fuente de la infección de él o de ella, cabe esperar que el paciente mencione otros tres o cuatro contactos y no es raro que pacientes infectados mencionen de 20 a 70 contactos durante un período de tres a seis meses. Cada uno de estos contactos que no se encuentre y examine, puede desarrollar la enfermedad, transmitirla a otras personas y verse aquejado más tarde con manifestaciones tardías de la misma.

Entrevistas. Los pacientes de sífilis primaria deben ser entrevistados para interrogarles acerca de todos los contactos que hayan tenido en los tres meses antes de la aparición de los primeros síntomas. En los casos de sífilis secundaria, se interrogará a todas las personas con quienes hayan tenido contacto hasta seis meses antes de la iniciación de los síntomas. La investigación de pacientes con sífilis latente precoz, debe cubrir todo el año precedente a la entrevista.

La investigación de los pacientes con respecto a sus contactos y el proceso de ubicarlos requieren considerable tiempo y habilidad. La mayoría de los departamentos de salud reúnen las condiciones requeridas y están siempre deseosos de prestar gratuitamente este tipo de servicio epidemiológico a los médicos privados.

El personal de salud pública que presta estos servicios está bien preparado. Se le adiestra en los procedimientos de la entrevista y de la investigación de modo que inspiren confianza y convengan al mayor número de pacientes infectados a seguir el tratamiento. Pueden tratar hábilmente una gran diversidad de problemas personales y sociales relacionados con las enfermedades sexuales y venéreas.

Donde existen tales servicios es cada vez mayor el número de médicos privados que se deciden a utilizarlos. Donde no existan, el médico debe hacer todo lo posible por hacer personalmente las entrevistas y lograr que los contactos sean examinados o notificarlos al departamento de salud para que los haga examinar.

Sífilis primaria

La primera lesión de la sífilis es un chancro. Por regla general se encuentra en la región ano-genital, pero puede presentarse en cualquier parte por donde haya penetrado por primera vez el treponema en el cuerpo (por ejemplo, los labios, la lengua, las amígdalas, etc.). Suele ser uno solo, pero puede ser múltiple. De ordinario es una pápula dura erosionada, pero puede ser muy blanda. Si no hay complicaciones, casi siempre es indoloro. Debe considerarse sospechosa toda lesión ano-genital.

Un sitio muy común del chancro en las mujeres es el cuello del útero, y ese chancro a menudo se pasa por alto en el examen de las pacientes porque no se examina la cervix.

Si la lesión primaria se presenta en un sitio con acceso a ganglios linfáticos regionales, a menudo suele encontrarse el llamado bubón satélite. Es un ganglio agrandado, discreto, elástico, duro. Si la lesión primaria está en un lugar en que los ganglios linfáticos regionales no son accesibles (por ejemplo, chancro del ano), el bubón satélite puede estar presente, pero no ser palpable.

La lesión primaria se curará con el tiempo aun sin terapéutica, pero la enfermedad seguirá su curso.

En la sífilis primaria, el suero sanguíneo puede ser no reactivo (seronegativo primario) o reactivo (seropositivo primario).

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Por la demostración del *T. pallidum* en la lesión local o en el bubón linfático satélite.

Diagnóstico presuntivo: Historia de exposición sexual a personas posiblemente infectadas en los tres meses anteriores. Presencia de lesiones indoloras, activas o en cicatrización. Linfadenopatía (posiblemente ausente). Rápido aumento del título en las reacciones serológicas.

Tratamiento: Penicilina G benzatina—2,4 millones de unidades en total (1,2 millones de unidades en cada nalga) en inyección intramuscular. Se debe usar una aguja lo suficientemente larga para asegurar que la inyección es intramuscular.

o bien: PAM—4,8 millones de unidades en total, comenzando corrientemente 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.

o bien: Penicilina G procaína en suspensión acuosa—600.000 uni-

dades diariamente durante ocho días hasta llegar a un total de 4,8 millones de unidades.

o bien: Otros antibióticos. (Véase Antibióticos, pág. 4.)

Pronóstico: Las lesiones se curan rápidamente. El título de las reacciones serológicas baja rápidamente hasta llegar a ser no reactivo.

Observación ulterior: Inspección clínica y pruebas serológicas (PSS) cuantitativas mensuales durante seis meses, y luego, a intervalos de tres meses, durante un año. Si sólo se va a hacer un examen del líquido cefalorraquídeo, el mejor momento es al término de los 12 meses posteriores al tratamiento.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma. Es muy importante entrevistar al paciente para averiguar sobre los datos existentes. Solicítese ayuda del departamento de salud local o estatal para la investigación epidemiológica.

Sífilis secundaria

La sífilis secundaria es la fase más contagiosa de la enfermedad. Los distintos pacientes presentan en esta fase manifestaciones clínicas muy variadas. Aunque a menudo hay síntomas como fiebre y malestar general, el diagnóstico de sífilis secundaria se formula primordialmente basándose en las lesiones de la piel y de las membranas mucosas, que pueden ser pocas o muchas, pequeñas o grandes. Pueden ser maculosas, papulosas, papuloescamosas, o pustulosas, pero nunca vesiculares o bulosas en los adultos, aunque a veces pueden serlo en la sífilis congénita precoz de los infantes. Las lesiones son raras veces pruriginosas. Son bilaterales y simétricas. Con frecuencia se presentan pápulas húmedas (condilomas planos) en la región anogenital, la boca u otras regiones en que puede acumularse humedad entre superficies cutáneas opuestas (por ejemplo, las axilas o los espacios interdigitales de los pies). Las lesiones cutáneas son generalmente secas. En la sífilis secundaria se observan a menudo placas mucosas en la boca y en la garganta, así como también áreas de alopecia e iritis.

En general puede demostrarse *T. pallida* en toda lesión secundaria mucosa o cutánea, pero más fácilmente aún si la lesión es húmeda. Aunque no pueda demostrarse la presencia de espiroquetas en lesiones sospechosas, no debe descartarse el diagnóstico de sífilis secundaria.

Las pruebas con antígenos no treponémicos son siempre reactivas en esta fase. La mayoría de las pruebas con antígenos treponémicos también lo son.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Por la demostración del *T. pallidum* en la lesión, asociado a erupciones cutáneas características, lesiones en las mucosas, pérdida de pelo o iritis. Además, la serología tiene que ser reactiva.

Diagnóstico presuntivo: Antecedente de contacto sexual durante los seis meses anteriores con una persona posiblemente infectada. Antecedentes de una posible lesión primaria. Historia de serología no reactiva en los seis meses anteriores. Sospechas de lesiones características. Toda erupción generalizada no pruriginosa, pérdida del pelo en placas, iritis o neurorretinitis, lesiones mucosas. Título elevado de las reacciones serológicas.

Tratamiento: El mismo que para la sífilis primaria. (Véase Sífilis primaria, pág. 7.)

Pronóstico: Las lesiones curan rápidamente. El título de las reacciones serológicas suele mostrar una tendencia marcada a convertirse en no reactivo, aunque no tan rápidamente como en la sífilis primaria.

Observación ulterior: La misma que para la sífilis primaria. (Véase Sífilis primaria, pág. 8.)

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma. Es muy importante interrogar al paciente para averiguar sobre sus contactos. Solicítese ayuda para la investigación epidemiológica.

Sífilis latente

Por definición, la sífilis latente es una sífilis oculta. No hay manifestaciones clínicas de sífilis. El diagnóstico se hace de ordinario teniendo como base las reacciones serológicas después de haber excluido, mediante un examen físico y el análisis del líquido cefalorraquídeo, las posibilidades de otras formas clínicas de sífilis.

Una historia de exposición al riesgo, de lesiones genitales o de erupciones cutáneas pueden ser útiles para formular el diagnóstico, pero es posible que el paciente no recuerde ninguna de ellas.

A falta de otros signos y síntomas, una prueba serológica reactiva tiene que considerarse diagnóstica de sífilis latente mientras no se demuestre que la reacción se ha debido a otra causa.

No puede trazarse una línea clara de separación entre la sífilis latente precoz y la tardía. Antes, la mayoría de los expertos definían la "sífilis latente precoz" como sífilis de menos de cuatro años de duración y la "sífilis latente tardía" como sífilis de más de cuatro años de duración. Para efectos de notificación, se prefiere todavía este criterio. Hay autoridades que clasifican la sífilis precoz como una infección de menos de dos años de duración. La información disponible sugiere que la gran mayoría de las infecciones entran en la fase latente tardía durante los dos años subsiguientes a la infección. Para los fines epidemiológicos, es posible considerar el primer año como el período durante el cual la capacidad infectante es mayor.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: Ausencia total de otros signos y síntomas de sífilis. Análisis del líquido cefalorraquídeo con resultado no reactivo. Falta de antecedentes de tratamiento de sífilis. Pruebas serológicas reactivas con respecto a sífilis.

Tratamiento: Penicilina G benzatina: Si no se hace el análisis del líquido cefalorraquídeo, el tratamiento debe considerar la posibilidad de una neurosífilis asintomática. En este caso, adminístrense un total de 4,8 a 6,0 millones de unidades, distribuidas en dosis de 2,4 ó 3,0 millones de unidades (1,2 ó 1,5 en cada nalga cada vez) a intervalos de siete días.

Si el examen del líquido cefalorraquídeo es no reactivo, adminístrense 2,4 millones de unidades de la manera descrita, en una sola sesión.

o **bien:** PAM—4,8 millones de unidades en total, 2,4 millones de unidades en la primera sesión y 1,2 millones de unidades en cada una de las siguientes sesiones con tres días de intervalo.

o **bien:** Penicilina G en suspensión acuosa—4,8 millones de unidades en total, administrando 600.000 unidades diarias durante ocho días.

o **bien:** Otros antibióticos. (Véase Antibióticos, pág. 4.)

Pronóstico: El título de reacciones serológicas permanecerá estable o declinará gradualmente, pero también puede seguir siendo reactivo permanentemente.

Nota: Véase *Neurosífilis asintomática* en relación con los planes de tratamiento recomendados. Los planes anteriormente descritos se deben aplicar sólo cuando es posible realizar una adecuada observación ulterior y las circunstancias no permiten el examen del líquido cefalorraquídeo como un método de evaluación.

Observación ulterior:

Latente precoz: Lo mismo que para la sífilis primaria. (Véase Sífilis primaria, pág. 8.)

Latente tardía: Pruebas serológicas (PSS) cuantitativas realizadas

con seis meses de intervalo durante dos años. Puede considerarse satisfactorio un título estático o en declinación. Un aumento en el título de dos tubos (por ejemplo, 1:4 a 1:16) o más puede considerarse como una posible recaída o reinfección, indicando la posible necesidad de repetir el tratamiento. Sin embargo, la persistencia de PSS reactivas no debe considerarse por sí sola como una indicación para un nuevo tratamiento. (Véase Serorresistencia, pág. 21.) Por lo menos debería hacerse un examen de líquido cefalorraquídeo con resultado negativo, bien sea en el momento del diagnóstico o antes de dar de alta al paciente.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Sífilis durante el embarazo

Las manifestaciones de sífilis en la madre dependerán de la antigüedad de la infección y del mes del embarazo. Si la infección y la concepción fueron simultáneas, o casi simultáneas, es muy probable que la madre presente signos de sífilis precoz y que el hijo tenga pocas perspectivas de escapar a la infección. Si la madre se infecta tarde en el embarazo, es posible que no presente síntomas antes del parto y que el niño acuse poca o ninguna manifestación de la enfermedad en el momento de nacer.

Si la sífilis no tratada en la madre tiene más de cuatro años de antigüedad, el hijo puede escapar a la infección.

La sífilis congénita se puede prevenir con absoluta seguridad o puede tratarse satisfactoriamente *in utero*. El tratamiento adecuado de la madre durante las primeras 18 semanas de la gestación impide que el hijo se infecte porque es posible que el *T. pallidum* no atraviese la barrera placentaria hasta la 19ª semana, aproximadamente.

Si el tratamiento se inicia después de la 18ª semana de gestación equivale al tratamiento del niño *in utero*. Sin embargo, el tratamiento en cualquier momento de la gestación bien vale la pena, y casi sin excepción logra la cura del niño.

RESUMEN

Nota: Toda mujer embarazada debería examinarse con el propósito de descubrir si es que existe la sífilis; las pruebas serológicas correspondientes deberían hacerse en la primera y última fase del embarazo.

En efecto, la mayoría de los Estados de la Unión exigen por ley que se efectúe una prueba serológica, por lo menos, durante el embarazo. Hay que examinar a la mujer embarazada en busca de lesiones sospechosas de sífilis. No es raro encontrar lesiones sifilíticas secundarias en la vulva en el momento del parto.

Diagnóstico definitivo: Cuando las manifestaciones clínicas permitan hacer el diagnóstico definitivo al igual que para las otras formas clínicas de la enfermedad.

Diagnóstico presuntivo: No se conoce claramente el efecto que produce el embarazo en las reaginas. Por consiguiente, cuando existan dudas sobre la corrección del tratamiento anterior, se considerará que toda mujer embarazada con una prueba de sangre positiva, cualquiera que sea su título, necesita tratamiento.

Tratamiento: Depende de la fase en que se encuentra la sífilis. No se necesita tratamiento adicional durante el embarazo.

Pronóstico: Depende de la fase de la enfermedad.

Observación ulterior: Pruebas serológicas (PSS) cuantitativas cada trimestre y mensuales durante los tres últimos meses del embarazo.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Sífilis congénita precoz

La sífilis congénita precoz es semejante a la secundaria pero a menudo con manifestaciones más graves. Puede ser altamente infecciosa. Afecta a niños menores de dos años de edad y se caracteriza por la temprana aparición, en la vida neonatal, de alguna de las manifestaciones siguientes:

Lesiones cutáneas o de las membranas mucosas. A menudo son vesiculares o bulosas (lo que es excepcional en la sífilis). Las partes más frecuentemente afectadas son la boca, la cara, la región ano-genital y las que están en contacto con los pañales. El diagnóstico no presenta ninguna duda cuando el examen en campo oscuro de la serosidad de una lesión da resultados positivos.

Lesiones del esqueleto. Osteocondritis de los huesos largos y alteraciones en otros huesos son hallazgos roentgenológicos corrientes. Pueden ir acompañadas de pseudoparálisis.

Lesiones viscerales. El hígado y el bazo están agrandados.

Pruebas serológicas (PSS) reactivas. No hay que dejarse engañar por una transferencia pasiva de reagina. No se debe confiar

demasiado en la prueba serológica (PSS) de la sangre del cordón umbilical. Si las pruebas serológicas en la sangre de la madre son reactivas y si está recibiendo tratamiento, la reacción positiva en la sangre del cordón umbilical, probablemente no es indicativa de sífilis congénita en el niño. Tanto la sangre del cordón como la sangre del niño poco después del nacimiento, contendrán reaginas o anticuerpos produciendo una PSS reactiva. Pero el título del niño no infectado volverá a ser no reactivo dentro del término de tres meses. Por otra parte, si la criatura se infecta poco antes del nacimiento, tanto la sangre del cordón umbilical como la sangre de la criatura pueden ser no reactivas. La sangre de la criatura infectada se volverá reactiva, con un título creciente, y desarrollará manifestaciones de sífilis precoz dentro de los tres meses después del nacimiento.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Lesiones positivas en campo oscuro.

Diagnóstico presuntivo: Reacciones serológicas con títulos en ascenso durante tres o cuatro meses. Debe sospecharse en caso de haber coriza; aspecto débil, malnutrido, decaído. Las lesiones óseas, especialmente de los huesos largos, pueden diagnosticarse mediante los rayos X, pero no todas las lesiones óseas significan necesariamente sífilis.

Tratamiento: Cuando la enfermedad tiene hasta dos años de duración, penicilina en dosis adecuadas por lo menos durante 10 días: 0-6 meses, 150.000 unidades por libra (dosis media total de 1,5 millones de unidades); 7-12 meses, 125.000 unidades por libra (dosis media total de 2,4 millones de unidades); 13 meses a dos años, 120.000 unidades por libra (dosis media total de 3,0 millones de unidades). Planes de tratamiento: Penicilina G procaína, 0,5 a 2 cc diariamente, por vía intramuscular, durante 10 días.

o bien: Penicilina procaína en aceite con monoestearato de aluminio (PAM) 2 a 4 cc por vía intramuscular a intervalos de tres a cuatro días hasta administrar la dosis total.

o bien: Penicilina G benzatina, 4 cc intramuscularmente a intervalos de una a dos semanas hasta administrar la dosis total. Hasta 8 cc (2,4 millones de unidades), dosis única (inyectada en dos sitios diferentes), se pueden aplicar cuando estas dosis estén indicadas.

Pronóstico: Las lesiones curan rápidamente. El título serológico desciende rápidamente a no reactivo.

Observación ulterior: La misma que para la sífilis primaria. (Véase Sífilis primaria, pág. 8.)

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Sífilis congénita tardía

La sífilis congénita tardía se define como sífilis congénita que sigue su curso después del segundo año de vida. A menudo pueden observarse algunas de las manifestaciones siguientes:

Queratitis intersticial. Aparece más corrientemente al acercarse a la pubertad.

Dientes de Hutchinson. Incisivos centrales superiores espaciados, enclavijados o en forma de semilla de calabaza con muescas en la parte central del borde libre. Este fenómeno sólo se presenta en los dientes permanentes, pero puede identificarse examinando con rayos X los dientes aún por salir.

Molares en forma de mora. Los molares de leche o los de seis años muestran un desarrollo deficiente o pequeño de la cúspide con una protuberancia de esmalte alrededor de la corona.

Sordera del octavo nervio. Rara.

Neurosífilis. Se parece a la de la sífilis adquirida, pero suele ser más grave.

Gomas de la piel, huesos y vísceras. Las lesiones óseas producen a menudo "nariz en forma de silla de montar" o perforación del tabique nasal o del paladar.

Articulaciones de Clutton. Hidrartrosis indolora bilateral de las rodillas, que de ordinario acompaña a una queratitis intersticial.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: Serología reactiva. Antecedentes de sífilis en la madre. Observación de los estigmas característicos de la sífilis congénita. Historia negativa de exposición sexual. Los análisis del líquido cefalorraquídeo pueden ser reactivos.

Tratamiento: Penicilina en dosis adecuadas por lo menos durante 10 días: 2-4 años, 100.000 unidades por libra (dosis media total de 3,6 millones de unidades); 5-12 años, 60.000-75.000 unidades por libra

(dosis media total de 4,8 millones de unidades); más de 12 años, 50.000-60.000 unidades por libra (dosis media total de 6,0 millones de unidades).

Los planes de tratamiento en que se emplea penicilina G procaína, PAM, o penicilina G benzatina, son los mismos que para la sífilis congénita precoz.

Nota: La queratitis intersticial no suele responder a la sola terapéutica de penicilina. Además de ésta pueden usarse localmente corticosteroides (por ejemplo, la hidrocortisona) en los ojos, de ordinario con una buena respuesta. Convendría guiarse por los consejos de un buen oftalmólogo. La sordera del octavo nervio también puede responder a la terapéutica de corticosteroides.

Nota: El cuidado de las complicaciones tardías de sífilis congénita requiere a menudo atención individualizada y especializada.

Pronóstico: Puede esperarse que el título serológico permanezca estable o descienda lentamente. Las lesiones activas se curarán y no se producirán daños posteriores. En el líquido cefalorraquídeo, el recuento celular y las proteínas totales volverán a lo normal, pero el título puede permanecer estático o descender lentamente.

Observación ulterior: Si las pruebas del líquido cefalorraquídeo son no reactivas, se harán pruebas serológicas cuantitativas durante dos años, con intervalos de seis meses entre una y otra. Si no se hizo análisis del líquido cefalorraquídeo al principio, debería hacerse antes de dar de alta al paciente.

Si el líquido cefalorraquídeo es reactivo, deben hacerse exámenes serológicos cuantitativos y análisis del líquido cada tres meses durante el primer año, y a intervalos de seis meses durante el segundo. Cuando el recuento celular y las proteínas totales vuelven a lo normal, la enfermedad ya no es activa. El líquido cefalorraquídeo puede permanecer reactivo durante años al igual que el suero sanguíneo.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicaciones del carácter clínico de la misma.

Sífilis tardía

La sífilis precoz difiere de la tardía en los siguientes aspectos:

Infecciosidad. La sífilis precoz es infecciosa porque hay *T. pallida* en las lesiones. La tardía no lo es, salvo en el feto, y no puede demostrarse *T. pallida* en las lesiones por examen en campo oscuro.

Destruktividad. Las lesiones de sífilis precoz son agudas, no destructivas y de curación espontánea. Las de la sífilis tardía son crónicas y destructivas.

Reinfección. Es corriente la reinfección después de haberse curado una sífilis precoz. Después de un tratamiento adecuado de la sífilis tardía, la reinfección es rara.

Serología. Después de un tratamiento adecuado de sífilis precoz, el título serológico llegará a ser no reactivo en casi todos los casos. Después de un tratamiento adecuado de sífilis tardía, el título serológico permanecerá reactivo indefinidamente o descenderá lentamente en el curso de varios años.

Clasificación. La clasificación de la sífilis tardía comprende:

Neurosífilis asintomática

Neurosífilis sintomática

Sífilis cardiovascular

Sífilis tardía benigna (gomas cutáneas, óseas y viscerales)

Las tres últimas subclasificaciones se pueden agrupar bajo el título de sífilis sintomática tardía, o sífilis con lesiones tardías demostrables. Estas lesiones corresponden a dos grupos: 1) inflamaciones granulomatosas difusas, que comienzan al principio del estado crónico, y 2) reacciones gomatosas que pueden presentarse en cualquier momento durante el último período hasta 30 ó 40 años después de la infección. La primera clasificación comprende neurosífilis y sífilis cardiovascular. Los pacientes en los cuales el análisis del líquido cefalorraquídeo ha resultado negativo para la sífilis dos años después de la infección, no desarrollarán neurosífilis subsiguientemente. Tanto la neurosífilis como la aortitis sífilítica, por regla general, avanzan lentamente y como consecuencia los signos físicos de su presencia pueden no manifestarse durante 8 a 15 ó más años después de la infección.

Neurosífilis asintomática

Este diagnóstico puede hacerse únicamente mediante el examen del líquido cefalorraquídeo. No hay signos ni síntomas clínicos. Se trata de sífilis "latente" unida a hallazgos positivos en el líquido cefalorraquídeo.

El recuento celular y las proteínas totales no son pruebas específicas, y la pleocitosis y el aumento de proteínas son comunes a muchas

enfermedades neurológicas. La prueba del líquido cefalorraquídeo para sífilis es prácticamente específica. Las pruebas más comúnmente empleadas son las de Kolmer y las de VDRL. El recuento celular y, en menor extensión, las proteínas totales, son guías para conocer la actividad de la neurosífilis.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: Serología positiva y líquido cefalorraquídeo reactivo, elevado recuento celular (5 ó más) o proteína anormal en ausencia de otros signos o síntomas de sífilis.

Tratamiento: Penicilina G benzatina—6,0 a 9,0 millones de unidades en total, administrando 3,0 millones de unidades a intervalos de siete días. Es dudoso y no se ha demostrado que se obtenga ventaja alguna de la administración de más de 10 millones de unidades.

o bien: PAM—6,0 a 9,0 millones de unidades en total, administradas a razón de 1,2 millones de unidades a intervalos de tres días. Es dudoso y no se ha demostrado que se obtenga ventaja alguna de la administración de más de 10 millones de unidades.

o bien: Penicilina G procaína en suspensión acuosa—6,0 a 9,0 millones de unidades en total, a razón de 600.000 diarias. Es dudoso y no se ha demostrado que se obtenga ventaja alguna de la administración de más de 10 millones de unidades.

Pronóstico: Tanto el título de las reacciones en la sangre como en el líquido cefalorraquídeo permanecerán relativamente estables o declinarán lentamente. El recuento celular volverá a lo normal en el líquido cefalorraquídeo dentro de seis meses. Las proteínas totales volverán a un nivel normal en seis meses a un año.

Observación ulterior: Exámenes serológicos cuantitativos y examen del líquido cefalorraquídeo a intervalos de tres meses durante el primer año y a intervalos de seis meses durante el segundo. Cuando el recuento celular y las proteínas totales vuelvan a lo normal, la enfermedad habrá dejado de ser activa en el líquido cefalorraquídeo. Este puede permanecer reactivo durante años, al igual que el suero sanguíneo.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Neurosífilis sintomática

La neurosífilis sintomática se caracteriza por lesiones sífilíticas del sistema nervioso central, que originan signos y síntomas neurológicos y a menudo psicóticos. El suero sanguíneo es casi siempre reactivo

aunque el título puede ser muy bajo. El líquido cefalorraquídeo presentará un recuento anormal de células y proteínas totales y siempre será reactivo, salvo raros casos en que el recuento de células y las proteínas totales son normales y el líquido es no reactivo. (En la llamada *tabes dorsal* “quemada” y, a veces, en la *atrofia óptica primaria*.)

Los tipos más frecuentes de neurosífilis son la paresia, la *tabes dorsal* y la neurosífilis meningovascular. La *atrofia óptica primaria* es una complicación grave de la neurosífilis y debe buscarse en todos los pacientes.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: El suero sanguíneo es ordinariamente reactivo, aunque es posible que el título sea bajo. El líquido cefalorraquídeo reactivo con recuento celular y proteínas totales elevados, acompañados de signos y síntomas neurológicos o psicóticos, o ambos a la vez: las alteraciones pupilares más corrientes son la desigualdad, irregularidad y poca o ninguna reacción a la luz. Comparada con estos cambios pupilares, la pupila de Argyll-Robertson, tan a menudo discutida, es rara.

Tratamiento: El mismo que para la neurosífilis asintomática. (Véase *Neurosífilis asintomática*, pág. 17.)

Pronóstico: Los títulos serológicos de la sangre y del líquido cefalorraquídeo permanecerán estables o descenderán lentamente. El recuento celular y las proteínas totales volverán a lo normal. Se detendrá el proceso destructivo. Con la curación, es posible que el paciente muestre cierta recuperación de las funciones dañadas. Si el daño orgánico experimentado por el sistema nervioso llegó a la destrucción de las células nerviosas, no habrá recuperación de la función. Pueden persistir los “dolores relámpago” tabéticos y la *atrofia óptica primaria* puede empeorar a medida que se forman las cicatrices.

Observación ulterior: La misma que para la neurosífilis asintomática. (Véase *Neurosífilis asintomática*, pág. 17.)

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Sífilis cardiovascular

La sífilis cardiovascular es difícil de diagnosticar. Así puede decirse especialmente cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial

en personas de más de 50 años. El suero sanguíneo suele ser reactivo, pero el título puede ser bajo y a veces hasta puede ser no reactivo. El líquido cefalorraquídeo es normal y no reactivo, salvo que haya simultáneamente neurosífilis. Una historia de sífilis ayuda a establecer el diagnóstico. La insuficiencia aórtica y la prueba radiológica de aneurisma de la aorta torácica, constituyen elementos presuntivos para el diagnóstico.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: Insuficiencia aórtica o aneurisma de la aorta torácica, o ambos a la vez, acompañada de una historia de sífilis o de serología reactiva, o de ambas a la vez.

Tratamiento: El mismo que para la neurosífilis asintomática. (Véase Neurosífilis asintomática, pág. 17.)

Nota: 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.

Pronóstico: Los vasos y válvulas dañados o cicatrizados no volverán a funcionar normalmente.

Observación ulterior: La misma que para la sífilis latente tardía. (Véase Sífilis latente tardía, pág. 10.)

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Sífilis tardía benigna (Gomas cutáneas, óseas y viscerales)

Las gomas son reacciones de sensibilidad al treponema. Pueden presentarse en cualquier sitio, salvo posiblemente en los intestinos y ovarios, pero donde más corrientemente se encuentran es en la piel, huesos, hígado o estómago. Las reacciones gomosas de la piel pueden ser gomas solitarios (úlceras) o sífilides nódulo-ulcerativas. Una biopsia puede revelar alteración granulomatosa y ser un factor que

contribuya a formular el diagnóstico respectivo. Las pruebas sanguíneas son usualmente positivas, frecuentemente con título elevado. Una historia de sífilis, unida a las lesiones características, indicará el tratamiento. Puede obtenerse cierta confirmación del diagnóstico a base de una curación espectacular de gomas visibles a raíz del tratamiento.

RESUMEN

Diagnóstico definitivo: Ninguno.

Diagnóstico presuntivo: Lesiones sospechosas cutáneas u óseas, o ambas a la vez, acompañadas de serología reactiva, usualmente de título elevado. Probable historia de sífilis. (Aunque pueda haber sospechas de lesiones viscerales, el diagnóstico puede depender de la prueba terapéutica.)

Tratamiento: El mismo que para la neurosífilis asintomática. (Véase Neurosífilis asintomática, pág. 17.)

Pronóstico: Las lesiones se curan espectacularmente.

Observación ulterior: La misma que para la sífilis latente tardía. (Véase Sífilis latente tardía, pág. 10.)

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública, con indicación del carácter clínico de la misma.

Casos en que corresponde repetir el tratamiento

Toda sífilis tratada puede necesitar de nuevo tratamiento en una fecha posterior. Esto está indicado en cuatro circunstancias diferentes: 1) sífilis durante el embarazo, si no puede determinarse que la terapéutica anterior fue adecuada; 2) neurosífilis activa persistente; 3) recaída, y 4) reinfección. Debe llamarse la atención sobre un estado en que la repetición del tratamiento no está indicada; nos referimos a la serorresistencia o resistencia de Wassermann, cuando además de una serología reactiva no hay ninguna otra indicación para nuevo tratamiento.

Sífilis durante el embarazo. En el embarazo, cuando haya la menor duda de que la madre puede no haber sido debidamente tratada, o cuando se sospeche infección activa, debe administrarse una serie terapéutica para la prevención de la sífilis congénita.

Neurosífilis. En la neurosífilis, si el recuento celular no vuelve a lo normal dentro de un año, o si hay aumento de células o proteínas durante el período de observación posterior, un nuevo tratamiento está indicado.

¿Recaída o reinfección? A menudo es difícil determinar en un caso dado si se trata de una recaída o de una reinfección.

En la sífilis precoz, si la terapéutica ha sido adecuada, el título desciende rápida y regularmente después del tratamiento. Si no sucede así, eso suele indicar una recaída o una reinfección.

A menudo una reinfección se revela por una nueva lesión primaria en un lugar distinto de la anterior lesión primaria, por una serología que sugiere primera infección, y por una historia de exposición al contagio.

A causa de una sensibilización anterior al *T. pallidum*, las reinfecciones pueden producir lesiones cutáneas y mucosas parecidas, morfológica e histológicamente, a las de las manifestaciones de la sífilis tardía benigna, lo que sugiere una recaída tardía más bien que una reinfección. Sin embargo, la facilidad con que puede demostrarse *T. pallida* en campo oscuro, unida a los antecedentes, debe ser suficiente para hacer el diagnóstico de una reinfección.

Serorresistencia. Si la sífilis queda sin tratar durante varios años, el título serológico queda a menudo fijo. Ninguna cantidad de tratamiento puede modificarlo apreciablemente. Esto no significa que el paciente necesite nuevo tratamiento. El nuevo tratamiento está indicado únicamente en presencia de un persistente recuento anormal de células y proteínas elevadas en el líquido cefalorraquídeo o de un ascenso persistente en el título serológico.

Sensibilidad a la penicilina Reacciones alérgica y anafiláctica

Se han comunicado graves reacciones a la penicilina. Por esta razón es importante obtener de cada paciente una historia de reacciones alérgicas anteriores a la penicilina o a cualquier otra sustancia.

No se debe administrar nunca penicilina a un paciente que haya

tenido anteriormente cualquier forma de reacción a la misma. Cuando haya antecedentes de cualquier otra alergia grave sólo con gran precaución debe administrarse penicilina.

En todo caso, nunca debe administrarse penicilina por vía intramuscular si no es posible observar al paciente durante 15 minutos a media hora como mínimo después de la inyección.

Después de la administración de penicilina han ocurrido graves reacciones anafilácticas y muertes. Aunque esas reacciones son sumamente raras, es necesario estar preparado para poner en práctica medidas de emergencia siempre que se administre penicilina.

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 comienzo, 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 una traqueotomía de emergencia.

Además de la adrenalina y las medidas expuestas, también han resultado útiles los siguientes medicamentos:

500 mg de aminofilina por vía intravenosa,

50 mg de clorhidrato de benadril por vía intravenosa.

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

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

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 administrado la primera dosis de un agente treponemicida potente.

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

En la era anterior a la penicilina, se atribuían a la reacción de Herxheimer accidentes graves consecutivos a la terapéutica arsenical de la sífilis cardiovascular, y se la temía mucho. Se han observado pocas reacciones de Herxheimer genuinas consecutivas a la terapéutica penicilínica de la sífilis cardiovascular. La mayoría de las autoridades de los Estados Unidos de América consideran actualmente que comenzar el tratamiento de la sífilis cardiovascular con la dosis total recomendada de penicilina u otros antibióticos eficaces es aconsejable y no ofrece peligros.

BLÉNORRAGIA

Enfoque epidemiológico

El factor más importante y, sin embargo, el más descuidado en el tratamiento y control de la blenorragia, es el tratamiento simultáneo del otro cónyuge o de los contactos sexuales regulares, o de ambos.

Otro factor igualmente importante y descuidado en el tratamiento, es el relativo a obtener información sobre los contactos sexuales del paciente tratado.

Si con este objeto se necesitara ayuda, se podría solicitar asesoramiento de los departamentos de salud locales y estatales, sobre las técnicas para realizar una entrevista y colaboración para conseguir personal adiestrado en la entrevista e investigación de contactos.

En los hombres, es fundamental la confirmación del diagnóstico de blenorragia aguda en un frotis mediante la técnica de coloración Gram, a fin de recomendar el tratamiento correcto, dado que la uretritis no específica, que constituye un porcentaje indeterminado de todas las secreciones uretrales, por regla general no responde a la terapéutica con penicilina. La confirmación del diagnóstico de blenorragia crónica en los hombres se debe hacer por los métodos de cultivo o por la técnica de anticuerpos fluorescentes (AF).

La prueba de fijación del complemento en la blenorragia puede tener cierto valor para el diagnóstico diferencial de complicaciones tales como las artritis blenorragicas.

En las mujeres, el diagnóstico de blenorragia debe hacerlo el laboratorio por el método de cultivos o por la técnica de anticuerpos fluorescentes. Los frotis para ser usados con anticuerpos fluorescentes por el método directo e indirecto de Deacon sobre especímenes cervicales, vaginales y uretrales dan el número más elevado de positividad. No se debe confiar absolutamente en los frotis cervicales teñidos por el método de coloración Gram. Los especímenes obtenidos correctamente para cultivo deben tomarse del cuello cervical y de los orificios de las glándulas de Skene y Bartholin, por lo menos en tres ocasiones diferentes, a menos que anteriormente se haya obtenido

un cultivo positivo. Puesto que la vaginitis no gonocócica se presenta también en las niñas, es necesario recurrir al cultivo para establecer la etiología gonocócica.

Para las mujeres que tienen contacto sexual con hombres con blenorragia comprobada, el tratamiento sobre la base de un estudio epidemiológico no sólo está justificado sino que es esencial para la curación definitiva del paciente y para el control de la enfermedad. Los estudios con las técnicas de AF han demostrado que, por lo menos, el 60% de esos contactos está infectado.

Tratamiento

El medicamento preferido para el tratamiento de la blenorragia es la penicilina.

Blenorragia no complicada en los hombres: penicilina G procaína acuosa, penicilina G procaína en aceite con 2% de monoestearato de aluminio (PAM) o penicilina G benzatina 1.200.000 unidades en una inyección intramuscular.

Blenorragia no complicada en las mujeres: penicilina G procaína acuosa o PAM, 1.800.000 unidades por vía intramuscular, o 600.000 unidades de PAM más penicilina G benzatina 1.200.000 unidades por vía intramuscular colocando la inyección en uno o dos sitios diferentes, todo en una misma visita. Es recomendable la combinación de partes iguales de penicilina G benzatina y penicilina G procaína acuosa en una sola inyección de 1.800.000 a 2.400.000 unidades, por vía intramuscular.

El tratamiento profiláctico y el que descansa sobre una evidencia epidemiológica, debe hacerse en la misma forma que para la blenorragia no complicada descrita más arriba.

La blenorragia con complicaciones graves se debe tratar con 2.400.000 a 10.000.000 unidades de penicilina G cristalina acuosa diarias, por vía intramuscular, administradas en parcialidades en intervalos de dos a cuatro horas o cantidades equivalentes de una penicilina (de acción retardada), hasta alcanzar la dosis total y que produzcan un elevado nivel sanguíneo, hasta que los signos y síntomas hayan cedido y los cultivos, si se obtienen, sean negativos. (Véase a continuación el examen de las complicaciones.)

Está indicado repetir el tratamiento si persiste la secreción en la blenorragia no complicada durante tres días o más, después del

tratamiento inicial adecuado o si los frotis o cultivos son aún positivos. La dosis del nuevo tratamiento consiste en duplicar el plan de tratamiento original en una sola sesión o dividir en partes iguales las inyecciones de la dosis aumentada en un período de tres a cinco días hasta alcanzar la dosis total, hasta que hayan cedido los signos y síntomas y los frotis y cultivos obtenidos sean negativos.

Es importante, durante el tratamiento, notar si algunas cepas de gonococos han disminuido el grado de sensibilidad a la penicilina sin que haya necesidad de llegar a la resistencia absoluta. En estos casos, está indicado el tratamiento con otros antibióticos de acción equivalente. (Véase dosis bajo sensibilidad a la penicilina.)

Sensibilidad a la penicilina

Los pacientes blenorragicos, sensibles a la penicilina, se pueden tratar eficazmente con las siguientes drogas: estreptomycin, tetraciclina en sus diferentes formas, cloranfenicol, eritromicina y oleandomicina.

Las siguientes dosis resultan satisfactorias: tetraciclinas, en dosis de 2 a 3 g en total, administrando 0,5 g por vía oral a intervalos de cuatro a seis horas ó 1,0 a 2,0 g de estreptomycin por inyección intramuscular única.

Terapéutica local; Sulfonamidas

Por regla general, ni la hiperpirexia ni la terapéutica local con irrigaciones, instilaciones, sondas, o masaje están indicados en el tratamiento de la blenorragia no complicada. Las sulfonamidas se deben usar únicamente a sabiendas de que el gonococo desarrolla resistencia rápidamente a esas drogas.

Pruebas serológicas para la sífilis (PSS)

Todos los pacientes deben ser sometidos a una prueba serológica para la sífilis al momento del diagnóstico y tratamiento inicial de blenorragia, y mensualmente, durante cuatro meses después del

tratamiento, a fin de poder determinar la posible presencia simultánea de sífilis y eliminar la posibilidad de sífilis encubierta por la terapéutica antibiótica.

Los pacientes blenorragicos que son contactos sexuales conocidos de enfermos con sífilis infecciosa, deben recibir o un tratamiento profiláctico o tratamiento completo y deben ser sometidos a una observación ulterior igual que para la sífilis precoz; también puede tratarse con estreptomycinina, manteniendo estrecha vigilancia clínica para descubrir tempranamente la aparición de sífilis precoz. Este último tratamiento debe ser empleado con un criterio ponderado, pues la estreptomycinina en dosis de 1,0 g no tiene efecto sobre la sífilis. En esas circunstancias la sífilis precoz puede presentarse en el paciente y ser transmitida a los contactos sexuales antes de que el médico se dé cuenta de su presencia.

En presencia de lesiones que sugieren sífilis precoz, pero negativas en el examen en campo obscuro, y pendiente de confirmación del diagnóstico, el tratamiento de la blenorragia debe ser con estreptomycinina en dosis de 1,0 gramos.

Pruebas de curación

En los hombres, la falta absoluta de manifestaciones clínicas de la enfermedad y la prueba de orina clara en dos vasos, una semana después de administrada la penicilina, es la comprobación de que el tratamiento fue adecuado. La verificación de la curación por medio del laboratorio, en caso de hacerse, debe consistir en cultivos o en la técnica de anticuerpos fluorescentes. El material de cultivo se puede obtener del sedimento de la orina. Muy pocas veces o nunca existen casos de portadores masculinos asintomáticos tratados con penicilina. La persistencia de la secreción uretral o una prueba de orina turbia en dos vasos hace necesarios el cultivo o el estudio AF. Está indicado repetir el tratamiento de los pacientes y de los contactos cuando los estudios antes indicados demuestran la presencia de gonococos; de otra manera, el tratamiento indicado es el correspondiente al de uretritis o prostatitis no específica.

En las mujeres, los cultivos repetidos o los estudios AF de especímenes cuidadosamente obtenidos del cuello uterino, las glándulas de Skene y Bartholin ofrecen las mejores posibilidades para descubrir la infección residual. Si se ha utilizado penicilina de efecto retardado

en el tratamiento, es necesario incorporar una cantidad adecuada de penicilinasa en el medio de cultivo para esos estudios. La prueba más segura de curación es la ausencia de reinfección en los compañeros sexuales. La identificación del gonococo en el exudado uretral, cervical y vaginal, por medio de anticuerpos fluorescentes, ha demostrado ser tan efectiva como el mejor de los cultivos y su aplicación debe ser amplia en el sexo femenino.

Complicaciones

Local. Genitourinaria: La *epididimitis* responde a una dosis de 1.800.000 a 2.400.000 unidades de penicilina G procaína acuosa administrada diariamente por vía intramuscular; los signos y síntomas locales pueden persistir durante días y hasta semanas. Se recomienda el uso de un suspensorio y analgésicos.

Los *abscesos de la próstata o vesículas seminales* pueden requerir el drenaje quirúrgico además de la adecuada terapéutica con antibióticos basada en la identificación de los gérmenes invasores secundarios, por medio del cultivo, si es posible.

Los *abscesos de las glándulas vulvovaginales* requieren drenaje quirúrgico por regla general. La enfermedad *inflamatoria pélvica blenorragica* rara vez requiere de una laparotomía. Debido a la frecuencia de las infecciones con gérmenes secundarios gram negativos, debería administrarse conjuntamente con la penicilina un antibiótico de espectro amplio o una sulfonamida. La duración del tratamiento se juzga por el progreso clínico. Se recomiendan el reposo local y general y analgésicos.

Sistemática. La artritis gonocócica responde bien a 1.800.000 a 2.400.000 unidades de penicilina diaria, por lo menos durante cinco a siete días. Debe iniciarse la terapéutica con una preparación de acción relativamente rápida, como por ejemplo, la penicilina G cristalina.

La *endocarditis gonocócica* debe tratarse con dosis masivas de penicilina G cristalina por vía intramuscular a intervalos de tres a cuatro horas o por goteo intravenoso continuo. Se recomiendan 10 millones de unidades diarias por un período mínimo de cuatro a seis semanas, pese a que los cultivos sanguíneos se hayan convertido en negativos. La *meningitis gonocócica* se debe tratar con dosis com-

parables a la endocarditis gonocócica por lo menos durante siete días después de la recuperación clínica y luego que resulten negativos los cultivos del líquido cefalorraquídeo.

La *oftalmía gonocócica de los recién nacidos* se puede tratar con 100.000 unidades de penicilina G cristalina acuosa por vía intramuscular cada tres horas, ó 600.000 unidades de penicilina G procaína acuosa por vía intramuscular diariamente, en forma continua durante 24 a 48 horas después de la recuperación clínica y después de haber obtenido tres cultivos negativos.

La *queratosis blenorragica* no responde bien a la penicilina; en cambio, la terapéutica con esteroides es útil. Se recomienda que se administren simultáneamente la penicilina y los corticosteroides en dosis individuales de conformidad con la reacción clínica.

Si ocurre una recaída, ésta suele ser durante la primera semana después del tratamiento.

La causa más común de lo que parece ser una recaída o fracaso del tratamiento es una reinfección contraída de un compañero sexual que no ha recibido tratamiento o que no se ha descubierto por falta de un estudio epidemiológico adecuado.

Los escalofríos o fiebre (reacción de Herxheimer) que acompañan la terapéutica con penicilina en la blenorragia es una fuerte indicación de sífilis coexistente.

Los antibióticos de espectro amplio en dosis adecuadas para el tratamiento de la blenorragia pueden encubrir la sífilis.

Aunque la reacción anafilactoide a la penicilina es rara, ningún médico debe hacer el tratamiento de los pacientes sin disponer del equipo, drogas y competencia profesional necesarios para enfrentarse con un hecho potencial de tanta gravedad.

RESUMEN

Diagnóstico: En los hombres, la blenorragia aguda por cultivo o por frotis; blenorragia crónica por cultivo o por medio de la técnica de anticuerpos fluorescentes.

En las mujeres, por el método de cultivo o de anticuerpos fluorescentes.

Tratamiento: Blenorragia no complicada en varones: penicilina G procaína acuosa o en aceite, con monoestearato de aluminio (PAM) al 2% o penicilina G benzatina, 1.200.000 a 1.800.000 unidades por vía intramuscular; blenorragia no complicada en mujeres: PAM o penicilina G procaína acuosa, 1.800.000 unidades por vía intramuscular; 600.000 unidades de PAM más penicilina G benzatina,

1.200.000 unidades intramuscularmente en inyecciones colocadas en uno o dos lugares diferentes en una sola visita, o cantidades iguales de penicilina G procaína acuosa y penicilina G benzatina combinadas (dosis total 1.800.000 a 2.400.000 unidades).

o bien: Antibióticos de acción equivalente. (Véase Repetición del tratamiento, págs. 25-26.)

Nota: Por regla general, ni la hiperpirexia, ni la terapéutica local con irrigaciones, instilaciones, sondas o el masaje tienen aplicación en el tratamiento de la blenorragia no complicada.

Observación ulterior: Si la secreción en la blenorragia no complicada persiste durante tres días o más después del tratamiento inicial adecuado y si el frotis o cultivo es aún positivo, está indicada la repetición del tratamiento. Este consiste en duplicar las dosis del tratamiento original, distribuyendo el medicamento en igual número de inyecciones, durante un período de tres días hasta alcanzar la dosis total, hasta que hayan cedido los signos y síntomas y los frotis y cultivos obtenidos sean negativos. Pueden estar indicados los antibióticos de acción equivalente (véase Repetición del tratamiento, mencionado anteriormente). Realizar la prueba serológica para la sífilis (PSS) antes del tratamiento y después, mensualmente, durante cuatro meses.

Nota: Comuníquese la enfermedad al departamento de salud pública si es notificable en el estado de residencia.

CHANCROIDE

Todos los enfermos de lesiones genitales deben tener una serie de PSS y exámenes adecuados en campo obscuro a fin de poder desechar o confirmar el diagnóstico de la sífilis. Pueden mezclarse simultáneamente infecciones de más de una enfermedad venérea en un paciente, y aun en la misma lesión.

La diferenciación entre el chancroide y la sífilis se hace en gran parte mediante la exclusión de sífilis (por campo obscuro y PSS) y otras enfermedades que producen lesiones semejantes.

El tratamiento local consiste en el aseo. No deben hacerse incisiones en los bubones inguinales, pero si son fluctuantes puede aspirarse el contenido a través de la piel normal, con una aguja No. 15 ó 16.

Está indicada la localización y tratamiento de los contactos en los brotes agudos que afectan a numerosos individuos.

La investigación epidemiológica corriente en casos aislados no ha resultado productiva.

RESUMEN

Diagnóstico: Apariencia clínica. Campo obscuro y PSS (series suficientes para descartar la sífilis). Cultivo e identificación de *Hemophilus ducreyi*.

Tratamiento: Sulfonamidas, tales como la sulfadiazina, son las drogas de preferencia—1,0 g cuatro veces al día durante siete días.

o **bien:** Estreptomicina—0,5 a 1,0 g intramuscularmente tres veces al día, ó 2 g diariamente por vía intramuscular durante cinco a siete días.

o **bien:** Tetraciclina—0,5 gm por vía oral cuatro veces al día durante siete a 14 días.

Nota: El uso de la tetraciclina u otra droga de espectro amplio puede encubrir o tratar la sífilis, según la dosis; por lo tanto, se debe descartar la sífilis antes de hacer uso de ellas.

Observación ulterior: Si la lesión no cicatriza, se deben tener en cuenta e investigar cuidadosamente otras enfermedades como sífilis, granuloma inguinal (en donde se ha usado sulfonamida) o una afec-

ción maligna. En algunos casos resulta necesario el uso prolongado de la droga o un cambio de la misma. Observación mediante pruebas serológicas de la sífilis mensualmente durante cuatro meses.

Nota: Comuníquese la enfermedad al departamento de salud pública si es notificable en el estado de residencia.

GRANULOMA INGUINAL

Se debe sospechar granuloma inguinal en todo paciente con lesiones granulomatosas en el área genital. Las lesiones en los genitales o en el perineo, especialmente en la vulva inflamada, son sospechosas si resultan negativas en el campo obscuro y el paciente es seronegativo; en estas circunstancias se deben buscar los cuerpos de Donovan en las lesiones. En los Estados Unidos el granuloma inguinal predomina en la raza negra por lo menos en proporción de 8:1.

Al obtener un espécimen de biopsia se debe cuidar que ésta sea profunda o asegurarse, al tomar especímenes para estudio, que se utilice un tejido de superficie limpia. Se debe examinar el tejido, no el exudado, para la demostración de los cuerpos de Donovan.

En algunos casos crónicos, especialmente en las mujeres con cicatrices, hinchazón y deformidad, puede estar indicada la cirugía después de la terapéutica con antibióticos específicos.

Ni la investigación epidemiológica de rutina ni la observación ulterior de los contactos sexuales han resultado productivas.

RESUMEN

Diagnóstico: Descubrir cuerpos de Donovan en los frotis de tejidos celulares o en material de biopsia. Campo obscuro y PSS (series suficientes para poder descartar la sífilis).

Tratamiento: Estreptomicina—1,0 g intramuscularmente tres veces al día durante siete a 10 días.

o bien: Clortetraciclina, oxitetraciclina, o tetraciclina, por vía oral—500 mg cuatro veces al día durante 10 a 15 días. Otras drogas de espectro amplio, como el cloranfenicol, también son eficaces.

Observación ulterior: Si la lesión no cicatriza o hay recaída, es posible que se necesite un tratamiento más prolongado o un cambio de antibióticos. Será necesario descartar la existencia de una lesión maligna. Realizar mensualmente una prueba serológica para la sífilis durante cuatro meses.

Nota: Comuníquese la enfermedad al departamento de salud pública si ésta es notificable en el estado de residencia.

LINFOGRANULOMA VENEREO

La adenitis inguinal aguda o sin dolor, con o sin el hallazgo de lesiones genitales vesiculares poco llamativas, sugiere el diagnóstico de linfogranuloma venéreo. No se recomienda la prueba ordinaria de fijación del complemento para el diagnóstico de linfogranuloma venéreo. El hallazgo clínico de adenitis inguinal aguda, no acompañada de lesiones genitales, es corrientemente muy sugestivo y de tratarse de linfogranuloma venéreo, autoriza la administración de sulfonamidas. Sin embargo, un diagnóstico diferencial debe tenerse presente y estar atento para verificar si no hay una respuesta rápida a la terapéutica específica. Las manifestaciones crónicas de linfogranuloma venéreo frecuentemente entran en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades venéreas, así como en otros estados ginecológicos, genitourinarios y proctológicos. En estos casos, se recomienda dirigirse a los textos ordinarios.

La enfermedad se contrae por contacto sexual y a veces por medio de prácticas homosexuales. Está ampliamente difundida en todo el mundo pero se encuentra con mayor frecuencia en los climas tropicales y semitropicales. En los Estados Unidos la relación de la morbilidad entre negros y blancos es de 5 a 1. La edad en que se producen los casos corresponde al período de mayor actividad sexual, pero los niños y otras personas pueden contraer la infección por el simple contacto con compañeros de cama, las regaderas de las duchas vaginales o ropas infectadas. La enfermedad ocurre en todas las razas expuestas a la infección y es más común entre la gente de hábitos promiscuos o aquellos que han tenido alguna de las enfermedades venéreas. La ocupación en sí es un factor que se debe tener en cuenta en la epidemiología de la enfermedad, pues en los hombres se ve con relativa frecuencia entre los marineros, y, en las mujeres, entre prostitutas. Mientras haya exudados infectantes, ya sean productos de proctitis, uretritis, secreciones de sinus o de lesiones ulcerativas abiertas, la enfermedad se debe considerar como contagiosa. No se cree que se adquiera con carácter congénito.

La investigación epidemiológica corriente o la observación ulterior de los contactos sexuales no han resultado productivas.

El contenido de los bubones fluctuantes debe aspirarse a través de la piel normal con una aguja No. 15 ó 16, pero no deben hacerse incisiones debido a la lentitud de la cicatrización que sigue a la incisión. El tratamiento local debe consistir en aseo y la lesión se debe mantener seca. Las manifestaciones crónicas como estiómeno o constricción rectal requieren un adecuado tratamiento médico y quirúrgico.

RESUMEN

Diagnóstico: Características clínicas—y por exclusión de otras enfermedades venéreas. Auxiliares para el diagnóstico: La prueba Frei, biopsia, prueba de fijación del complemento.

Tratamiento: Las sulfonamidas, tales como sulfadiazina, son las drogas de preferencia—1,0 g cuatro veces al día durante 12 a 15 días.

o bien: Clortetraciclina, oxitetraciclina o tetraciclina, por vía oral 500 mg cuatro veces al día, durante 5 a 10 días o más, de conformidad con la respuesta clínica.

Observación ulterior: Si la lesión no cicatriza hay que pensar en la coexistencia de otra enfermedad o en un diagnóstico erróneo. La prolongación de la terapéutica o cambio de medicación puede resultar necesaria en algunos casos. Pruebas serológicas para la sífilis mensualmente durante cuatro meses.

Nota: Notifíquese la enfermedad al departamento de salud pública si es notificable en el estado de residencia.

PARA MAS AMPLIAS REFERENCIAS

La sífilis—Diagnóstico y tratamiento modernos. Publicación Científica No. 56 de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1961. Precio: \$1.00. Dedicado al médico general, este manual de 59 páginas da en forma concisa y formato conveniente la mayor parte de lo que éste necesita conocer, además de su adiestramiento médico, para tratar los casos corrientes de sífilis. También da ciertos pequeños datos de utilidad práctica o reglas de sentido común, de manera que bajo cualquier circunstancia puede rápidamente tomar la mejor decisión en su diagnóstico y tratamiento de la sífilis.
