

Sífilis Latente

Por el doctor JOSE DAVID AREVALO, Médico
Jefe del Servicio de Sifilografía del Hospital de "La
Samaritana".

Trabajo leído por su autor en la Academia Nacional
de Medicina, el día 20 de mayo de 1948.

La Sífilis Latente es aquella en que el organismo se ha defendido biológicamente sin ningún tratamiento.

En la Sífilis Latente hay que distinguir: la latencia clínica, la latencia serológica y la latencia patológica.

Latencia clínica es aquella que no es reconocida clínicamente, es decir, cuando las pruebas serológicas son fuertemente positivas a pesar de existir lesiones inflamatorias de los tejidos.

La latencia serológica es aquella en que las reacciones serológicas son negativas y el líquido céfalo raquídeo normal, pero la clínica y la patología específica son claras.

Latencia Patológica o Biológica es aquella en que estando presente el treponema, no provoca reacciones inflamatorias en los tejidos, y la relación entre el huésped y el organismo invasor se sostiene balanceada temporal o permanentemente (1).

Cronológicamente la Sífilis Latente se divide en dos grandes grupos: sífilis latente reciente y sífilis latente tardía (2). Se denomina Sífilis Reciente Latente aquella en que los antecedentes de la infección son menores de tres a cuatro años, y Sífilis Tardía Latente, aquella que datan de más de tres a cuatro años. Cuando no hay dato que haga relación a la época de la infección y el paciente es menor de veinticuatro años, debe considerarse como perteneciente a una sífilis reciente latente; después de los veinticuatro años, se considera como si se tratara de una sífilis tardía latente (3).

En la Sífilis Latente los exámenes clínicos más minuciosos de todos los órganos y en especial de los sistemas cardio vascular y ner-

vioso, así como de los órganos sensoriales, no revelan lesiones atribuibles a la sífilis, el diagnóstico descansa únicamente en la positividad de las reacciones serológicas, las cuales para que tengan valor es necesario repetirlas varias veces. Cuando las reacciones serológicas son negativas, el diagnóstico se apoya en una clarísima historia de la infección luética sea que no haya recibido tratamiento o que hubiera sido mal tratada; como por ejemplo, el caso de una mujer con un hijo específico o un hombre con antecedentes específicos que presenta reacciones serológicas negativas pero con líquido céfalo raquídeo anormal.

En general, el 15% de los pacientes con Sífilis Latente tienen neurosífilis asintomática, es decir, Neurosífilis Latente la cual es revelada únicamente por las anormalidades del líquido céfalo raquídeo. El pronóstico de esta latencia neurológica varía según los cambios del líquido céfalo raquídeo.

La relación entre la latencia y la infección asintomática, alcanza un 43% en que no se encuentran antecedentes de la infección, únicamente se revela por la positividad de las reacciones serológicas.

En la sífilis Latente sea reciente o tardía hay un alto porcentaje de pacientes en quienes los exámenes del líquido céfalo raquídeo revelan anormalidades que son pruebas evidentes en favor de una neurosífilis latente a menos que haya otra causa clara que explique estas anormalidades. No deben despreciarse las ligeras anormalidades que puedan presentar inicialmente en el líquido céfalo raquídeo, esos pacientes presentarán más tarde una verdadera neurosífilis clínica.

La Neurosífilis asintomática o latente, revelada únicamente por las anormalidades en el líquido céfalo raquídeo se divide también en dos grandes grupos: la Neurosífilis reciente latente que corresponde al período de la sífilis latente reciente, y la Neurosífilis tardía latente que es aquella en relación con el período de la sífilis tardía latente.

En la neurosífilis reciente latente el líquido céfalo raquídeo puede presentar únicamente aumento de las proteínas y las células, la prueba coloidal y la reacción de Wassermann pueden ser negativos; hay otros casos en que se notan anormalidades más marcadas. En la neurosífilis tardía latente estas pruebas pueden estar aumentadas, el Wassermann aún puede ser negativo o puede permanecer positivo por mucho tiempo a pesar del tratamiento, hasta que las reaginas hayan desaparecido por completo.

Cualquier cambio en el líquido céfalo raquídeo en un paciente sospechoso de lúes, cuando no hay otra causa que lo explique, indica la invasión sífilítica al sistema nervioso sobre todo en aquellos casos en que se revelan las reaginas por las pruebas de desviación del comple-

mento y de floculación. Las otras pruebas no son índice de especificidad, hacen relación a una reacción de irritación meníngea cualquiera que sea la causa que produzca la reacción inflamatoria.

La importancia de las punciones lumbares como método de rutina y la absoluta necesidad de hacerlas en todo paciente específico, sea con sífilis reciente latente o tardía latente, es demostrada por el hecho de que las anormalidades en el líquido céfalo raquídeo anteceden en varios años a la aparición de los síntomas clínicos de una neurosífilis. El tabético o el parético potencial, con el examen oportuno del líquido céfalo raquídeo se puede reconocer mejor en el primer año de la infección nerviosa, que a los quince años, por ejemplo, cuando ya se han presentado lesiones irreparables.

En la sífilis latente los exámenes serológicos revelan el paciente específico; en la neurosífilis latente, las anormalidades del líquido céfalo raquídeo revelan la neurosífilis asintomática (4). Si con el examen del líquido céfalo raquídeo se descubre la neurosífilis antes de aparecer los síntomas clínicos, éstos pueden ser evitados con la ayuda de un tratamiento apropiado.

"El médico que omite la punción lumbar para el examen del líquido céfalo-raquídeo en pacientes específicos, es un negligente. (Moore)" (5).

La neurosífilis latente, sea reciente o tardía, puede desarrollarse en todo paciente específico que se haya tratado o que no lo haya sido, siendo más frecuente en aquellos sometidos a tratamientos insuficientes o intermitentes. Se observa igualmente en aquellos pacientes cuya infección luética se ha sometido a un tratamiento continuo, y a un intensivo debido a que las barreras cerebro-espinales no dejan pasar la droga empleada y los focos infectantes del neuro-eje pueden desarrollarse libremente, cuando el paciente no ha tenido tiempo de inmunizarse; esto sucede sobre todo en los casos de sífilis reciente.

En la sífilis latente tardía el organismo ha hecho sus defensas y los malos tratamientos, los tratamientos irregulares, los intermitentes, afectan menos los centros nerviosos.

Indicaciones de la punción lumbar.

1ª—En la sífilis reciente la punción lumbar debe hacerse a los seis meses después de haber terminado el tratamiento. Es indispensable practicarla nuevamente a los dieciocho meses por presentarse en esta época el mayor porcentaje de anormalidades en el líquido céfalo raquídeo.

2ª—La punción lumbar debe hacerse en todo paciente cuando el tratamiento se ha conducido de manera irregular, intermitente, o cuando se hayan presentado recidivas clínicas o serológicas. Es indispensable practicar la punción lumbar antes de iniciar un nuevo tratamiento;

3ª—En la sífilis tardía la punción lumbar debe hacerse tan pronto como se haga el diagnóstico de sífilis; es tan importante el dato suministrado por los resultados del líquido céfalo raquídeo que iniciar cualquier tratamiento omitiendo este examen es exponer al paciente a un tratamiento inadecuado.

Contraindicaciones de la punción lumbar

1ª—No se debe practicar la punción lumbar en pacientes en quienes se sospeche un tumor cerebral.

2ª—En las embarazadas;

3ª—En pacientes muy viejos que no presentan síntomas neurológicos de sífilis;

4ª—En pacientes que presentan otras lesiones más graves que la misma neurosífilis asintomática, como son las lesiones luéticas cardiovasculares o aneurismales.

Reacciones serológicas en la sífilis latente

Los métodos seguidos en la práctica de las reacciones serológicas interesan especialmente a los serologistas; al clínico corresponde su interpretación y aplicarlas de acuerdo con sus conocimientos, los datos clínicos y la historia de los pacientes sometidos a su cuidado.

Las reacciones serológicas para la sífilis las dividen los serólogos en dos grandes clases: las de fijación del complemento y las de floculación. Para el clínico y para el serólogo las técnicas y la escogencia de esas diferentes reacciones deben ser aquellas que den el máximo de sensibilidad compatible con la especificidad.

El perfeccionamiento de las diferentes técnicas ha sido motivo de profundos estudios por todos aquellos dedicados a la serología y que han acreditado sus laboratorios sometiéndolos a controles por parte del estado, los cuales se efectúan en grandes centros hospitalarios donde se pueden investigar experimentalmente los controles necesarios.

En los Estados Unidos de Norteamérica existe una organización especial denominada Comisión de Evaluación de las reacciones serológicas en el diagnóstico de la sífilis, dedicada a estas actividades. Sería de esperar que en nuestro país existiera una comisión semejante

encargada de controlar las diferentes reacciones serológicas y sus técnicas que se practican en Bogotá en todos los laboratorios y mejor aún que extendiera su radio de acción a todos los laboratorios del país en donde se practican pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis.

El serodiagnóstico de la sífilis alcanza su mayor valor cuando es practicado en laboratorios aprobados por estas comisiones. Kolmer dice: "la interpretación final de las reacciones serológicas con relación al diagnóstico y tratamiento de la sífilis, constituye de modo principal y fundamentalmente una obligación del clínico" (6).

Las reacciones para el serodiagnóstico de la sífilis tanto las de fijación del complemento como las de floculación no son biológicamente específicas, aun cuando posean un alto grado de especificidad práctico.

Las reaginas que revelan estas reacciones, no solamente se producen en la sífilis sino también en otras entidades morbosas y en algunos sueros de individuos normales. Las reacciones serológicas presentan el 70% de positividad en la sífilis primaria; el 99,5% en la sífilis secundaria y más del 90% en la sífilis tardía no tratada; el 50% en la sífilis tardía tratada, en más del 90% de la sífilis congénita precoz y un gran porcentaje en la sífilis congénita tardía (Kolmer) (7).

Interpretación de las reacciones serológicas

Las reacciones serológicas se pueden interpretar así:

1º—Las reacciones serológicas negativas no excluyen de ninguna manera la sífilis;

2º—Las reacciones serológicas no confirman necesariamente la existencia de sífilis;

3º—Las reacciones serológicas cualitativas suelen ser suficientes para la finalidad del diagnóstico;

4º—Las pruebas cuantitativas suelen ser superiores a las cualitativas (8).

Las reacciones serológicas cuantitativas se emplean:

1º—En el control de las mejorías serológicas en el curso de los tratamientos o en sus controles después de terminados;

2º—En el descubrimiento de las sero-resistencias o las sero-recaídas.

3º—En el diagnóstico de pacientes sospechosos de sífilis en los cuales dicho diagnóstico a veces es muy difícil.

Según el Servicio de Salubridad pública de Norte América, las

reacciones serológicas son transcritas así: (+++) positivas, (++) y (+) positivas débiles (-|-) dudosa (—) negativas.

La falsedad de las reacciones positivas puede presentarse:

1º—Por errores de técnica desde el 1 al 10% ; en este caso el error puede presentarse con más frecuencia en las reacciones de floculación que en las de fijación del complemento ;

2º—Con reacciones falsamente positivas por causas biológicas que se producen : en el pian, carate, espiroquetosis, enfermedad de Hansen, paludismo, mononucleosis infecciosa, vacuna antivariolica, hepatitis agudas, en los estados febriles principalmente de las infecciones agudas de las vías respiratorias altas tales como la angina de Vincent, en las piretoterapias por vacunas, en las neumonías atípicas, en el sarampión, en el linfogranuloma venéreo, en la filariasis, en el tifo exantemático y en la enfermedad de Weill (9).

La interpretación de estas falsas reacciones serológicas positivas debe resolverla el clínico quien en algunos casos necesita de otros exámenes especiales de laboratorio o exámenes radiológicos para corroborar su diagnóstico.

Reacciones serológicas positivas verdaderas

Las reacciones positivas verdaderas son aquellas que suministra el laboratorio y en las cuales el clínico ha hecho exclusión de las causas de error, éstas son casi invariablemente indicadoras de sífilis ; varían según la intensidad de las técnicas empleadas, pero cuando no hay sospechas clínicas la positividad de estas reacciones debe ser controlada antes de informar al paciente de su afección o de someterlo quizás a un tratamiento inadecuado e inútil. En todo caso, no debe desatenderse este resultado serológico ya que puede ser el único signo de sífilis.

En algunos casos las reacciones serológicas son dudosas y el laboratorio no puede dar otra información, no pudiendo ser desatendidas caso en el cual al clínico corresponde resolver o interpretar adecuadamente estas reacciones. En todo caso, cuando se presentan estas reacciones es necesario hacer varios controles prefiriéndose las reacciones serológicas cuantitativas ; algunos sifilógrafos, principalmente los franceses como Milliam aconsejan la reactivación con el objeto de aclarar el diagnóstico serológico.

Reacciones serológicas negativas

No siempre las reacciones serológicas negativas indican ausencia de sífilis, hay casos de sífilis adquirida reciente con chancro clínica-

mente específico y a veces con treponema positivo en los cuales sin embargo las reacciones serológicas son negativas. Es este período de la infección sifilítica al cual los sifilógrafos denominan período pre-serológico; caso igual acontece en la sífilis congénita latente. Las reacciones negativas y aun repetidamente negativas no deben primar sobre el criterio clínico según el concepto del profesor Moore.

Reactivación

La reactivación ha sido aconsejada desde hace mucho tiempo por los sifilógrafos franceses especialmente por Milliam, algunos alemanes y también los norteamericanos. Anteriormente se empleaba con este objeto las inyecciones de compuestos mercuriales, más tarde cuando se hizo el descubrimiento del neosalvarsán, Milliam aconsejaba la reactivación con tres dosis de esta droga: la primera de 0.15, la segunda de 0.30 y la tercera de 0.45 centigramos aplicadas cada cuatro o cinco días y haciendo controles serológicos dos días después de ser aplicada cada inyección; dos nuevos controles eran tomados a los quince y treinta días después de la aplicación.

Más tarde los sifilógrafos alemanes Meirosky y Pinkus (10) estudiaron las reactivaciones practicadas por Milliam y aconsejaron que la reactivación debía ser hecha únicamente con una sola dosis cuyo total correspondía a la mitad de la dosis normal con relación al peso del paciente o sea, la misma que se emplea en cualquier tratamiento arsenical. Se fundan ellos en que la primera inyección provoca una reacción de Herxheimer y al producirse, en cualquier sitio en que se encuentre localizada la infección luética, desarrolla reaginas que las pone en contacto con la sangre y hace positivas las reacciones cuando éstas son negativas y las dudosas las hace positivas o negativas según que haya o no focos infecciosos.

Según los sifilógrafos norteamericanos la reactivación con los arsenicales oxidados, en la sífilis reciente, cuando hay síntomas clínicos y las reacciones son débilmente positivas, dudosas o negativas, y en la sífilis tardía con reacciones dudosas, está indicada la reactivación y aconsejan que antes de practicar la primera inyección se haga una reacción cuantitativa y después cada tres días durante catorce días; aplican tres dosis cada tres días una y consideran que la positividad de estas reacciones anteriormente negativas o dudosas se debe al aumento de las reaginas por la influencia de las inyecciones arsenicales.

Reacciones serológicas en relación con el tratamiento

Las reacciones serológicas en relación con los tratamientos tienen un considerable valor, sirven como controles de la droga empleada y

por ello se practican después de cada serie cuando se emplea el tratamiento combinado. En la sífilis reciente el ideal es la curación clínica y la negativización de las reacciones serológicas después de terminado el tratamiento; los controles serológicos deben practicarse periódicamente por lo menos durante dos años y a los dieciocho meses es indispensable el examen del líquido céfalo raquídeo.

En la sífilis latente tardía no siempre las reacciones serológicas se hacen negativas, éstas permanecen positivas por un tiempo más o menos largo. Las reacciones serológicas pueden permanecer positivas después de un tratamiento bien dirigido y completo hasta uno o dos años después de terminado y aún más, pero éstas reacciones tienden hacia la negativización sin que haya necesidad de instituir otro tratamiento siempre y cuando que el paciente no presente ningún síntoma clínico de lúes. Tratar el paciente y no las reacciones serológicas es lo indicado según Moore.

Recaídas serológicas

Las recaídas serológicas son aquellas que aparecen en pacientes sometidos a tratamientos bien conducidos ya sea durante ellos o en el curso de los periodos de control. Estas recaídas suelen indicar: Nueva actividad de focos de infección, o ser ocasionadas por una enfermedad intercurrente que disminuye las defensas orgánicas, o causadas por una nueva reinfección a veces inadvertida.

Sero-resistencias

Son aquellas reacciones que permanecen positivas a pesar del tratamiento adecuado o las que fluctúan de la negatividad a la positividad y son debidas a la presencia o ausencia de reaginas en la sangre. Las resistencias serológicas pueden ser debidas a: 1ª por persistencia clínica de las lesiones; 2ª por persistencia del treponema en las mismas, y 3ª por la positividad de las reacciones serológicas (11) Beerman H.

El Grupo Clínico Cooperativo considera como sero-resistentes aquellos casos de sífilis reciente en que la serología permanece positiva a pesar de un tratamiento intensivo y del tratamiento continuo mixto alterno con arsenicales y bismúticos después de seis meses. En la sífilis tardía después de un año de tratamiento adecuado o del mismo tratamiento continuo mixto alterno.

Generalmente es en las pruebas de floculación en donde se presentan estas resistencias, las seroresistencias son debidas a la persis-

tencia de reaginas en la sangre después de la curación biológica de la sífilis como lo es la persistencia de las aglutininas del bacilo tífico después de la curación biológica de la fiebre tifoidea.

Las seroresistencias son debidas a la producción de reaginas en los focos dejados por la infección sífilítica. El Grupo Cooperativo Clínico conceptúa que las seroresistencias son de menor significación en la sífilis tardía que en la reciente.

Las reacciones positivas no pueden servir de guía en el tratamiento de la sífilis latente cuando los pacientes han recibido un tratamiento adecuado y suficiente y no presentan ningún síntoma clínico o radiológico y el líquido céfalo raquídeo se presenta normal.

En un gran número de pacientes después de algún tiempo de terminado el tratamiento las reacciones serológicas que continúan positivas en el período de control pueden negativizarse por la eliminación de las reaginas sin que sea necesario otro tratamiento adicional. El grupo cooperativo clínico ha demostrado que las seroresistencias en la sífilis reciente está en relación con el tratamiento empleado. Con el tratamiento continuo mixto alterno es del 5 al 15%, aumenta al 35% con el tratamiento intermitente y al 70% en pacientes que han sido tratados de manera irregular. Aconsejan, por lo tanto, que en la sífilis reciente los tratamientos empleados deben ser continuos, completos, estandarizados y que se funden en datos estadísticos escogiendo aquellos más adecuados.

La seroresistencia se presenta con más frecuencia en pacientes que han sido sometidos a aquellos tratamientos hechos al azar siendo además en ellos donde se observan mayores ataques al sistema nervioso y cardio vascular.

En la sífilis congénita reciente se observan seroresistencias desde un 5 al 20% con tratamiento adecuado, en la sífilis congénita tardía el porcentaje de seroresistencias es mucho más alto. Las anormalidades en el líquido céfalo raquídeo son bastante frecuentes; el tabes se puede encontrar desde un 10 al 25% y la parálisis general de un 35 al 80%, otro tanto se puede decir de la sífilis cardio vascular, hepática y ósea. Por datos estadísticos se ha podido observar que la seroresistencia en la sífilis congénita tardía puede alcanzar del 60 al 80%, en todo caso, el clínico no debe guiarse por las seroresistencias, sino que debe seguir la clarísima expresión de Moore quien dice que el médico debe tratar sus pacientes por las lesiones que presenta y no por las reacciones serológicas que lo acompañan. Todo paciente que haya recibido un tratamiento adecuado y que se considere curado clínicamente, con los

correspondientes controles radiológicos de corazón, gruesos vasos, del sistema óseo y con el líquido céfalo raquídeo normal puede contraer matrimonio sin mayor peligro puesto que las probabilidades de transmitir la sífilis a su cónyuge y a sus hijos es casi nula (Kemp) (12). Otro tanto puede decirse para la aceptación de empleados en las diversas oficinas de trabajo, empresas o para el seguro de vida.

En caso de la mujer en el período de gestación no puede afirmarse lo mismo por los peligros que presenta de transmitir la sífilis a sus hijos. En la mujer que presenta reacciones serológicas positivas debe tratarse en todos los embarazos.

En las seroresistencias las reacciones solicitadas deben ser cuantitativas o sean aquellas que hacen referencia a las diversas dosificaciones de las reagentes cuyos resultados se expresan por unidades; las reacciones serológicas cuantitativas, en unidades, no es que indiquen la existencia o actividad del proceso sifilítico, se emplean preferentemente en los hijos de madres sifilíticas para averiguar las sospechas de la sífilis congénita. En éstos puede suceder que las reagentes de la madre hayan pasado al hijo a través de la placenta o que en realidad el hijo sea un específico; en casos semejantes el control de las pruebas serológicas por el método cuantitativo debe ser practicado cada ocho o cada quince días y casi son reagentes que han pasado de la madre al hijo se observará que éstas disminuyen progresivamente; pero si en cambio aumentan, indican que hay una recaída serológica guiando al médico para practicar exámenes clínicos más completos y llegar a la conclusión de que puede tratarse de una sífilis congénita.

Las reacciones serológicas cuantitativas son de gran valor en aquellos casos en que se debe hacer un nuevo tratamiento a pacientes seroresistentes.

Líquido céfalo raquídeo

La punción lumbar para el examen del líquido céfalo raquídeo en el diagnóstico de la neurosífilis y como medio de control en todo tratamiento antilúético es indispensable en todo paciente específico o que lo haya sido, sus indicaciones y contraindicaciones fueron ya tratadas anteriormente.

Antes de puntualizar las características de los líquidos anormales es necesario recordar las correspondientes a un líquido céfalo raquídeo normal comparativamente con los anormales:

Numeración celular: para que tenga valor debe hacerse el examen antes de una hora de haberse practicado la punción; son normales

de 0 a 5 elementos por milímetro cúbico, de 5 a 10 presentan el límite de la anormalidad, de 10 elementos en adelante es un líquido definitivamente anormal. El tipo de células encontradas en el líquido anormal es el linfocito.

En el líquido céfalo raquídeo sanguinolento la numeración celular carece de valor.

Proteínas: son normales de 10 a 35 miligramos por 100 centímetros cúbicos de líquido, por encima de 35 miligramos son anormales.

Las reacciones de las globulinas se investigan por medios especiales que entre nosotros las más usadas son las de Pandy, Weichbrodt y Braun Husler, éstas cuando son positivas se expresan generalmente por medio de cruces que van de una a cuatro pero para que tengan valor deben expresarse en miligramos por cien centímetros cúbicos de líquido. Reacciones coloidales: Todos los investigadores están de acuerdo en que las reacciones coloidales se deben al aumento de las globulinas causadas por las reacciones meníngicas y que las zonas parética, media y meningítica dependen del balance albúmina-globulina. En la actualidad el tipo de zona de precipitación observada o curva coloidal no tiene significación diferencial en la especificación del tipo de neurosífilis como anteriormente.

El tipo parético, en la parálisis general, se encuentra igualmente en otras formas de afecciones del neuroeje, únicamente tiene valor cuando a pesar del tratamiento adecuado esta forma persiste y entonces hay la probabilidad de que se trata de una parálisis general progresiva y en este caso viene a servir como criterio pronóstico.

En los Estados Unidos de Norte América las curvas coloidales son practicadas con el oro coloidal, pero para la práctica de estas pruebas necesitan técnicos y laboratorios especializados, ellos mismos, por esta causa, la han cambiado que da casi iguales garantías y que está sujeta a menos errores empleando la curva de la goma mástica que la practican en diez tubos; normalmente se expresa por la cifra cero y en su anormalidad presenta diferentes tipos.

Reacciones de desviación o fijación del complemento y de floculación en el líquido céfalo raquídeo: Las reacciones citadas tienen un gran valor, el Wassermann positivo en el líquido céfalo raquídeo es una prueba evidente de neurosífilis (13) Moore. Hay casos en que las reacciones de Wassermann son positivas y puede resultar como consecuencia de una meningitis aséptica o por meningitis piógena pero esto sucede en un paciente que siendo sífilítico deja pasar las reaginas del plasma al través de las meninges inflamadas y esas reaginas exis-

tentes en el líquido cerebro espinal no indican que el paciente sea un neuroespecífico, se comprobará posteriormente por medio de nuevos exámenes cuando el paciente haya mejorado y no haya recibido ningún tratamiento de neurosífilis el Wassermann se ha hecho negativo.

Caso igual se puede observar en las apoplejías serosas o meningitis hemorrágicas de los americanos, no debe olvidarse que las reacciones del líquido céfalo raquídeo cuando éste contiene sangre da siempre falsas anormalidades.

La reacción de Wassermann en el líquido céfalo raquídeo debe ser titulada cuantitativamente siendo de gran valor en esta forma no solamente para el diagnóstico sino especialmente como control después del tratamiento.

Las pruebas de floculación son de menor importancia pero no debe menospreciarse su valor; los cambios o anormalidades en el líquido cerebro espinal revelan el tipo de neurosífilis existente y sirven igualmente la apreciación de estas anormalidades como criterio de pronóstico.

Los pacientes con neurosífilis latente, sea reciente o tardía, las divide el profesor Moore en tres grandes grupos:

Grupo I: Corresponde a pacientes con mínimas anormalidades del líquido céfalo raquídeo en los que hay aumento moderado de las células y de las globulinas; las pruebas de fijación del complemento, tipo Wassermann y las coloidales son negativas;

Grupo II: En el líquido céfalo raquídeo hay casos en que las células se encuentran normales y otros en que pueden encontrarse muy aumentadas; las globulinas siempre están modificadas desde débilmente hasta fuertemente positivas. El Wassermann puede ser negativo o fuertemente positivo y la curva coloidal o goma mástica coloidal, modificada en tipos diferentes, pueden aún presentar tipos normales.

Grupo III: Es aquel que presenta el máximun de cambios: aumento en las células, puede observarse hasta ciento veinte por milímetro cúbico; globulinas fuertemente positivas, el Wassermann positivo hasta en 0.01 cc. de líquido: la curva coloidal fuertemente positiva sobre todo en los cinco o seis primeros tubos y tomando en esta forma la curva el nombre de fórmula parética. Según esta clasificación el mayor número de neurosífilis latente o asintomática que se encuentra corresponde al primer grupo; sigue luego el grupo II y finalmente el III. En la tercera forma generalmente ya aparecen algunos síntomas clínicos: neurológicos y la neurosífilis deja de ser latente para volverse clínica o sintomática.

Tratamiento de la sífilis latente

En el tratamiento de la sífilis latente queremos considerar como conveniente, citar algunos conceptos emitidos por entidades y sifilógrafos muy conocidos: La evaluación de la sífilis por el Comité de la Liga de las Naciones se inició en el año de 1928 y sacaron conclusiones en 1935. El Grupo Cooperativo Clínico de Salubridad Pública de los Estados Unidos de Norte América llegó a estas conclusiones en los tratamientos antiluéuticos:

1º—Los tratamientos cortos e insuficientes, hechos sin base alguna, los intermitentes, no deben emplearse en la sífilis;

2º—El tratamiento en la sífilis reciente seronegativa, es el que da un mayor porcentaje de curación. La sífilis reciente con reacciones positivas da un alto porcentaje de sero-resistencias. La sífilis reciente con lesiones secundarias da un alto porcentaje de curabilidad;

3º—Los tratamientos cortos presentan recaídas: a) Lesiones secundarias tardías, b) neuro-recaídas, c) lesiones mucosas contagiosas, d) recaídas serológicas y e) sero-resistencias;

4º—El tratamiento en la sífilis con una sola droga es inferior a los tratamientos combinados. Los metales pesados afianzan los resultados del tratamiento arsenical y justifican su prolongación;

5º—Las series más largas son mejores que las series cortas;

6º—Las dosis altas con relación al peso del paciente son mejores que las dosis bajas;

6º—Se deben buscar las dosis más altas con relación al peso y que sean mejor toleradas;

8º—De todos los tratamientos se deben escoger aquellos que hayan sido ya controlados y estandarizados aplicándolos según las indicaciones dadas por centros autorizados y llevarlos hasta su terminación sin guiarse exclusivamente por los resultados serológicos.

La Liga de las Naciones apoyada en estos postulados hace las siguientes recomendaciones:

1ª—Los arsenicales empleados sólo pueden curar la sífilis reciente o reciente latente en un alto porcentaje;

2ª—Los metales pesados ayudan a dar un más alto porcentaje en la curación de la sífilis;

3ª—La terapia masiva a semimasiva debe ser intensificada y se obtienen buenos resultados sin mayores peligros a dosis fraccionadas;

4ª—El tratamiento continuo es dos veces mejor que el tratamiento intermitente;

5ª—La prolongación del tratamiento evita las recaídas, las sero-resistencias con excepción de la neurosífilis.

Conclusiones

1ª—En la sífilis reciente seronegativa, la curabilidad es de un 33% más que en las otras formas;

2ª—Los tratamientos continuos dan el doble de buenos resultados que los intermitentes;

3ª—El empleo de las dosis altas de arsenicales en el principio y seguidas después de series de bismuto, evitan las recaídas clínicas, serológicas y las sero-resistencias;

4ª—Los tratamientos arsenicales intensivos son el principal factor para evitar las recaídas y dan mejores resultados cuando se inician más cerca de la época de la infección;

5ª—Las sero-resistencias son más marcadas cuando transcurre más tiempo el paciente sin tratamiento;

6ª—Una recaída serológica después de algunas reacciones negativas indican casi seguramente una recaída clínica;

7ª—Las dosis deben estar de acuerdo con el peso;

8ª—Las complicaciones que se presentan durante el tratamiento en su mayoría se deben generalmente a la idiosincrasia del paciente y no a la droga misma. Dependen igualmente de la falta de técnica empleada en el tratamiento;

9ª—El tratamiento con metales pesados, bismúticos, es insuficiente, no es aconsejable;

10ª—El efecto de los arsenicales es aumentado por el bismuto;

11ª—Las dosis mínimas aconsejadas son 20 inyecciones de arsenicales seguidas de 20 de bismuto con las cuales se obtiene la curación clínica y es de buen criterio para la curación serológica;

12ª—De los diferentes arsenicales aconsejados en el tratamiento de la sífilis los mejores son los arsenóxidos por su alto porcentaje de curación y por su baja toxicidad.

Evaluación de los tratamientos según el profesor Stokes (14)

Según Sstokes, en 1942, opinó que cualquier tratamiento debe ser juzgado:

1º—Por su capacidad curativa en relación con los tratamientos antiguos;

2º—Por su capacidad de prevención en las recaídas infectantes;

3º—Por su capacidad curativa para curar más madres y proteger más niños;

4º—Por su capacidad para reducir las incidencias de neurosífilis y la sífilis cardio-vascular;

5º—Por los menores riesgos para el paciente.

Para la evaluación de un método es necesario: tiempo de observación con el objeto de establecer la reducción o ausencia de recaídas o propagación de la enfermedad; para las recaídas, de dos a cuatro años, para la progresión, durante diez años.

Dice el profesor Sstokes: "La mayoría de las sífilis latentes son debidas a falta de examen y les sobra tratamiento".

Basados en los conceptos anteriores de los autores norteamericanos tales como Moore, Stokes, el comité de la Liga de las Naciones, y el Grupo Cooperativo Clínico de Norte América, podemos sintetizar los tratamientos más empleados y los que mejores resultados nos han dado, en la sífilis en general y en particular en la sífilis latente ya sea reciente o tardía. Más adelante hablaremos del tratamiento en la neurosífilis latente.

Drogas empleadas en los tratamientos de la sífilis

Desde el año de 1940 empleamos en el Hospital de La Samaritana los arsenóxidos, antes se empleaban los arsenicales trivalentes tales como los neoarsenobenzoles por ser aquellos menos tóxicos y por poseer un alto valor curativo.

Otra droga empleada generalmente en combinación con los arsenicales son los compuestos bismúticos, ya sea en soluciones acuosas, aceitosas o en suspensiones oleosas.

En los últimos años debido al descubrimiento de la penicilina se ha empleado ésta en el tratamiento de la sífilis y ha sido aconsejada por Mahoney y sus colaboradores (15) desde la dosis de un millón doscientas mil unidades hasta dosis muy altas, cien millones. Con relación a las dosis de penicilina que se deben emplear en el tratamiento de la sífilis los investigadores no han llegado a un acuerdo sobre cuál es aquella que debe emplearse en cada caso.

Tratamientos

Según los sifilógrafos americanos todo tratamiento antiluéptico no debe iniciarse hasta no estar suficientemente documentado de que se trata de una sífilis, ya sea por los antecedentes del paciente, por la clínica y por los diferentes medios de control suministrados por el laboratorio.

En la sífilis latente, únicamente con reacciones serológicas positivas, es necesario acudir a las reacciones cuantitativas; en las reac-

ciones positivas verdaderas de la sífilis éstas tienden a permanecer sin variaciones o a aumentarse, en las falsas reacciones positivas, tienden a disminuir o a hacerse negativas. En estos casos un tiempo de observación es aconsejable antes de iniciar cualquier tratamiento anti-luético. Las reacciones serológicas cuantitativas positivas deben ser complementadas por el examen del líquido céfalo raquídeo antes de iniciar cualquier tratamiento.

Tratamientos empleados en la sífilis latente reciente

En la sífilis reciente latente se pueden emplear los mismos tratamientos aconsejados en la sífilis adquirida reciente con lesiones o sean los tratamientos intensivos que pueden ser practicados con penicilina sola, con penicilina arsenóxidos y bismuto, con arsenóxidos solos o con arsenóxidos y bismúticos, siendo los tratamientos intensivos escogidas entre aquellos que son ya conocidos, controlados y que dan el más alto porcentaje de curabilidad clínica y serológica.

Tratamientos con Penicilina

La penicilina para estos tratamientos debe emplearse en soluciones acuosas o en soluciones fisiológicas en proporción de 100.000 unidades por diez centímetros cúbicos de solvente; para mayor comodidad en la dosificación, creemos que en estos casos se puede emplear uno de estos tres tipos de tratamientos:

Tipo A. Se emplean 3.000.000 de unidades de penicilina en sesenta dosis de 50.000 unidades cada tres horas con una duración de siete días y medio;

Tipo B.—Con seis millones de penicilina, en ciento veinte dosis de cincuenta mil unidades cada tres horas con una duración de quince días, y

Tipo C) Combinando los seis millones de unidades de penicilina con seis inyecciones de arsenóxidos y tres inyecciones de bismuto (16).

Tratamientos arsenicales en la sífilis reciente latente

Son aconsejables entre los tratamientos intensivos con arsenóxidos el tratamiento semimasivo a razón de un miligramo de arsenóxido por kilogramo de peso corporal y en dosis total tres centigramos por kilogramo. Este tratamiento se puede emplear sea sólo con los arsenóxidos empleando una inyección diariamente o combinándolo con bismuto a razón de dos inyecciones semanales de esta droga.

Se puede emplear igualmente, el tratamiento de Eagle-Hogan.

Tratamiento en la sífilis latente.

El tratamiento con Penicilina en la sífilis tardía latente se puede sintetizar en estos dos esquemas: El tipo B con penicilina sola empleando seis millones de unidades en dosis total, 120 inyecciones de 50.000 unidades cada tres horas, durante quince días y el tipo C empleando la misma dosis de penicilina, en forma semejante y el mismo tiempo de tratamiento combinándola con una inyección de arsenóxido cada tercer día con un total de seis inyecciones y tres inyecciones de bismuto aplicando una cada cuatro días. Estos dos tratamientos con penicilina que los denominamos tratamientos de ataque, son más efectivos si se continúa después de ellos, ya el paciente dedicado a sus actividades habituales, con un tratamiento de consolidación siendo el más indicado el de la Armada Americana.

Tratamientos arsenicales en la sífilis tardía latente

En la sífilis tardía latente se puede emplear igualmente un tratamiento intensivo con arsenicales solos o con arsenicales y bismuto (Diseker — 17). Estos tratamientos serían los mismos aconsejables en el tratamiento de la sífilis reciente latente o sea, el de tipo semi-masivo, el semimasivo combinado con bismuto y el de Eagle-Hogan siguiendo después un tratamiento de consolidación, el de la Armada americana o el continuo mixto alterno.

El tratamiento Continuo Mixto Alterno aplicado para consolidar un tratamiento intensivo debe constar por lo menos de tres series arsenicales y tres de bismuto empleando dos inyecciones por semana y en cada serie no menos de diez inyecciones o sea en total treinta inyecciones de arsenóxido y treinta de bismuto.

Tratamientos en la neurosífilis asintomático o latente

Antes de hablar del tratamiento de la neurosífilis asintomática latente, anotaremos algunos conceptos fundamentales que nos sirven de base para tal fin. Por los exámenes del líquido céfalo raquídeo y por las anormalidades que en ellos se pueden descubrir desde el principio, indican el tratamiento que se debe emplear.

Como en la sífilis latente, dividiremos los tratamientos en tres grandes clases:

1º—Los empleados en la sífilis nerviosa asintomática reciente latente que pertenecen a las anormalidades del líquido céfalo raquídeo del grupo I con sus subtipos A y B;

2º—Los tratamientos empleados en la neurosífilis asintomática tardía latente, Grupo II, y

3º—Los empleados en la neurosífilis catalogadas por sus anomalías en el grupo III.

Con un buen tratamiento las anomalías en el grupo I tienden a desaparecer después del tratamiento y son más o menos apreciables estos cambios en las anomalías de la sífilis nerviosa reciente asintomática que en aquellos de la neurosífilis tardía latente. En los pacientes del grupo II esas anomalías demoran en desaparecer y no se observan cambios sino después de la tercera o más series. En los pacientes del grupo II esas anomalías demoran en desaparecer y no se observan cambios sino después de la tercera o más series. En los pacientes del grupo III los tratamientos de rutina no presentan mayores cambios en sus anomalías. El tratamiento continuo en la neurosífilis reciente a veces es muy favorable pero no lo es lo mismo en la neurosífilis tardía latente. En la sífilis reciente con el tratamiento continuo la neurosífilis se presenta tres veces menos que con el tratamiento intermitente. Con el tratamiento intermitente en la sífilis reciente o tardía la neurosífilis del grupo III aumenta diez veces más.

En cuanto al pronóstico éste depende del estado de la infección, del tiempo en que fue hecho el estudio del líquido céfalo raquídeo, del tratamiento empleado, del tiempo de duración del tratamiento, de las recaídas clínicas o serológicas.

Si a los seis meses después de un tratamiento apropiado, el líquido céfalo raquídeo es negativo, es de esperarse que ese líquido continúe negativo a no ser que se presenten recaídas clínicas o serológicas.

Si hay recidivas se hace necesario un nuevo examen del líquido céfalo raquídeo; en la sífilis latente tardía cuando el líquido céfalo raquídeo es negativo, generalmente, esta prueba no necesita repetirse porque la inmunidad del paciente es tal que ya ha logrado defenderse del ataque específico a los centros nerviosos a pesar de los tratamientos inadecuados o intermitentes que hubiera recibido.

Sin embargo, cuando haya alguna lesión lúética vecina a los centros nerviosos como en el caso de una goma de los huesos craneanos, es aconsejable un segundo examen del líquido céfalo raquídeo. En las sero-resistencias sobre todo en las sífilis recientes, el líquido céfalo raquídeo puede revelar alguna anomalía y más cuando se han hecho tratamientos inadecuados, intermitentes, irregulares o insuficientes. En estos casos de sero-resistencias es necesario el examen del líquido céfalo raquídeo.

En la sífilis latente tardía las sero-resistencias son más frecuentes, el tiempo de negativización de las reacciones serológicas es mucho más largo puesto que el tratamiento es más prolongado e igualmente porque pueden existir o haber quedado focos luéticos localizados en diferentes órganos.

A pesar de todo, la negatividad serológica no excluye la posibilidad de anormalidades en el líquido céfalo raquídeo, de donde se deduce que estos exámenes deben ser periódicos.

El pronóstico de la neurosífilis asintomática reciente latente o tardía latente es muy reservado cualquiera que sean las anormalidades que presente el líquido céfalo raquídeo. Sea que se trata de una neurosífilis reciente latente o de una neurosífilis latente tardía. Más reservado es aún en pacientes que presentan el líquido céfalo raquídeo con las anormalidades que caracterizan al grupo III.

Tratamientos de las neurosífilis reciente o tardía latentes

El tratamiento de la neurosífilis reciente o tardía latentes con anormalidades del líquido céfalo raquídeo del grupo I sea que esté aumentado el número de células y las globulinas, con reacción de Wassermann negativa y las reacciones coloidales igualmente negativas, es el mismo que se emplea en la sífilis tardía latente pero mucho más prolongado, por lo menos por un año con arfenamina o arsenóxidos con series alternas de metales pesados. En estos pacientes sometidos al anterior tratamiento es indispensable el control del líquido céfalo raquídeo cada seis meses. La serología tiene poca importancia, el tratamiento no debe abandonarse hasta que el líquido céfalo raquídeo tienda a negativizarse o se incline a la normalidad.

Para los pacientes que presentan anormalidades del grupo II, o sea con aumento de las células, aumento de globulinas, ligeras anomalías de las reacciones coloidales y reacción de Wassermann ya sea positiva o negativa, el tratamiento era conducido con arfenaminas alternadas con bismuto y controlando el líquido céfalo raquídeo periódicamente y empleando otras veces la triparsamida. Antes de terminar el tratamiento se puede emplear con estas series la piroterapia con vacunas o por medio de la electropirexia. La normalización del líquido céfalo raquídeo se presenta con la reducción de células, reducción de las globulinas y después se presentan cambios favorables en las reacciones coloidales y la reacción de Wassermann.

Los pacientes del grupo III o de forma parética con células muy aumentadas, globulinas aumentadas, reacciones coloidales y de Was-

sermann positivas, deben ser tratados desde el principio con tratamientos especiales, fisioterapia, triparsamida o bismuto. El tratamiento debe ser por lo menos de tres años y los exámenes del líquido céfalo raquídeo se deben hacer cada seis meses.

En estos casos se pueden emplear tratamientos especializados, de preferencia el tratamiento subdural que fue empleado por Will por primera vez lo mismo que por Fordyce (18) en combinación con los tratamientos ya indicados.

La malarioterapia fue empleada la primera vez en Alemania y últimamente está en boga en los Estados Unidos de Norte América por O'Leary y otros (19) quienes a pesar de su optimismo inicial no obtuvieron los resultados deseados. Nuevamente ha sido empleada por Moore y sus colaboradores la emplean de preferencia en todos aquellos pacientes de neurosífilis catalogados en el grupo III y no la aconsejan en pacientes del grupo Io del grupo II a causa de sus complicaciones; en los pacientes del grupo III emplean la malarioterapia en medio de dos series de arfenamina, arsenóxido y triparsamida.

Tratamiento de la neurosífilis con penicilina

En los últimos tiempos debido a la importancia que ha alcanzado el empleo de la penicilina en el tratamiento de la sífilis en general, se ha empleado igualmente en el tratamiento de la neurosífilis en particular. En el tratamiento de la neurosífilis se emplea por vía intramuscular, intravenosa y subdural.

Los médicos hospitalarios de los Estados Unidos aconsejan para el tratamiento de la neurosífilis con penicilina, el tratamiento intensivo, tipo B o sean seis millones de penicilina aplicada en 120 dosis durante quince días y aconsejan igualmente seguir después de este tratamiento intensivo un tratamiento de consolidación que ellos llaman tipo D pero que no es otro que el tratamiento de la Armada Americana. Otras veces combinan este tratamiento intensivo con penicilina con los arsenóxidos y el bismuto como en el tipo C del tratamiento anteriormente indicado.

En el Instituto de Higiene Social de Cundinamarca y luego en el Hospital de La Samaritana, desde su iniciación en la lucha antivenérea, hemos seguido todos los tratamientos aconsejados por los diferentes sifilógrafos. Al iniciarse esta lucha seguimos los aconsejados por los franceses (Vernes, Gouyerot, Ravaut, etc.) después fueron substituídos por el tratamiento continuo mixto alterno estudiado por la Liga de las Naciones y luego aconsejado por el Grupo Cooperativo

Clínico de los Estados Unidos. Hoy estamos empleando desde el año de 1938 los tratamientos intensivos masivos, semimasivos, y el tratamiento con penicilina en todas las formas que han sido aconsejados.

La primera modificación sustancial introducida en los tratamientos antiluéuticos fue la suspensión de los tratamientos intermitentes. Hecho el diagnóstico de sífilis por todos los medios disponibles, se seguía el tratamiento continuo mixto alterno norteamericano o sea una serie de arsenicales, neoarsenicales en aquel tiempo, seguida de una serie de bismuto en suspensión oleosa. Aplicábamos una inyección semanal hasta completar una dosis de diez inyecciones arsenicales y se seguía la serie bismútica que constaba de ocho inyecciones una semanal. Estas series se alternaban por un tiempo que variaba entre un año y medio. Desde 1938 con el descubrimiento de los arsenóxidos en que se apreció un más alto poder curativo y menor el peligro de las intoxicaciones se acortó el tiempo de las aplicaciones y por consiguiente el tiempo de tratamiento. Se empleó igualmente el tratamiento continuo mixto alterno aplicando dos inyecciones por semana y se redujo al tiempo de duración total del tratamiento a la mitad.

Después con el empleo en Norte América del tratamiento masivo o del goteo lento de Himan en septiembre de 1934 lo empleamos en La Samaritana y fue tema de tesis de doctorado del doctor Efraín Cabrera.

Con motivo de los estudios hechos por los investigadores argentinos para averiguar la dosis mínima que necesitaba un paciente en la curación de su sífilis y habiendo ellos obtenido resultados los más halagadores con las dosis de dieciocho a veinticuatro inyecciones se inició en el Hospital de La Samaritana un estudio para un nuevo esquema de tratamiento aplicando una inyección diaria con una dosis superior a la aconsejada por los argentinos como mínima, que era de dieciocho inyecciones e igualmente superior a las dosis aconsejadas por los sífilógrafos americanos quienes recomiendan aún que el número de inyecciones no debe ser menor de veinticuatro de arsenóxidos.

Con los estudios de Tatum y Cooper en 1938 confirmados por Foster en 1933 en relación con la baja toxicidad de los arsenóxidos se inició un tratamiento especial denominado semimasivo que consta de treinta y una inyección, una diariamente para un paciente con peso medio de setenta kilogramos, recibiendo un miligramo de arsenóxido por kilo de peso y tres centigramos por kilogramo de peso en dosis total. Con este tratamiento que en un principio se hizo en pacientes hospitalizados únicamente, se sacó en conclusión que los peligros eran

mínimos y grandes sus ventajas, por lo cual se aplicó a pacientes en el tratamiento ambulatorio con sífilis reciente. Este trabajo fue presentado en la ciudad de Girardot en una reunión científica del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca el 31 de octubre de 1941.

Igualmente aplicamos otras formas de tratamientos menos intensivos y más tolerables como son el de Eagle-Hogan, el de Detroit, y el tratamiento de la Armada Americana. La mayor parte de estos tratamientos son modificaciones del tratamiento continuo mixto alterno aconsejado por la Liga de Las Naciones.

En los últimos años con el advenimiento de la penicilina y a los estudios realizados por los diversos sifilógrafos nosotros hemos venido empleando esta droga buscando la dosis mínima curativa en el menor tiempo posible.

El primer tratamiento con penicilina que se hizo en el Hospital de La Samaritana fue el de nueve días con una dosis de 1.200.000 unidades aplicando 10.000 unidades cada dos horas combinado con cinco inyecciones de mafarside en los días primero, tercero, quinto, séptimo y noveno y tres inyecciones de bismuto para el primero, quinto y noveno días. Los resultados de curación clínica con esta forma de tratamiento fueron del ciento por ciento.

Después los sifilógrafos norteamericanos modificaron esta dosis de penicilina aumentándola a tres millones y en el Hospital de La Samaritana se aumentó a 1.600.000 unidades en dosis total y la dosis por inyección a 20.000 unidades combinadas con mafarside y bismuto en la misma forma.

Ultimamente en el Journal of the Am. Med. Ass de agosto de 1947 Vol. 134, pág. 1.535 encontramos los cuatro esquemas de tratamiento ya mencionados empleando la penicilina sola, combinada con mafarside y bismuto o mafarside y bismuto únicamente, este último como tratamiento de consolidación. Estos tipos de tratamientos son empleados según la clasificación de la sífilis y las distintas formas de localizaciones.

En el tratamiento de la neurosífilis hemos seguido el mismo derrotero empleado por los diferentes sifilógrafos; en un principio los tratamientos continuos mixtos y alternos con novarsenobenzoles y bismuto después los arsenóxidos y el bismuto; los triconjugados con arsenicales trivalentes, pentavalentes y bismúticos por largo tiempo y últimamente los tratamientos con penicilina.

Desafortunadamente entre nosotros esos tratamientos no han dado los resultados verdaderamente satisfactorios que eran de espe-

rarse en la neurosífilis. Se han empleado igualmente la piritoterapia ya sea con vacunas, la malarioterapia y la electropirexia. Los resultados obtenidos con vacunas son poco halagadores porque las reacciones febriles apenas se producen en la primera y segunda inyecciones, con las demás se obtienen pocas reacciones febriles no obstante el aumento de la dosis. Con la electropirexia hemos obtenido resultados muy satisfactorios pero con un número relativamente alto de mortalidad; con la malarioterapia los resultados han sido igualmente halagadores pero se presentan con mucha frecuencia complicaciones graves; igualmente hemos estado empleando desde el año de 1940 las aplicaciones intratecales primero con suero salvarsanizado y últimamente con penicilina; este tratamiento nos ha dado un alto porcentaje de mejorías clínicas claras y modificaciones bastante apreciables en las anormalidades del líquido céfalo raquídeo. Lo estamos empleando como tratamiento de rutina en todas las formas de neurosífilis y hemos observado que donde mejores resultados se han obtenido es en aquellos pacientes con anormalidades clasificadas en los grupos I y II. En el tipo III se obtienen modificaciones en sus anormalidades pero son más lentas en producirse. En formas paréticas, ya en neurosífilis latente, ya en aquellas con modificaciones clínicas y neurológicas empleamos la penicilina obteniendo modificaciones clínicas muy apreciables lo mismo que modificaciones en las anormalidades del líquido céfalo raquídeo.

Estos tratamientos cisternales con penicilina e intratecales, en su mayoría se combinan con arsenóxidos y bismuto aplicando de cincuenta a sesenta mil unidades de penicilina por inyección intramuscular cada dos horas día y noche, mafarside cada tercer día y bismuto cada cuatro durante un período de veintidós días. Este tratamiento lo llamamos intensivo para la neurosífilis y es continuado después con un tratamiento de consolidación a veces con arsenóxidos en series de veinte inyecciones seguidas de igual número de inyecciones de bismuto de ión negativo por ser éste el que más atraviesa el plejo coroides y cuyas concentraciones bismúticas en el líquido céfalo raquídeo son más altas. Casos de parálisis general y en tabes bajo empleamos el tratamiento triconjugado con arsenicales pentavalentes bismúticos de ión negativo y arsenicales trivalentes en series alternas de diez inyecciones cada una. Empleamos los arsenicales pentavalentes en todos aquellos casos de neurosífilis de forma parética donde no estén contraindicados como sucede en las lesiones del nervio óptico y del nervio auditivo.

El tiempo de duración de este tratamiento de consolidación nos lo indican los exámenes periódicos del líquido céfalo raquídeo que se practican como controles en todos los pacientes sometidos a este tratamiento cada seis meses. Este tratamiento de consolidación, por lo tanto, es por lo menos de seis meses a un año de duración.

En las lesiones del nervio óptico, atrofiadas principalmente, ya sean específicas o no, con el tratamiento con penicilina intracisternal e intramuscular, se han obtenido excelentes resultados clínicos no solamente porque detiene la atrofia sino porque se observan mejorías muy notorias. La dosis empleada de penicilina por vía intratecal varía según las reacciones meníngeas que presenta el paciente. Se inicia sistemáticamente con 5.000 unidades de penicilina, que se toman de una solución hecha en 10 cc. de solución salina fisiológica por 100.000 unidades de penicilina. De esta solución se toma medio centímetro cúbico y se mezclan con 14.5 cc. de líquido céfalo raquídeo. Las dosis se van aumentando en cada punción cisternal en 5.000 a 10.000 unidades hasta alcanzar dosis máxima hasta de 60.000 unidades por inyección cisternal. Se aplica cada tercer día, si las reacciones clínicas que presenta el paciente han pasado, pero si persisten, el tiempo de la nueva inyección varía hasta que el enfermo recobre la normalidad. Esta dosificación la iniciamos con penicilina amorfa; con penicilina cristalizada G la dosis mínima es la misma en la primera inyección porque las reacciones meníngeas en el paciente con la primera punción son siempre muy fuertes pero en las siguientes aumentamos la dosis de acuerdo con la reacción observada. Esta penicilina da menos reacciones generales.

Generalmente el total de punciones cisternales es de ocho a doce y en los casos de lesiones oculares no específicas, de seis. La dosis mínima en total en cada paciente de neurosífilis, de penicilina empleada en inyección intramuscular e intratecal es de diez millones; pero tenemos observaciones en pacientes con sintomatología de parálisis general, o tabes muy avanzados a los cuales les hemos hecho veinte punciones cisternales y se les ha aplicado 30.000.000 de unidades de penicilina. Los resultados en estos pacientes tanto clínicos como por las modificaciones en el líquido céfalo raquídeo son muy apreciables.

Igualmente estamos aplicando en los paralíticos generales y en los tabéticos la combinación de penicilina y paludismo. Estos pacientes están en observación y no sabemos qué resultados puedan obtenerse después del tratamiento de consolidación. Todos estos pacientes sometidos a este tratamiento intensivo son sometidos a un tratamiento largo de consolidación.

Por el momento podemos afirmar que el tratamiento cisternal con penicilina es uno de los que mejores resultados nos han dado entre todos los ya enumerados y que el tratamiento por sí solo no ha causado ninguna mortalidad en más de tres mil punciones cisternales que hemos practicado.

Interpretación de las reacciones serológicas durante el tratamiento antiluéptico y después de él

En la sífilis reciente con treponema positivo y reacciones serológicas negativas, cuando no se hacen positivas durante el tratamiento y que permanecen negativas después de él por varios meses de observación, es en donde se pueden observar y obtener los mejores resultados; está muy cerca del ciento por ciento de curación biológica. En la sífilis reciente seropositiva los controles serológicos se deben verificar después de cada serie, deben ser cuantitativos y deben servir como punto de comparación con los que se sigan haciendo. El porcentaje de curación serológica en estos casos puede llegar hasta un 85%. Se observa que son tanto más efectivos cuanto más pronto sean instituidos, en caso de que haya sero-resistencias deben sospecharse localizaciones nerviosas o cardiovasculares.

En la sífilis tardía latente el porcentaje de curación serológica es menos favorable que en la sífilis reciente latente, debe seguirse el mismo sistema de controles serológicos, en estos casos las modificaciones son más lentas.

En grupos iguales de pacientes con sífilis latente reciente y sífilis tardía latente sometidos al mismo género de tratamiento se observa que en los primeros las reacciones serológicas se principian a negativizar al terminar la primera serie arsenical y alcanzan a la disminución o negativización al terminar la primera serie bismútica; en tanto que en el grupo de sífilis tardía latente, se observa un menor porcentaje de negativización o de disminuciones con la serie arsenical y si acaso se obtiene algo más es después de la serie bismútica. El tratamiento o tratamientos que se continúen después tienen poca influencia con relación a la negativización de las reacciones serológicas. Después del tratamiento completo se puede alcanzar por lo menos el 36% pero hay un alto porcentaje que permanecen positivas a pesar de todo tratamiento.

Resultados serológicos después del tratamiento en la sífilis latente.

Puede suceder:

1°—Que las reacciones serológicas se hagan negativas;

2º—Que las reacciones se modifiquen y que permanezcan dudosas;

3º—Que las reacciones serológicas no se modifiquen, es decir, que los pacientes sean sero-resistentes;

4º—Que tanto los pacientes con reacciones negativas, como los que posean reacciones dudosas, se puedan volver a reacciones positivas, esto es lo que se denomina recaída serológica. Pero la positividad de las reacciones en esta forma, no indican un peligro especial, ni personal, ni social, significa apenas la aparición de reaginas en la sangre;

5º—En muchos pacientes a quienes se les ha hecho un tratamiento completo, apropiado, que aparecen con sus reacciones serológicas positivas como si fueran sero-resistentes, éstas se pueden volver negativas después de un largo tiempo de observación. Estos pacientes deben estar sometidos a exámenes serológicos periódicamente, a exámenes de control del líquido céfalo raquídeo y a exámenes cardiovasculares para evitar los peligros que puedan presentárseles. Las sero-resistencias y las sero-recaídas después de un tratamiento apropiado y completo no deben alarmar ni al paciente ni al médico.

Para la evaluación de las reacciones se necesita tiempo de observación, para las recaídas tres años y para la progresión diez. Con los tratamientos no se busca únicamente la negativización de las reacciones serológicas, se busca primero: evitar la contagiosidad; segundo el alivio sintomático; tercero, la propagación de la enfermedad; cuarto el restablecimiento de la normalidad anatómica; quinto, el restablecimiento de la normalidad funcional; sexto, supresión del progreso de la lesión; séptimo, si es posible la negativización de las reacciones serológicas. Toda otra aspiración subordinada al control de la infecciosidad y del progreso de la enfermedad es secundaria. Es la aspiración del tratamiento en la sífilis latente; como en la sífilis reciente o con lesiones la desaparición de ésta es la aspiración del paciente y del médico tratante. El profesor Moore dice: "un paciente, después de un tratamiento, puede permanecer clínicamente sano en el curso de su vida a pesar de su serología positiva. Otro paciente con reacciones serológicas negativas puede recaer. En la sífilis tardía con lesiones los resultados del tratamiento son valorizados no por las reacciones serológicas sino únicamente por la clínica. Si el paciente ha mejorado de sus síntomas o lesiones y permanece libre de posteriores desarrollos de la enfermedad en el curso de su vida, el tratamiento ha tenido éxito, si no, ha sido un fracaso".

Interpretación de las modificaciones del líquido céfalo raquídeo después del tratamiento

Después de un tratamiento apropiado en la neurosífilis reciente o tardía latentes y que se puedan catalogar en algunos de los grupos catalogados por Moore en las anormalidades encontradas en el líquido céfalo raquídeo se pueden presentar mejorías en el siguiente orden:

- 1º—Las células son las primeras en modificarse;
- 2º—La reacción de Wassermann se modifica muy lentamente;
- 3º—Las globulinas se modifican después poco a poco, y
- 4º—La última en modificarse para volver a la normalidad es la prueba coloidal.

Consideraciones generales en relación con la sífilis y el trabajo

En este capítulo describiremos algunas normas que nos sirven para el estudio del criterio que debemos tener en relación con la aceptación de personas que presenten síntomas clínicos de sífilis o reacciones serológicas positivas, sífilis latente o anormalidades en el líquido céfalo raquídeo, neurosífilis asintomática latente para ser aceptados ya sea en entidades oficiales o en compañías o empresas particulares. Sentemos las siguientes bases fundamentales que nos servirán de pauta en estos casos. Estas han sido extractadas de los diferentes estudios hechos por notables sifilógrafos, los conceptos emitidos y la larga práctica que hemos tenido en el Hospital de La Samaritana en un gran número de pacientes nos guían para establecer las siguientes normas:

- 1º—La sífilis congénita es una enfermedad cuya mayor mortalidad abarca los dos primeros años de vida;
- 2º—La sífilis adquirida es una enfermedad crónica que raras veces puede producir la muerte en los primeros años de la infección;
- 3º—La proporción de muertes en pacientes específicos no tratados, no se produce sino largos años después de la infección;
- 4º—La sífilis no predispone a otras afecciones morbosas que puedan producir la muerte, y
- 5º—Con los tratamientos modernos empleados para curar la sífilis, debido a la poca toxicidad de la droga actualmente empleada, el porcentaje de mortalidad es muy bajo.

Según el concepto de Theobald Smith comparando un número de individuos sanos con otro igual de específicos, considerando que aun en aquellos declarados sanos, pueden encontrarse algunos con sífilis oculta, ha sacado las siguientes conclusiones:

1ª—Que en las personas con sífilis reciente la supervivencia es alta, éstos se conservan por más de veinte años después de adquirida la infección;

2ª—En la sífilis tardía la supervivencia es poca debido a que estos pacientes en quienes se manifiesta, ya son de edad avanzada e igualmente están sujetos a la mortalidad inherente e inevitable por circunstancias de su edad y aun a la misma sífilis como sucede, por ejemplo, en los aneurismas;

3ª—La infección sifilítica es la infección verdaderamente crónica y la mortalidad no se puede apreciar sino mucho más tarde (16).

El profesor Moore opina lo siguiente:

1º—La sífilis adquirida es una enfermedad crónica que raras veces produce la muerte en los primeros años de la infección;

2º—La proporción de muertes en individuos específicos no tratados no se produce sino largo tiempo después de la adquisición;

3º—El 95% de las muertes producidas por la sífilis se debe a las siguientes causas: a) sífilis cardio-vascular; b) neurosífilis; c) accidentes del tratamiento. Las dos primeras causas demoran para producir la muerte varios años; la última, puede ocurrir en cualquier tiempo;

4º—La sífilis cardio vascular y la neurosífilis que dan mortalidad a largos años después de la infección son reconocidas por los exámenes clínicos y por los exámenes de laboratorio;

5º—El desarrollo de la neurosífilis puede ser diagnosticado y aun pronosticado a los dos años después de la infección luética por medio del examen del líquido céfalo raquídeo. La sífilis cardio vascular es de más difícil diagnóstico y se manifiesta varios años después de la infección para que se observen los primeros síntomas;

6º—Cualquier forma de neurosífilis tiene riesgos de mortalidad, mortalidad que no se produciría si el neuroeje no estuviera afectado;

7º—En la mortalidad de la sífilis tiene gran influencia la raza, la especie y el sexo;

8º—La sífilis adquirida no tratada no es necesariamente mortal por lo menos en el 50%. Unicamente el 25% desarrollan sífilis de mal pronóstico;

9º—Las reacciones serológicas positivas en pacientes no tratados o tratados no indican por sí solas, invasión anatómica específica, así lo prueba la anatomía patológica en los cuales el 60% no presentan lesiones;

10º—En la sífilis congénita la mortalidad se revela en los dos

primeros años, exceptuando la neurosífilis y especialmente la parálisis juvenil;

11°—La sífilis no predispone a otras entidades morbosas que produzcan la muerte aun cuando puedan desarrollarse en un terreno específico como por ejemplo, el cáncer y la tuberculosis;

12°—La incidencia total de la mortalidad por sífilis, en cualquier estado de la infección, bien sea congénita o adquirida, puede ser radicalmente modificada por un tratamiento antiluéutico apropiado;

13.—El diagnóstico de la sífilis por las reacciones de laboratorio no es completamente seguro. Hay falsas reacciones positivas en personas normales, pueden ser producidas igualmente por numerosas entidades distintas de la sífilis.

El profesor Moore en un estudio interesante relacionado con personas específicas que desean ingresar a las compañías de seguros de vida se expresa así:

1°—Todo específico debe haberse tratado o debe tratarse;

2°—Si se ha hecho un tratamiento éste debe haber sido adecuado; el término adecuado se emplea para describir la calidad y carácter del tratamiento que es suficiente para curar la mayoría de los pacientes en una fase particular de la infección sifilítica. Si el tratamiento no ha sido el adecuado debe hacerse uno nuevo;

3°—Todo paciente tratado con tratamiento adecuado necesita un período de observación y control clínico y serológico para demostrar la probabilidad de curación;

4°—Toda persona que haya tenido sífilis debe exigírsele un examen completo del líquido céfalo raquídeo que deberá ser normal, y su mayor valor se obtiene a los dos años de la infección;

5°—El estado clínico debe ser normal, sin síntomas clínicos de sífilis cardio vascular o sin síntomas clínicos o neurológicos de sífilis nerviosa (16).

En el Journal of the Am. Med Ass. Vol 134 de 1947 encontramos un cuadro del profesor J. E. Moore y Schamberg sobre condiciones necesarias para aceptar aspirantes al seguro de vida, que nosotros hemos reducido así: En aspirantes con sífilis adquirida reciente, de menos de tres años, con lesiones cutáneas en período primario o secundario, y sífilis latente reciente, pueden ser aceptados después de un tratamiento adecuado y de un período de observación de dos años.

En aspirantes con sífilis adquirida tardía latente, con reacciones serológicas positivas pueden ser aceptados después de un tratamiento adecuado y en los cuales el líquido céfalo raquídeo sea normal.

Aspirantes con sífilis visceral deben ser rechazados.

Aspirantes con neurosífilis latente revelada por las anormalidades del líquido céfalo raquídeo y catalogados en los grupos I y II, pueden ser aceptados después del tratamiento especial adecuado con un período de observación no menor de tres años con controles del líquido céfalo raquídeo cada seis meses y que éste tienda hacia la normalidad.

Los aspirantes con líquido céfalo raquídeo anormal tipo III, y sin síntomas clínicos y neurológicos de tabes, parálisis general, atrofia óptica, meningitis específica, deben ser rechazados.

Aspirantes con antecedentes de sífilis congénita sea reciente o tardía, con reacciones serológicas positivas y líquido céfalo raquídeo negativo, pueden ser aceptados después de un tratamiento apropiado.

Aspirantes sero-resistentes pueden ser aceptados después de un nuevo tratamiento adecuado.

Aspirantes con recidivas serológicas o clínicas pueden ser aceptados después de un nuevo tratamiento adecuado.

Todo aspirante que dé antecedentes específicos sean clínicos o serológicos de más de tres años, tratado o no, antes de ser aceptado debe exigírsele un examen del líquido céfalo raquídeo y un estudio radiológico completo de corazón y gruesos vasos.

Investigando con el señor ministro de Higiene y con el señor médico director de Medicina e Higiene industriales doctor J. M. Baena Lavalle, sobre este particular, nos han informado que de acuerdo con algunos médicos de las compañías petroleras han sentado las siguientes normas para la aceptación o rechazo de personas que den antecedentes, síntomas de lúes o reacciones serológicas positivas:

1ª—La presentación de las reacciones serológicas positivas no es el único criterio ni el definitivo, para considerar a un individuo sífilítico. Es necesario estudiar, ante todo, el aspecto clínico del paciente y sus antecedentes. En consecuencia, los médicos de las compañías estudiarán cada caso en particular a la luz de la clínica para comprobar la veracidad de las reacciones positivas.

2ª—Si al examinar a un trabajador para ingreso se comprueba, por medio de amplia certificación de médicos idóneos y serios, que ha recibido un tratamiento realmente científico para la sífilis, aunque todavía no se hayan negativizado las reacciones serológicas, serán admitidos por los médicos de las compañías si no presentan otras deficiencias orgánicas que los inhabiliten para el trabajo.

3ª—Los médicos de las compañías suministrarán al personal que

se infecte durante el trabajo o a quienes se comprueben manifestaciones luéticas, los tratamientos modernos que sean aplicables a cada caso, por el término aconsejado en los últimos convenios científicos.

4º—Se aceptó que después de cada tratamiento intensivo para la sífilis, si el trabajador ha de ser retirado de la empresa, los médicos le concederán un mes de período de consolidación del tratamiento antes de expedirles el certificado de retiro.

5º—Los médicos de las compañías expedirán a los pacientes tratados para sífilis, una certificación lo más explícita posible sobre la clase, intensidad y duración de los tratamientos que les han aplicado, con el fin de que puedan presentarlos a los nuevos exámenes de admisión”.

Dados los conceptos que hemos citado de sifilógrafos connotados, creemos necesario fijar aproximadamente algunas normas que podrían ser seguidas por los médicos de entidades oficiales, compañías y empresas particulares para la aceptación del personal; se debe tener en cuenta la clasificación cronológica de la sífilis y el estado de infecto contagiosidad.

1º—Aspirantes con sífilis reciente con lesiones abiertas;

2º—Aspirantes con sífilis adquirida reciente latente y reacciones serológicas positivas;

3º—Los que presentan sífilis adquirida tardía con lesiones;

4º—Los que presentan sífilis adquirida tardía latente y reacciones serológicas positivas;

5º—Los aspirantes que dan antecedentes o presentan algunas anormalidades que hacen sospechar una sífilis congénita con reacciones serológicas positivas;

6º—Los que presentan sífilis latente sea reciente o tardía y que revelan anormalidades del líquido céfalo raquídeo del grupo I o del grupo II.

Estos aspirantes podrían ser aceptados como obreros o empleados, aun cuando las reacciones serológicas fueran positivas siempre que hayan sido tratados de manera adecuada y especial en cada caso particular.

Los médicos encargados de la aceptación de ese personal deberían exigirles certificado de un médico idóneo, que les haya seguido él personalmente su tratamiento antiluético o bajo su inmediata vigilancia o expedido por una entidad oficial en donde se hagan estos tratamientos. En el certificado debe constar además, el diagnóstico clínico de la clase de sífilis, el tratamiento adecuado a que haya sido sometido,

la droga o drogas empleadas, el tiempo de duración, las reacciones serológicas de control que se le hayan practicado y demás exámenes que hubieran sido necesarios para esclarecer el diagnóstico.

Además debe constar en el mismo certificado el tratamiento de consolidación que sea necesario seguir después del tratamiento intensivo inicial, los exámenes de control periódicos clínicos y serológicos y el tiempo en que se debe hacer el control del líquido céfalo raquídeo.

Este certificado o informe debe acompañarse como constancia en la ficha médica de cada obrero o empleado que debe llevar en toda entidad oficial, compañía o empresa bien organizada.

No podrán ser aceptados aquellos aspirantes a empleo o trabajo ya sea en entidades oficiales, compañías o empresas particulares aquellos que clínicamente presenten:

- 1º—Lesiones específicas del nervio óptico y queratitis intersticial;
- 2º—Lesiones del nervio auditivo;
- 3º—Los que presenten lesiones cardio vasculares;
- 4º—Aquellos que presenten lesiones viscerales marcadas y que generalmente no regresan a la normalidad a pesar del tratamiento;
- 5º—Neurosífilis bien sea latente con anormalidades en el líquido céfalo raquídeo del tipo III o que presenten síntomas clínicos y neurológicos como por ejemplo, el tabes, la parálisis general progresiva, los sífilíticos meningo-vasculares o parenquimatosos.

En los casos de aspirantes aceptado con antecedentes específicos o con reacciones específicas con el certificado de entidades autorizadas o médicos particulares deben ser vigilados por los médicos de las empresas o compañías según las recomendaciones que hayan sido indicadas en cada caso.

Las entidades oficiales, compañías o empresas particulares al retirar a sus empleados o trabajadores deben llenar normas similares a las que exigió para aceptarlos.

Tratando a todos aquellos individuos que hayan adquirido la infección luética durante el tiempo que estuvieron prestando sus servicios y dándoles una información análoga al certificado que les sirvió para ser recibidos con el objeto de que sean aceptados después en otras empresas.

Los médicos encargados de admitir al personal, después del interrogatorio y del examen clínico pueden aceptar o rechazar al aspirante ya sea porque éste no sea apto o porque el certificado que lleva no sea idóneo o no llene las garantías necesarias.

Los médicos encargados de verificar los exámenes necesarios para despedir al personal, darán los certificados respectivos para su retiro. Es lógico suponer que tanto los aspirantes rechazados como los retirados no estén conformes con la decisión del médico y por lo tanto, es necesario, la creación de comités o centros de carácter oficial que puedan resolver estos problemas. Nos parece necesario la creación por parte del gobierno de esos centros o comités en todos aquellos lugares en donde haya un núcleo considerable de trabajadores, en las capitales de los departamentos y el principal en Bogotá. Esos centros deben estar constituidos por lo menos por tres médicos, uno oficial, nombrado por el gobierno; otro en representación de las compañías o empresas y el tercero, en representación de los sindicatos o de los interesados.

Control de los laboratorios

Desde el año de 1936, debido al gran número de enfermos que concurrían al Instituto de Higiene Social de Cundinamarca y concurren hoy al Hospital de La Samaritana en busca de tratamiento para sífilis, ya sea con lesiones, o por presentar reacciones serológicas positivas únicamente, observamos un número grande de pacientes que presentaban resultados serológicos contradictorios de distintos laboratorios; positivos en unos y negativos en otros. En ese año, en vista de estos resultados, se convocó a una junta de serologistas de los laboratorios de Bogotá pero en esa junta no se pudo llegar a ningún acuerdo especial práctico; desde aquel año hasta el presente el problema ha continuado sin mayores modificaciones, es por tanto, necesario remediarlo y nosotros sin ser expertos en la materia resolvimos en consecuencia solicitar la cooperación de algunos connotados y expertos serólogos, tres representantes de laboratorios oficiales e igual número de laboratorios particulares.

Para que existiera uniformidad a las respuestas en los puntos que en nuestro concepto necesitan de cambios, organización, reformas, aclaraciones, elaboramos el siguiente cuestionario:

1º—Su opinión acerca de la unificación de técnicas para el diagnóstico indirecto de la sífilis por parte de los laboratorios oficiales y particulares;

2º—Su criterio acerca de la creación de un organismo de control y evaluación de dichas técnicas. En caso de que lo crean conveniente, ¿cómo debiera estar constituido? ¿en qué centro científico debiera tener su sede y cuáles serían sus funciones?

3º—¿Debe practicarse uno o varios métodos serológicos en cada muestra de examen? ¿Cuál o cuáles son los métodos más recomendables actualmente según su experiencia? ¿Es necesaria la práctica de una prueba de fijación del complemento?

4º—Debe el laboratorio informar al médico un resultado global, compendio de las distintas pruebas practicadas o el resultado de cada una de ellas en particular?

5º—Su opinión acerca de la reactivación como complemento del sero-diagnóstico;

6º—Su opinión acerca de técnicas serológicas cuantitativas;

7º—Qué investigaciones deben practicarse de rutina en el líquido céfalo raquídeo. Qué tipo de prueba específica para neurosífilis y con qué volumen de líquido céfalo raquídeo. Qué tipo de técnica para la determinación cuantitativa de proteínas. Qué tipo de curva coloidal.

8º—Reacciones positivas falsas de tipo biológico. Procedimientos para reducir su incidencia. Su concepto acerca de los métodos diferenciales de uso actual aplicables a la práctica diaria. Reacciones de verificación de Kahn, reacción modificación de Rosenberg, etc.;

9º—Conducta que debiera seguir el médico de empresas frente al caso frecuente del paciente con serología positiva y ausencia de datos anamnésticos y clínicos de sífilis (Bogotá, XI-17-47).

Este cuestionario lo acompañamos con una nota circular entregada a los doctores César Gómez Villegas y Alfredo Lleras Pizarro en representación del señor director del Instituto Nacional de Higiene doctor Jorge Boshell Manrique; al señor doctor Fernando Cortés Boshell jefe de bacteriología y serología del Hospital de La Samaritana; al doctor Andrés Rodríguez Gómez director de los laboratorios municipales de Bogotá y a los doctores Pedro J. Almanzar y C. Sánchez, Bernardo de Castro Gómez y a Eduardo Caballero Ferreira.

Gentilmente todos han colaborado en estos problemas de laboratorio que fueron sometidos a su consideración y sus opiniones son trabajos tan interesantes, documentados y de los cuales se pueden sacar conclusiones prácticas en la organización de implantación de nuevos métodos científicos. Resumimos los puntos en los cuales están de acuerdo de la siguiente manera:

1º—Creación de un organismo de control en Bogotá compuesto por tres miembros así: uno por los laboratorios oficiales; otro de un centro de estudios serológicos y clínicos y otro en representación de los laboratorios particulares;

2º—Creación de centros similares en todas las capitales de los departamentos;

3º—Centros de los laboratorios departamentales controlarán a los laboratorios del departamento y a los de todos los departamentos los controlará el de Bogotá;

4º—Estandarización de los antígenos empleados;

5º—Unificación de las técnicas;

6º—Reacciones indispensables que deberán hacerse en serología para el diagnóstico indirecto de la sífilis;

7º—Informes de los resultados serológicos a los médicos;

8º—Empleo de nuevos antígenos como la cardiolipina y de nuevos métodos empleados en las reacciones serológicas;

9º—Cuándo se deben emplear las reacciones serológicas cuantitativas;

10.—Cuándo se deben emplear las reacciones serológicas cualitativas, y

1º—Pruebas indispensables en relación con la sífilis en los exámenes del líquido céfalo raquídeo.

Como ya lo anotamos, todos estos enfermos o trabajos son de gran importancia y de gran valor como complemento de este estudio.

La creación del centro de control es indispensable y ese centro orientará mejor que nosotros la buena marcha de los distintos laboratorios.

RESUMEN

Del estudio detallado que hemos hecho podemos deducir las siguientes conclusiones:

1ª—A todo paciente con reacciones serológicas positivas se le debe practicar un examen clínico cuidadoso e investigar los antecedentes y la época de la infección;

2ª—No todas las reacciones serológicas con resultado positivo son de tipo luético. Al clínico corresponde su interpretación y hacer el diagnóstico diferencial con las falsas reacciones positivas;

3ª—No siempre las reacciones serológicas negativas excluyen la posibilidad de una sífilis latente;

4ª—Es indispensable hacer el diagnóstico de la clase de sífilis latente con el objeto de escoger el tratamiento adecuado;

5ª—A todo paciente sospechoso de sífilis tardía latente se le debe practicar un examen del líquido céfalo raquídeo;



6ª—A todo paciente con sífilis tardía latente se le debe practicar un examen clínico minucioso y si es posible, un estudio radiológico de corazón y gruesos vasos;

7ª—En todo paciente específico en quien no es posible establecer el dato de la infección, si es menor de 24 años debe considerarse como una sífilis reciente, y si es mayor, como una sífilis tardía latente;

8ª—Un líquido céfalo raquídeo anormal no indica necesariamente que el paciente tenga una neurosífilis, al clínico corresponde su interpretación;

9ª—De todas las anormalidades encontradas en el líquido céfalo raquídeo la principal de ellas es la positividad de la reacción de Wassermann que casi siempre corresponde a una neurosífilis;

10ª—Por las anormalidades del líquido céfalo raquídeo se puede hacer igualmente el pronóstico de la neurosífilis;

11ª—Por las anormalidades del líquido céfalo raquídeo se pueden controlar los resultados obtenidos con el tratamiento empleado;

12ª—Por las anormalidades del líquido céfalo raquídeo se puede elegir el tratamiento adecuado en cada caso particular de neurosífilis;

13ª—La punción lumbar es absolutamente indispensable practicarla a todo paciente que haya recibido un tratamiento antilúético a los dieciocho meses después de terminado;

14ª—Todo paciente con reacciones positivas tipo lúético debe ser sometido a un tratamiento antilúético adecuado;

15ª—A todo paciente con anormalidades en el líquido céfalo raquídeo se le debe someter a un tratamiento adecuado e intensivo de ataque, seguido de otro tratamiento prolongado de consolidación;

16ª—A todo paciente a quien se le haya practicado un tratamiento antilúético bien sea para sífilis reciente latente o para sífilis tardía latente, se le deben practicar exámenes de control serológicos periódicamente;

17ª—A todo paciente a quien se le haya practicado un tratamiento para neurosífilis bien sea reciente latente o tardía latente, se le deben practicar periódicamente exámenes de control del líquido céfalo-raquídeo;

18ª—Las reacciones serológicas negativas después de un tratamiento adecuado no indican por sí solas la curación de la sífilis, hay casos en que la serología es negativa pero el líquido céfalo raquídeo es anormal;

19ª—Las reacciones serológicas positivas después de un tratamiento adecuado no indican que el paciente sea un específico;

20ª—Las reacciones serológicas positivas después de un trata-

miento adecuado no indican que el paciente sea un específico y que necesite de más tratamientos; el médico debe tratar la sífilis, observar el paciente y no tratar las reacciones serológicas;

21^a—Una sero-recidiva indica que se debe practicar un riguroso examen de control pero no indica un nuevo tratamiento;

22^a—Una sero-recidiva puede orientar al médico a exámenes clínicos completos y en ocasiones a sospechar una recidiva clínica;

23^a—En casos de recidivas clínicas el paciente debe ser sometido a un nuevo tratamiento antiluéutico adecuado;

24^a—Ese nuevo tratamiento de preferencia deben usarse nuevas drogas diferentes a las empleadas en el anterior;

25.—Antes del nuevo tratamiento es necesario practicar un examen de líquido céfalo raquídeo y un estudio radiológico del aparato cardio vascular;

26^a—Hay pacientes en quienes las reacciones serológicas permanecen positivas a pesar de todo tratamiento, estos casos son los llamados sero-resistencias;

27^a—La negativización de las reacciones serológicas con el tratamiento se modifican generalmente guardando relación directa entre el tiempo de la infección con la época en que se instituyó el tratamiento;

28^a—En la sífilis congénita el porcentaje de sero-resistencias es muy alto;

29^a—En pacientes con neurosífilis latente sea reciente o tardía sometidos a un tratamiento adecuado las anormalidades del líquido céfalo raquídeo se van modificando pero éste no vuelve a la normalidad sino en un tiempo más o menos largo después del tratamiento;

30^a—Los controles del líquido céfalo raquídeo sirven para indicar si el tratamiento ha tenido buen resultado o necesita prolongarse o hacerse uno nuevo;

31^a—En el tratamiento de la sífilis deben emplearse aquellas drogas que presenten menos complicaciones y que den más alto porcentaje de curación: penicilina, b-arsenóxicos;

32^a—Los bismúticos solos no sirven como tratamiento antiluéutico, son de gran valor combinados con las otras drogas;

33^a—Los arsenicales tales como el estovarsol, la triparsamida y el aldarsona son empleados de preferencia en algunos casos de neurosífilis;

34^a—En sífilis reciente latente son aconsejables los tratamientos intensivos; en sífilis tardía latente se pueden emplear los tratamientos

intensivos pero deben ser complementados por un tratamiento prolongado de consolidación;

35ª—El mayor porcentaje de curación se observa en la sífilis reciente;

36ª—En la sífilis tardía el porcentaje de curación es menor;

37ª—En la neurosífilis asintomática sea reciente o tardía con tratamiento apropiado el pronóstico siempre es reservado;

38ª—En la neurosífilis del tipo III, parálisis general progresiva, tabes y en general neurosífilis meníngea o parenquimatosa, el pronóstico es más grave a pesar de que se hayan empleado los tratamientos especiales indicados en estos casos;

39ª—La mortalidad en la sífilis es producida especialmente por la neurosífilis y por las lesiones cardiovasculares;

40ª—La mortalidad en la sífilis se puede modificar fundamentalmente con un tratamiento adecuado;

41ª—Las reacciones serológicas positivas por sí solas no excluyen a ninguna persona para el trabajo, el tratamiento y la discriminación clínica darán las normas;

42ª—Todo paciente con antecedentes o con clínica positiva o con reacciones serológicas de tipo luético, que aspire al ingreso como empleado u obrero, debe someterse a un tratamiento antilúético adecuado;

43ª—Todo paciente con anormalidades en el líquido céfalo raquídeo del grupo III o con síntomas de parálisis general progresiva, tabes, atrofia del nervio óptico o lesiones del nervio auditivo no debe ser aceptado como empleado en compañías o empresas;

44ª—Todo paciente con sífilis cardio-vascular no debe ser aceptado para el trabajo;

45ª—Todo paciente que durante el período de trabajo adquiera la sífilis su tratamiento debe ser costado por las compañías o empresas de que dependa antes de ser retirado;

46ª—Es urgente que los señores Ministros de Higiene y Trabajo dicten disposiciones especiales relacionadas con la admisión o retiro de empleados u obreros específicos;

47ª—Es igualmente urgente que nuestros legisladores elaboren leyes especiales en relación con la organización de la lucha antivenérea y la aceptación o retiro de empleados u obreros específicos; y

48ª—Es indispensable la creación en Bogotá de un organismo científico especializado en laboratorio y serología para que organice y controle a todos los laboratorios del país.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) The Modern treatment of Syphilis. J. E. Moore, M. D. 1944, pág. 251.
- (2) Interpretation of the Factor of Latency in Syphilis, Canad. M. A. J. 42:104, -940. Cormia F. E. and Lewis J. A.
- (3) The Journal of the Am. M. Ass vol 134 Nº 18, 1947.
- (4) Hopkins H. H.: Pronostic import of a negative Spinal fluid in early an in latent Syphilis. Arch. Dermat. and Syph. 24: 404, 1931.
- (5) Moore: The Modern treatment of Syphilis. 346, 1944.
- (6) Kolmer: Diagnóstico clínico por los análisis de laboratorio. Tom. I pág. 616, 1945.
- (7) Kolmer: Diagn. Cl. por los análisis de laboratorio pág. 623, 1945.
- (8) Kolmer: Diagn. Cl. por los análisis de laboratorio pág. 629, 1945
- (9) American journal of Syphilis Gonorrhea and Venereal diseases 31, 1947.
- (10) La Sífilis; Meirosky y F. Pinkus, vol. VII; 540, 1930.
- (11) Beerman H. American Journal of Syphilology and Venereal diseases, 26:165, 296, 1936.
- (12) Kemp, J. E.: The infectiousness of semen of patients with Late Syphilis. Am. J. Syph. Gonor. and Ven. Dis. 22; 401, 1938.
- (13) J. E. Moore The Modern treatment of Syphilis pág. 461, 418, 1944.
- (14) Stokes: Modern Clinical Syphilology, pág. 654, 1945.
- (15) Mahoney, Jour. of the Am. Med. Ass.: 125, 1944.
- (16) J. A. M. A.: 134, 18. 1335, 1947.
- (17) Discker T. H.: Long-term from results in the treatment of Latent Syphilis, 1944.
- (18) Fordyce J. A.: Results of treatment of Syphilis of the Nervous System. Brit J. Dermat. 36; 47, 1942.
- (19) O'Leary P. A. Treatment of Neurosyphilis with Malaria. J. A. M. A. 94; 452, 1930.
- (20) J. A. M. A.: 115, 677, 1940.