

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
Y HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**

**CURSO DE TERAPEUTICA INFANTIL,
PARA GRADUADOS**

(Julio 19 — Diciembre 3)

CONFERENCIA XVI

(Noviembre 8 de 1958).

SIFILIS INNATA

Ponentes: Dr. C. Torres Umaña, Profesor Titular.

Dr. Francisco Millán Rodríguez, Jefe de Clínica.

En tiempos remotos ya, cuando se creía en la sífilis concepcional, en la sífilis hereditaria, transmisible por el padre o por la madre, se tenían las dos leyes como una cosa fundamental, y evidentemente se veía que esas leyes se cumplían. La Ley de Colles decía que una madre sífilítica podía darle de mamar a un niño sano sin peligro de contagiarse, y la de Profeta que decía que un niño sífilítico podía tomar el pecho de una mujer sana sin que la contagiara. Hoy estas leyes no son valederas por la noción de que la sífilis no es una enfermedad hereditaria porque el espermatozoide no puede llevar el treponema, ni tampoco el óvulo.

Pero naturalmente una mujer sífilítica puede dar nacimiento a un hijo sano. Uno de los criterios para el diagnóstico de la sífilis es la serología, pero ella en un niño menor de 3 meses no nos dice nada, porque el niño sano que nace de una madre sífilítica puede dar una serología positiva porque tiene reagentes que le trasmite la madre, y el niño sífilítico que nace de una madre específica puede dar serología negativa, ya que el niño hasta los tres meses no tiene capacidad suficiente para formar reagentes. De los tres meses en adelante, la reacción sí es muy importante.

Para estudiar la sífilis hay que tener en cuenta los antecedentes que nos dan alguna idea de la sífilis, aun cuando no un criterio cierto de ella.

Los signos de la sífilis podremos dividirlos entre signos de seguridad y signos de probabilidad. Los de seguridad le dicen a uno que el niño es sífilítico, con el solo hecho de aparecer esos signos, y no se presentan sino hasta los 6 meses más o menos.

Luégo vienen otros signos, que son los de probabilidad, con los cuales puede uno hacer el diagnóstico, también cuando con uno de esos signos se sospecha la enfermedad, y se puede confirmar con exámenes y posteriores como la serología, etc.

Signos de probabilidad:

- 1º Sífilis en los padres;
- 2º Poliletalidad infantil;
- 3º Hidramnios;
- 4º Lesiones placentarias;
- 5º Rinitis.

Signos de seguridad:

- 1º Hipertrofia esplénica;
- 2º Sifilides cutáneas;
- 3º Pénfigo palmoplantar;
- 4º Osteocondritis;
- 5º Adenomegalia epitroclear.

Signos tardíos:

- 1º Dientes de Hutchinson (2ª dentición);
- 2º Muela muriforme;
- 3º Tubérculo de Garabelli;
- 4º Tibia en sable;
- 5º Osteoporosis osificante;
- 6º Osteítis;
- 7º Osteomielitis;
- 8º Signos neurológicos.

TRATAMIENTO

Se debe incluir en éste como factor protuberante la profilaxis en su aspecto médico-social. Desde el punto de vista social conferencias educativas sobre prevención, tratamiento, creación de centros profilácticos, especialmente en las maternidades, certificados médicos prenupciales, etc., en cuanto al aspecto médico el diagnóstico precoz, y tratamiento inmediato en niños y adultos, y muy especialmente del padre y de la madre del niño sífilítico.

El correcto y oportuno tratamiento de la embarazada, ojalá, en lo posible, antes del quinto mes de gestación; en las madres tratadas

antes del embarazo, control riguroso clínico y serológico durante la gestación, y luego vigilar el niño por 5 a 6 meses, aunque nazca sano.

Respecto del tratamiento, en la actualidad, después de muchos estudios y experiencias (comparando con la era de los arsenicales, el Bi, el Hg), incluyendo los efectuados con antibióticos de amplio espectro y otros treponemicidas modernos, el tratamiento de la sífilis debe hacerse con penicilina, por su comprobada efectividad, su poca toxicidad y su costo. Hay diversas escuelas que preconizan sus sistemas, pero en el fondo las aparentes discrepancias son de forma, ya que en lo básico coinciden.

Sífilis congénita precoz. Especialmente en medio hospitalario y recién nacido, seguimos los siguientes sistemas:

I. Inyección I. M., cada 4 horas (día y noche), de penicilina G cristalina, por 15 días, en dosis de 20.000 a 30.000 U. por kgr. de peso y por día, es decir hasta llegar a una dosis total de 300.000 a 4.000 U. por kgr. de peso (la concentración máxima en aplicación es de 100.000 por cc.).

II. Para evitar una reacción de Herxheimer o una anemia hemolítica aguda, se puede usar uno de los siguientes métodos:

a) Primer día, 2.000 a 4.000 U. I. M. de penicilina cristalina; segundo día, la misma dosis si no se presenta reacción. Luego se sigue con penicilina procaína, por 6 a 10 días, en dosis de 30.000 a 50.000 U. por kgr.-día, o sea, hasta llegar a una dosis total de 300.000 U. por kgr. de peso.

b) Primer día, 6 dosis de 2.500 U.
Segundo día, 6 dosis de 5.000 U.
Tercer día, 6 dosis de 7.500 U. Luego, 11 días siguientes, 6 dosis diarias, hasta completar 200.000 U. por kgr. de peso, como dosis total.

III. En otras ocasiones (problemas de personal, enfermería, etc.) se emplean solamente las penicilinas de absorción lenta, en la siguiente forma:

a) Durante 5 días, 150.000 U. diarias de penicilina G procaína, y luego aplicar penicilina benzatina (tipo benzetacil), poniendo la mitad en cada nalga para completar una dosis total de 300.000 a 400.000 U. por kgr. de peso.

b) O solamente con penicilina benzatina (lo estamos empleando en casos dudosos, serología materna positiva o reiteradamente dudosa, pero el niño sin signos aparentes, y lo mismo la madre), cómodo en las maternidades en que a la madre se da de alta a los 3 o 4 días.
Penicilina benzatina (benzetacil) de 1.200.000 U. (6-3-3) semanalmente por dos semanas (se aplica cada dosis poniendo la mitad en cada nalga).

También se pueden emplear los métodos siguientes:

1. Penicilina G procaína, 20.000 U. por kgr. de peso-día, por 10 días.
2. Penicilina G procaína con monoesterato de aluminio. 30.000 U. por kgr.-día, dos veces por semana, por 4 semanas.
80.000 U. por kgr.-día, una vez por semana, por 4 semanas.

Si en el control no mejoran los datos serológicos o persisten signos clínicos sospechosos, se puede repetir el tratamiento dos o tres veces, llegando en cada sesión a dosis totales de 400.000 U. por kgr. de peso, en los niños pequeños, o 500.000 U. por kgr. en los de más de 4 meses, en el curso de 10 días.

En los casos raros de alergia, resistencia (más raro), etc., se recurrirá al tratamiento clásico con As, Bi, Hg, o con los antibióticos de amplio espectro y otros treponemicidas.

Sífilis congénita tardía (después de los 4 años de edad). La mayoría está de acuerdo en el tratamiento con dosis altas de 4.800.000 U., en inyecciones cada 4 horas, en un plazo de 10 a 12 días, sin considerar peso ni edad. Otros usan 100.000 U. por kgr. de peso, 10 a 15 días, cada tres horas, sin pasar de dosis total de 2.500.000 U. (todo depende del caso clínico y de la respuesta).

Con penicilina G procaína con monoesterato de aluminio.

- a) 600.000 U. cada 24 horas, por 10 días.
- b) 600.000 U. dos veces por semana, durante 5 semanas.

La penicilina benzatina se puede usar en forma similar una vez por semana, por 4 a 5 semanas.

Neurosífilis. Se deben usar dosis altas de penicilina, hasta de 10 millones de U. en un lapso de 10 a 15 días (cristalina G, cada 3 a 4 horas, y procaínica, cada 24 horas); la vía intratecal en la actualidad no se usa por no ofrecer la superioridad que teóricamente se creyó.

Se debe asociar a la penicilina la piroterapia (vacuna tífica, pertussis, hematozoario, aditamentos mecánico-eléctricos, etc.), para evitar el progreso de la enfermedad, ya que los daños neurológicos pueden ser irreparables. Control riguroso de pleocitosis, proteínas y serología en LCR, ya que las reacciones en sangre no tienen valor.

Queratitis intersticial. Dosis semejantes a las empleadas en la neurosífilis (8 a 10 millones), en 10 a 15 días. En los casos iniciales es muy favorable el uso de ungüento (o gotas) de cortisona.

Sífilis adquirida. Las manifestaciones y lesiones semejantes a las formas del adulto. Se trata en la misma forma que la congénita precoz (dosis totales de 300.000 a 400.000 U. kgr. de peso).

En general, con tratamiento precoz, la regresión de las lesiones se produce así: espiroquetas, en aproximadamente 62 horas; rinitis, entre 2 y 8 días; lesiones cutáneo-mucosas, entre 2 y 3 semanas; signos óseos radiológicos, entre 2 y 6 meses; esplenomegalia, hepatomegalia, adenopatías, entre 3 y 4 meses. Las reacciones serológicas entre 3 y 12 meses.

En la sífilis congénita tardía los resultados son mejores, en los menores de 6 años. Los resultados son menos alentadores en casos de neurolúes y de queratitis intersticial. Se debe hacer observación clínica y radiológica durante un año, y en especial entre el 4º y 9º mes después del tratamiento, en que se presentan con frecuencia las recaídas.

Se repetirá el tratamiento en caso de recaída evidente; en caso de aumento del título de reaginas o persistencia de títulos altos de las mismas (más de 4 unidades) por más de 12 meses; también en caso de pleocitosis, serologías del LCR. No se repetirá si la curva del título de reaginas desciende. Es conveniente, de todas maneras, seguir vigilando el paciente durante 2 años por lo menos, con serologías (sangre y líquido), y clínicamente para poder estar seguros de la curación.

Cuando se presentan intolerancias a la penicilina (alergias) o resistencia a esta droga, especialmente en neurosífilis, se debe acudir en primer término al tratamiento clásico (As, Bi, Hg), que ya tiene tiempo suficiente de prueba, o con antibióticos y otros treponemicidas, que actualmente están todavía en estudio.

El plan recomendado por los sifilólogos y pediatras americanos se expone a continuación, ya que nosotros no tenemos experiencia, pues hasta ahora no hemos tenido problemas con la penicilina, y no hemos tenido oportunidad de tratar casos de neurolúes; en la queratitis la penicilina nos ha dado buenos resultados.

Se denomina sistema de curas continuadas, alternantes, y es como sigue:

1. Subsalicilato de bismuto, I. M., una vez por semana, en dosis de 3 a 5 mg. de bimetal por kgr. de peso (10 a 12 inyecciones en el curso de 2 a 3 meses).

2. Luégo una serie de sulfarsenol, I. M., 10 a 12 inyecciones (en 2 meses) de 0.02 gr. a 0.025 gr. por kilo de peso y por vez en los lactantes, y de 0.01 gr. a 0.015 gr. por kilo y por vez en los mayorcitos (dosis menores a mayor edad), procediendo con chequeo de tolerancia, poniendo $\frac{1}{4}$ de la dosis en la primera aplicación; un $\frac{1}{2}$ en la segunda aplicación; $\frac{3}{4}$ en la tercera, y luégo sí la dosis completa en las siguientes, con 4 días de intervalo entre cada una de las tres primeras inyecciones, y luégo las restantes, una semanal. En total de la serie se llegará a una dosis de 0.10 gr. a 0.15 gr. por kgr. de peso.

Luégo se continúa alternativamente con una y otra droga por 18 a 20 meses, lo que da en total 4 a 5 series de Bi y As. El control se hace lo mismo que con el tratamiento penicilínico (o éstas permanecen altas). Se puede reemplazar el Bi por el Hg o usar el Bi aniónico (Iodobismitol); arsenicales más activos, trivalentes, requieren la vía venosa, difícil en el lactante, y con los peligros de esclerosis venosa, necrosis local, etc.

Se pueden emplear el neosalvarsán y el arsenóxido (mafarsén), en dosis, este último, de 0.5 a 1 mg. por kgr. de peso, disuelto en agua destilada e inyección rápida, vía venosa, con paciente en ayunas, y estar listos a crisis nitritoides (se combaten con adrenalina inyectada, $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ mg., o de 5 a 20 gotas sublingual).

Entre los arsenicales pentavalentes se puede usar el acetilarsán en la misma dosis del sulfarsenol, I. M.

Por vía oral el paroxil, stovarsol, spirocid.

Stovarsol. Seis series de 10 días, cada una, con cuatro días de descanso entre cada serie: la primera, 4 mg. por kgr. de peso; la segunda, 10 mg. por kgr.; la tercera, 15 mg. por kgr., y las siguientes, 20 mg. por kgr. (comprimidos de 0.10 gr. y de 0.25 gr.), se puede diluir en el tetero (no pasar de 40 a 60 gr. como dosis total).

Spirocid. Viene en tabletas de 0.25 gr., que tiene 0.07 ctgr. de As; series en igual forma que el stovarsol, dando de $\frac{1}{2}$ a 2 comprimidos al día, disueltos en agua y mezclados a los alimentos (europeos buen resultado, buena tolerancia; no olvidar posibilidad de parálisis flácidas o espásticas de miembros inferiores; en caso dado, suspender medicación).

Los mercuriales a veces, casos raros, se emplean solos o para reemplazar al Bi, en fricciones (pliegues, cambiando de sitio), 1 gr. de unguento mercurial doble, para día, para lactantes, 2 a 3 gr., para niños mayores, por espacio de 20 días.

Los yoduros tienen hoy día poca aplicación, y se usan en combinación con otros medicamentos en localizaciones especiales de la sífilis (vascular).

Es necesario tener presentes los signos de intoxicación por estos medicamentos (fiebres repetidas, urticarias, exantemas, diarrea, lesiones de huesos y dientes, etc.), y sus contraindicaciones.

As, contraindicado en hepáticos y renales, y los pentavalentes en lesiones oculares.

Bi, renales, anémicos y TBC.

Hg, en procesos intestinales.

Tratamiento general. Transfusiones de sangre total en anémicos (15 a 20 cc. por kgr. de peso y por vez). Distróficos, dieta rica en proteínas, hidratos de carbono, grasas y vitaminas-plasmoterapia. Evitar las enfermedades intercurrentes.

Conclusiones sobre indicación del tratamiento y valoración de la curación de la enfermedad.

1. Tratamiento inmediato en presencia de manifestaciones clínicas de lúes.
2. Tratamiento precoz e intenso para evitar lesiones irreversibles y, sobre todo, el interés neurológico. Precaución con As y Bi en prematuros.
3. En presencia de lesiones dudosas o sólo manifestaciones funcionales, pero con antecedentes que permitan sospechar la enfermedad se procederá a tratamiento con serología positiva en sangre o LCR, o con signos radiológicos óseos sospechosos. Si el laboratorio es negativo, control por lo menos de un año, clínico y serológico, y aun durante toda la niñez.
4. No es indicación absoluta el hecho de que la madre sea sifilítica (comprobar si el niño padece la enfermedad), vigilarlo los primeros años.

5. En las madres tratadas durante el embarazo, control estricto del niño, pues no hay garantía de la infección.
6. Valoración cuidadosa de los datos serológicos en los dos primeros meses de vida y, especialmente, en el período neonatal.
7. La efectividad del tratamiento está en relación directa con la precocidad de su iniciación.
8. De curación sólo puede hablarse por la regresión completa de las manifestaciones clínicas de actividad de la enfermedad, y la modificación de las serológicas en sangre y LCR (especialmente las cuantitativas; repetir tratamiento si aumentan o persisten con títulos muy altos por más de 12 meses).
9. En la actualidad, gracias a la eficacia de la penicilina, su poca toxicidad, se está autorizando para establecer el tratamiento en los casos catalogados dudosos, máxime recordando que la efectividad del Trat. depende de la precocidad de su iniciación.

Otros medicamentos con acción treponemida. Frente a casos de alergia a la penicilina o a los raros de resistencia, se ha estudiado últimamente la acción de algunas drogas y, sobre todo, para evitar el uso de los arsenicales. Entre los antibióticos que han demostrado acción treponemida, in vitro, y en experimentación animal, están: Gliotoxina, ácido aspergílico, ácido bromospergílico y fumigocin (ácido helvático). Los dos primeros son más efectivos que la penicilina, pero su toxicidad impide hasta ahora el uso en humanos.

La estreptomycin, bacitracina, clortetraciclina, oxitetraciclina, tetraciclina, eritromicina, carbomycin, polymixina B, novobiocina, synnematin B, han mostrado todos acción in vitro, y en sífilis animal experimental.

La estreptomycin se ha usado en dosis de 5,3 a 16,6 mg. por kgr. de peso, sin pasar de 182 mg.-kgr. (peligro toxicidad sobre el oído).

O'Leary ha empleado la clortetraciclina (aureomicina) en dosis total de 70 gm., en un lapso de 11½ días (perturbaciones gastro-intestinales uso prolongado), parece efectiva en un 80% de sífilis reciente y en neurosífilis (15 meses tratamiento). Se ha empleado también en tratamiento de embarazadas, 60 mg. por kilo-día, por 8 días, en sífilis reciente (éxito 80%). Para evitar perturbaciones gastro intestinales por déficit de Vit. B en sífilis prenatal y neurosífilis se debe aplicar 100 mg. de complejo B diariamente.

El cloramfenicol parece tan efectivo como la aureomicina en todas las formas de lúes y se usa en las mismas dosis (cuidado con discrasias sanguíneas; chequeo CH, mielograma. Algunos prefieren la vía intramuscular aplicando de 12 a 14 gr. como dosis total durante una semana (parece menos tóxica esta vía).

Oxitetraciclina se puede usar en las mismas dosis, pero hay menos experiencia.

Turner y Schaeffer han empleado la eritromicina y el carbomycin al parecer con resultados muy alentadores. La eritromicina en sífilis reciente, en dosis de 200 mg. cuatro veces al día, por 8 días.

El carbomycin, muy prometedor, parece negativizar rápidamente las reacciones serológicas; se ha empleado en sífilis reciente y tardía, en dosis totales de 21 y 42 gr., dando dosis inicial de 1 gr., y luego 500 mg., cuatro veces al día, hasta completar la dosis total (parece que hasta el momento no da reacciones secundarias). Estos dos medicamentos parecen muy prometedores para todas las formas de sífilis, según las últimas experiencias.

Se cita también el buen éxito de la tetraciclina y el synnematin B, especialmente en sífilis reciente.