

Hospital Manuel Arriarán
Sección Medicina Interna.
Prof. Eugenio Cienfuegos.
Servicio de Lúes.

NOCIONES GENERALES SOBRE LUES CONGENITA

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS

I. — Patogenia.

Se llama lúes congénita a la infección sifilítica transmitida de la madre al feto por vía transplacentaria durante la vida intrauterina.

Esto significa que la infección se hace por vía sanguínea, lo que constituye una diferencia importante respecto a la sífilis adquirida cuya infección se hace por vía linfática. Significa, además, que no puede haber lúes congénita si la madre está indemne de sífilis y, lo que es más importante, que aun siendo la madre sifilítica, puede no transmitirse la infección al hijo si la placenta logra permanecer infranqueable para las espiroquetas.

Así se explican los raros casos en que una mujer luética da a luz un hijo completamente sano, aun en ausencia de tratamiento durante el embarazo.

La transmisión de la sífilis por vía germinativa no es aceptada hoy día, lo que excluye la transmisión de la lúes del padre al hijo sin mediar la lúes en la madre.

El padre no obstante puede transmitir al hijo, como es frecuente de observar, una *tara* que se traduce en el niño por malformaciones orgánicas o perturbaciones funcionales que corresponden a un heredo-distrofia luética. Esta heredo-distrofia también puede ser transmitida por la madre, pues se trata, como se comprende, de fenómenos propiamente he-

reditarios en que ambos progenitores tienen igual participación.

Las contingencias del niño respecto a su contaminación sífilítica y herencia patológica son diferentes según que el progenitor luético sea el padre o la madre.

Si el padre es luético y la madre es sana el niño tendrá dos contingencias, a saber:

- 1.º Podrá nacer sano.
- 2.º Podrá nacer con una heredo distrofia (tara).

En cambio: si el padre es sano y la madre luética, el niño tendrá cuatro contingencias, a saber:

- 1.º Podrá nacer sano.
- 2.º Podrá nacer con una heredo distrofia (tara).
- 3.º Podrá nacer con una lues congénita (infección).
- 4.º Podrá nacer con una lues congénita y una heredo-distrofia a la vez (infección y tara).

Iguales contingencias existen en el caso de que tanto el padre como la madre son luéticos, pero entonces habrá menos posibilidades que el niño nazca completamente sano.

En general puede decirse que si la madre es sífilítica la infección transplacentaria es la regla y la no infección es la excepción, lo que depende en primer lugar de que la sífilis de la madre esté o no en período de actividad, y en segundo lugar de que esté o no en tratamiento durante el embarazo. Dicho de otro modo, la infección transplacentaria depende en último término de que existen o no en algún momento del embarazo lesiones placentarias que permitan el paso de espiroquetas a la circulación fetal.

Si la infección transplacentaria se produce pueden ocurrir las siguientes contingencias:

a) Lesiones placentarias de tal magnitud que determinen la muerte del feto por deficiente irrigación (aborto).

b) Lesiones orgánicas fetales de tal magnitud que determinen la muerte, con maceración consecutiva o sin ella (aborto o parto a término con feto muerto).

c) Infección fetal sin lesiones orgánicas mortales in útero; niño prematuro o de término que nace con lues florida (sífilis fetal).

d) Contaminación fetal en los últimos días del embarazo o durante el parto mismo no evidenciables por lo tanto en el nacimiento, sino en el curso de las primeras semanas o del primer trimestre de la vida (Sífilis post-natal).

La sífilis congénita es más grave que la adquirida, pues, además de transmitirse por vía sanguínea, lo que facilita la invasión inmediata de todo el organismo, la infección sorprende a éste en pleno proceso de desarrollo embrionario y por lo tanto ni los órganos han llegado a su completa formación ni las funciones de defensa han alcanzado la plenitud de su eficacia.

II. — Diagnóstico.

Se acostumbra a dividir la sintomatología de la lúes congénita en dos grandes grupos, a saber:

1. Síntomas de probabilidad.
2. Síntomas de certidumbre.

Desde el punto de vista práctico, no sólo interesan al médico los *síntomas* que presenta el enfermo sino también los *datos anamnéticos* que pueden obtenerse y que en muchos casos tienen tanto o mayor valor que un síntoma. A estos datos anamnéticos los denominaremos "factores de probabilidad".

Los principales factores y síntomas de probabilidad de la lúes congénita son los siguientes:

A) En los padres:

1. Antecedentes de lúes en los padres.
2. Serología positiva en los padres.
3. Estigmas de lúes (congénita o adquirida).
4. Abortos repetidos de la madre.
5. Antecedentes obstétricos de la madre sospechosos de lúes. (Hidroamnios, placenta pesada, embarazo gemelar univitelino, etc.).

B) En los hermanos:

1. Polimortalidad precoz entre los hermanos.
2. Serología positiva en los hermanos.
3. Estigma de lúes congénita en los hermanos.

C) En el niño:

1. Lesiones cutáneas o mucosas sífilomorfas.
2. Coriza sanguinolento u obstructivo del primer trimestre.
3. Llanto nocturno pertinaz (signo del Sisto).

4. Esplenomegalia - Hepatomegalia.
5. Impotencia funcional de las extremidades.
6. Hidrocele.
7. Ataques convulsivos.
8. Dacriocistitis y otorreas crónicas.
9. Parálisis o paresias de los músculos oculares y de la pupila.

10. *Los estigmas parasifilíticos* (1) o heredo-distrofias, a saber: Cráneo natiforme, hidrocefalia, várices del cuero cabelludo y frente, brevedad del cédo meñique, ausencia de apéndice xifoides (signo de Queirat), paladar ojival, alopecia, dientes de pescado, tubérculos de Carabelli, ganglios de Ricord, manchas cutáneas color café, etc.

Cualquiera de los factores, síntomas o estigmas enumerados puede corresponder a la infección sífilítica congénita, pero también puede existir en ausencia de esta infección. Por lo tanto, al comprobarse la existencia de alguno o varios de los factores, síntomas o estigmas aludidos la conducta del médico no debe ser otra que la de procurar por todos los medios a su alcance la dilucidación de si existe o no la infección sífilítica sospechada para lo cual debe someter al niño a la siguiente exploración:

1. Examen clínico completo.
2. Examen serológico.
3. Radiografía de huesos largos.
4. Examen ocular.
5. Investigación del treponema pallidum (eventual).

La exploración precedente tiene por objeto descubrir algunos de los *síntomas de certidumbre de la lues congénita que son los siguientes:*

A) Síntomas cutáneos mucosos.

1. Pénfigo sífilítico y sífilides cutáneas.
2. Placas mucosas sífilíticas.
3. Condilomas planos sífilíticos.
4. Cualquiera lesión en la que por examen directo o punción ganglionar pueda revelarse la presencia del treponema pallidum, ya sea mediante la ultra microscopía o la tinción de preparaciones.

(1) Los estigmas parasifilíticos pueden presentarse en niños indemnes de lues, especialmente en raquíticos o en tarados por diversas causas, incluso la lues del padre. Son "marcas" que están al lado de la infección sífilítica y pueden coincidir o no con ella.

B) Síntomas óseos:

1. Osteo condritis (Enfermedad de Parrot).
2. Periostitis y corticalitis sífilíticas.
3. Gomas óseas.
4. Osteomielitis fibrosa rarefaciente sífilítica.
5. Osteo astritis sífilítica (síndrome de Glutton).

C) Síntomas oculares:

1. Queratitis parenquimatosa sífilítica.
2. Iritis sífilítica.
3. Corioretinitis sífilítica.
4. Pupila de Argyll-Robertson.

D) Síntomas serológicos:

1. Reacciones específicas en la sangre netamente positivas con dos o más técnicas a la vez (Wassermann, Kahn, Kline, Hinton, etc.).
2. Reactivación serológica positiva franca.
3. Reacciones específicas positivas en líquido céfalo-raquídeo, o en líquidos de exudado.

E) Los estigmas metasifilíticos: (1)

1. Dentarios (dientes de Hutchinson: diente de Mczer (atrofia cuspidana del primer molar), dientes con perforaciones de estampilla).
2. Nasaes: (nariz sentada o en silla de montar, nariz en anteojos de teatro, nariz de macho cabrío o nariz insolente del Prof. Cienfuegos).
3. Esqueléticos: (Tibias en hoja de sable turco o alfanje, exostosis sífilíticas, perforaciones del paladar duro o uraniscocasma y perforación del tabique nasal por gomas sífilíticas).

Si no se logra comprobar ningún síntoma de certidumbre, se someterá al niño a una reactivación siguiendo la técnica de Millian: 3 inyecciones de Neo arseno benzol espaciadas una de otra por 3 días de intervalo y en dosis de $\frac{1}{2}$, 1 y $1\frac{1}{2}$ centigramos por kilo de peso y seguidas de un serocontrol (con dos o tres reacciones diferentes) alrededor del décimo día a partir de la última inyección.

(1) Los estigmas metasifilíticos "son marcas" consecutivas siempre a la infección sífilítica y, por lo tanto, son patognomónicos de sífilis. Son apreciables casi exclusivamente en la segunda infancia.

Si esta reactivación es negativa o dudosa, se practicará una segunda reactivación después de un mes de descanso.

Si la segunda reactivación es también negativa y no aparece tampoco ningún signo de certidumbre en el niño, se llegará a la conclusión de *que no se ha comprobado lúes y por lo tanto no habrá indicación de tratamiento específico*, quedando al criterio del médico la repetición de todos los exámenes después de un plazo prudencial (alrededor de tres meses).

III. — Tratamiento específico.

Se entiende por tratamiento específico antisifilítico la administración metódica de medicamentos curativos de la infección sifilítica.

Para que un tratamiento específico pueda considerarse correcto debe ser:

1. Necesario.
2. Oportuno.
3. Suficiente.

I. *Necesario*.—El primer requisito que debe llenar la correcta indicación del tratamiento antisifilítico consiste en establecer *fehacientemente el diagnóstico de sífilis*.

Tratándose del niño, el diagnóstico debe puntualizar hasta donde sea posible si se trata de lúes congénita o adquirida; en todo caso la existencia de la infección sifilítica debe ser concluyente.

El diagnóstico de lúes congénita no debe hacerse por el solo hecho de existir antecedentes de lúes en los padres.

La gran difusión del tratamiento específico desde hace por lo menos 10 años a esta parte, y el mejor conocimiento que se tiene de la biología de la sífilis aconsejan al Clínico a interpretar la existencia de antecedentes de lúes en los padres como un mero factor de probabilidad que si bien obliga a investigar con acuciosidad la lúes en el niño no basta para autorizar por sí solo el diagnóstico de infección sifilítica en este último. *El hijo de luéticos no es obligatoriamente luético, si bien es muy posible que lo sea.*

El tratamiento específico antisifilítico en el niño, sólo debe ser instituido después de haberse comprobado uno o varios de los llamados síntomas de certidumbre que autoricen el diagnóstico de sífilis y por lo tanto demuestren que el tratamiento es necesario.

II. *Oportuno*.—Para que el tratamiento específico se considere oportuno debe ser:

a) *Precoz*, o sea, tratándose de lúes congénita el ideal sería que fuese preventivo "in útero". Si esto no se ha realizado o se ha realizado sólo en parte y se llega a comprobar que el niño ha nacido con una lúes congénita del tipo de sífilis fetal, debe tratarse desde los primeros días de la vida. Si no se trata de una lúes fetal sino de una modalidad post-natal que tarda en manifestarse algunas semanas o meses se comenzará el tratamiento tan pronto como se haya fundamentado el diagnóstico en la forma ya explicada anteriormente.

b. *Inocuo*, o sea, que el tratamiento específico debe instituirse en ausencia de toda contraindicación formal.

Esto significa que aunque sea necesario el tratamiento no debe iniciarse o proseguirse cuando sea inoportuno por los daños que pueda ocasionar al enfermo.

Las principales contra-indicaciones del tratamiento específico en el niño son:

1. La debilidad congénita.
2. La descomposición y la caquexia.
3. Los trastornos nutritivos agudos.
4. Las insuficiencias renal, hepática o cardíaca.
5. La tuberculosis pulmonar activa.
6. Las enfermedades infecciosas agudas.
7. Las discrasias sanguíneas.
8. La intolerancia medicamentosa.

En los casos especiales en que las circunstancias aconsejan iniciar o mantener un tratamiento específico necesario a pesar de existir alguna de las contra-indicaciones señaladas, se recurrirá a una cura lo más suave y menos tóxica posible, usando de preferencia el jarabe de Gibert, el Yoduro de Potasio o los arsenicales pentavalentes por vía bucal en dosis mínima.

III. *Suficiente*.—Para que el tratamiento específico se considere suficiente debe ser:

a) *Pluri-medicamentoso*, o sea, deben hacerse curas conjugadas o alternadas con Arsénico, Bismuto, Mercurio y Yodo. Nunca debe hacerse una cura mono medicamentosa exclusiva.

b) *Intensivo*, o sea, los distintos medicamentos deben administrarse en dosis medias o máximas, pero no en dosis mínimas que provoquen la quimioresistencia de las espiroquetas.

c) *Prolongado*, o sea, que el tratamiento específico debe administrarse por un período de tiempo no inferior a dos años, siempre que las curas sean regulares y continuadas.

Es necesario reducir los períodos de descanso a intervalos no mayores de 30 días tratándose de curas de ataque, o de 60-90 días tratándose de curas de consolidación.

Frente a un niño que presente síntomas de certidumbre de lúes, ya sea congénita o adquirida, se instituirá de inmediato el tratamiento específico, ajustándose en lo posible a las normas siguientes:

A) Si se trata de un recién nacido o un lactante.

Dos o más curas de ataque mixtos arsénico-mercuriales, ya sea con Neoarsolán y fricciones mercuriales o con arsipentol por vía bucal y fricciones mercuriales, alternando una semana arsenical con una semana mercurial.

En ambos esquemas el tratamiento se continúa con dos o más curas de consolidación practicadas con fricciones mercuriales y proto-yoduro de mercurio por vía bucal en series alternadas de 7 a 10 días cada una.

El Neo se usará por vía intramuscular en dosis parcial de 1 a 3 centigramos por kilogramos de peso, 2 veces por semana.

El arsipentol se dará en dosis que variarán de 2 a 8 centigramos por kilo de peso al día, en series de 10 días, seguidos de cuatro días de descanso y alternadas con series de fricciones mercuriales de igual duración. (1.ª serie de arsipental: 2 centigramos por kilogramo al día. 2.ª serie: 4 centigramos. 3.ª serie: 6 centigramos. 4.ª serie: 8 centigramos.)

Las fricciones mercuriales se harán con ungüento mercurial doble en dosis mínima diarias de 0,50 gr. que se aumentará a partir de los 5 kilogramos a 0,10 por kilogramo de peso. Se harán en serie de 7 a 10 días.

El Protoyoduro de mercurio se dará en dosis máxima de $1\frac{1}{2}$ miligramo por kilo de peso al día, en series de 7 a 10 días.

B) Si se trata de un niño de 5 años (pre-escolar):

Tres o más curas mixtas de ataques Arsénico-Bismúticas, alternando una semana arsénico y otra semana bismuto. Una cura de consolidación con 12 inyecciones de bismuto exclusivo.

Una cura mixta de consolidación con bismuto y unguento mercurial en semanas alternadas.

Finalmente, una cura de consolidación mercurial alternando fricciones mercuriales con protoyoduro de mercurio por vía bucal.

El neo se usará de preferencia por vía endovenosa en dosis máxima parcial de 2 centigramos por kilogramo de peso, 2 veces por semana.

El arsipentol podrá usarse en dosis no mayores a 6 centigramos por kilogramo al día.

El bismuto se usará de preferencia en forma de sales insolubles como el hidróxido de bismuto al 10 %, con cerca de 80 % de producto activo en tal forma que 1 cc. contiene 8.08 de bismuto metálico. Dosis parcial máxima de 4 miligramos por kilogramo de peso (1 cc. = 80 milig. = 20 kilos de peso), 2 veces por semana.

Las fricciones mercuriales se harán con unguento mercurial doble en dosis máxima diaria de 1½ gr. Se harán en series de 7 a 10 días.

El protoyoduro de mercurio se dará en dosis máxima diaria de 1½ miligramo por kilo de peso, en series de 7 a 10 días.

C) Si se trata de un niño de 10 años (escolar):

Tres curas mixtas de ataque arseno-bismúticas.

Una cura de consolidación de bismuto, exclusiva.

Una cura mixta de consolidación con bismuto y cianuro de mercurio.

Finalmente, una cura de consolidación con yodo bismutado de quinina.

El neo se usará por vía endovenosa en dosis máxima parcial de 1½ centigramo por kilogramo de peso, 2 veces por semana.

El arsipentol podrá usarse en dosis no mayores a 4 centigramos por kilogramo al día.

El bismuto se usará en las primeras curas de ataques y consolidación en forma de hidróxido de bismuto en suspensión oleosa al 10 % para inyecciones intramusculares, 2 veces por semana. Dosis máxima parcial de 4 miligramos por kilogramo de peso.

En la última cura de consolidación se usará el yodo bismutato de quinina en suspensión oleosa al 10 % con cerca de 25 % de bismuto, 55 % de yodo y 15 % de quinina, en

tal forma que 1 cc. contiene 0.025 de Bi metálico. Dosis máxima parcial 2 cc., 2 veces por semana.

El mercurio se usará en forma de solución de cianuro de mercurio al 1 % en dosis máxima parcial 1 cc. por vía endovenosa. En casos calificados podrá usarse por vía intramuscular en solución especial al 1 % de cianuro de mercurio y $\frac{1}{2}$ % de cocaína, 2 a 3 veces por semana.

El protoyoduro podrá usarse en dosis máxima de $1\frac{1}{2}$ miligramo por kilogramo de peso, en series de 7 a 10 días.

Cualquiera que sea la edad del niño, el intervalo entre las curas de ataque, no debe ser mayor a 30 días, tiempo suficiente para facilitar la eliminación de medicamentos y no demasiado largo para permitir la reagudización de la infección.

Al final de cada cura deberá hacerse un serio control con dos o tres reacciones diferentes.

El criterio para determinar en cada caso individual si es necesario hacer mayor número de curas de ataque que el indicado en los esquemas dependerá:

1. De la evolución clínica.
2. De la modificación serológica.
3. De la regularidad del tratamiento.
4. De la tolerancia del enfermo.

Terminadas las curas de ataque, se seguirán las curas de consolidación. En este período del tratamiento los intervalos de descanso entre una cura y otra podrán ser de 60 a 90 días, siempre que las curas hayan sido regulares y la evolución de la enfermedad sea satisfactoria.

El criterio de curación.—Y por lo tanto la resolución de dar de alta al enfermo quedarán subordinadas:

1. A la ausencia total de síntomas de actividad de la lúes.
2. A la negatividad repetida de la serología.
3. A la duración del tratamiento que debe ser como mínimo de dos años.

En todo caso el enfermo debe quedar citado para controles periódicos cada 6 meses durante otros dos años.

No es recomendable reactivar al enfermo al término o después del tratamiento como una contra prueba de su curación, pues la reactivación serológica se obtiene fácilmente y no hace sino desmoralizar a los padres y desorientar al médico.

Es preferible hacer cada seis o diez meses un sero control sin reactivación alguna de tal manera que si resulta una serología francamente positiva (con dos o tres reacciones a la vez) se tiene un fundamento serio para reanudar sin vacilación el tratamiento en forma de nuevas curas de consolidación. En cambio, si la serología resulta débilmente positiva, o totalmente negativa, después de 2 años de tratamiento correcto, el niño puede ser considerado clínicamente curado de su enfermedad.