

## Pediatría Práctica

### LUES CONGENITA \*

Dr. ALFREDO DABANCENS L.

Cátedra del Prof. Arturo Baeza Goñi. Hospital "Manuel Artiarán".

(Continuación)

#### IV. TRATAMIENTO ESPECIFICO

##### 1º Necesario:

- a) diagnóstico seguro (no por sospechas).
- b) tratamiento de prueba (no es correcto).
- c) tratamiento de seguridad (en beneficio del enfermo sin llegar a conclusiones).

##### 2º Oportuno:

- a) precoz.
- b) inocuo (evitar R. Herxheimer en prematuros y débiles congénitos).

##### 3º Suficiente:

- a) intensivo.
- b) prolongado.

En la Lúes se han usado:

Mercuriales; yódicos; arsenicales.

Piretoterapia (baño caliente. Piromen Travenal, Neurovacuna Beta).

Penicilina (1942 Mahoney, Arnold y Harris).

1) Penicilina amorfa.

2) Penicilina G cristalizada.

(Penicilinemia útil 0.03 de U. x c. dura tres horas, inyección cada tres horas por 7½ días = 60 inyecciones.

3) Penicilina G procaína acuosa (P. P.A.).

(Penicilinemia útil 24 - 36 horas). 1 inyección cada 24 horas.

4) Penicilina G procaína oleosa con 2 % de Monoestearato de Aluminio (P.A. M.). Penicilinemia útil 96 horas. 1 inyección cada 5 días.

##### Dosificación:

Las dosis de penicilina en el niño son, en relación al peso, más altas que en el adulto. Se usa en dosis decreciente, a medida que aumenta la edad.

1º En niños de 0 a 2 años de edad:

3 - 4 inyecciones de P.A.M. (cada 4 - 5 días). Total: 300 a 250.000 U. por kg. de peso; ó bien, 10 inyecciones de P.P.A. cada 24 - 48 horas. Igual total.

2º En niños de 2 años 1 mes a 15 días de edad:

3 - 5 inyecciones de P.A.M. (cada 4 - 5 días). Total: 250 a 150.000 U. por kg. de peso; ó bien, 10 inyecciones de P.P.H. (cada 24 - 48 horas). Igual total.

*Aureomicina* (clortetraciclina).

*Terramicina* (oxitetraciclina) 60 mg. por kg. de peso por día.

*Cloramfenicol* (en 4 dosis diarias) 8 - 10 días = 480 a 600 mg. kg.

*Iloticina* (Eritromicina) 30 mg. por kg. de peso por día.

*Pantomicina* (en 4 dosis diarias) 8 - 10 días = 240 a 300 mg. x kg.

Estos antibióticos tienen acción treponémica, pero se les considera menos ac-

\* Extracto de clase dictada en Curso de Perfeccionamiento, 1954.

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Peso:	U. x kg.	Dosis total	Dosis Parciales (en miles de U.)					
0 — 3 kg.	300.000	900.000	1 cc.	300	300	300		
3,1 — 6 kg.	300.000	1.800.000	2 cc.	600	600	600		
6,1 — 10 kg.	240.000	2.400.000	2 cc.	600	600	600	600	
10,1 — 15 kg.	240.000	3.600.000	3 cc.	900	900	900	900	900
15,1 — 20 kg.	225.000	4.500.000	3 cc.	900	900	900	900	900
20,1 — 30 kg.	175.000	5.250.000	3,5 cc.	1.050	1.050	1.050	1.050	1.050
30,1 — 40 kg.	150.000	600.000	4 cc.	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200

tivo que la penicilina y tienen todas las limitaciones e inconvenientes de los medicamentos de ingestión oral, en especial en recién nacidos y lactantes; se usan, por lo tanto, en casos de excepción.

#### Reacción de Herxheimer (Shock terapéutico)

Se produce con cualquier medicamento antisifilítico. Se manifiesta por fiebre en las primeras 24 horas de tratamiento. Se acompaña de cefaleas, malestar, escalofríos, adinamia, agravación de lesiones cutáneo-mucosas, exantemas.

Se atribuye a: destrucción brusca masiva de treponemas; liberación de toxinas.

Es una reacción de tipo alérgico en la que interviene el retículo-endotelio.

Raras veces puede producir la muerte.

Para prevenirla en niños débiles, usar dosis iniciales disminuídas.

#### Controles serológicos:

Frecuencia: cada 60 días al comienzo; después, cada seis meses, durante dos años.

#### Resultados obtenidos con el tratamiento penicilínico.

Se revisan dos grupos:

#### Primer grupo = 141 enfermos tratados con P.P.A.

Altas seronegativas	95	—	(67,37 %)	86,51 %
Altas seroresistentes	27	—	(19,14 %)	
Fallecidos	5	—	( 3,54 %)	13,46 %
Abandonaron control	14	—	( 9,92 %)	
<b>Totales</b>	<b>141</b>	<b>—</b>	<b>(99,97 %)</b>	<b>99,97 %</b>

#### Segundo grupo = 129 enfermos tratados con P.A.M.

Altas seronegativas	72	—	(55,81 %)	86,81 %
Altas seroresistentes	40	—	(31 %)	
Fallecidos	3	—	( 2,32 %)	13,17 %
Abandonaron control	14	—	(10,85 %)	
<b>Totales</b>	<b>129</b>	<b>—</b>	<b>(99,98 %)</b>	<b>99,98 %</b>

NOTA.—En ambos grupos se observó que iniciando el tratamiento en niños de 0 a 3 meses ó de 3 meses 1 día a 6 meses de edad, no se produce seroresistencia; en cambio, ésta va aumentando cuando el tratamiento se inicia en niños de más y más edad. Por otra parte, las altas seronegativas son mucho más frecuentes (92,85 % - 80 % - 1º y 2º gr. respectivamente) en los niños de 0 a 3 meses de edad, que en los mayores de 7 años (65 % - 50 % - 1º y 2º gr. respectivamente).

## V. LA SEROLOGIA EN LA SIFILIS

Dos tipos de antígeno:

a) Treponema mismo produce anticuerpo antitreponema (anticuerpo inmovilizante de Nelson y Mayer).

b) Complejo lípido-proteico: (liberado por treponema y/o tejidos invadidos).

anticuerpo antilípido  
(reaginas de Wassermann)  
Flócula antígeno lípido animal (co-  
razón de buey).

Dos tipos de Reacciones serológicas:

a) Fijación del complemento (Berdet-Wassermann; Sordelli; Kolmer).

b) Floculación (Kahn, Kline - Hinton).

*Sensibilidad* = Positividad con suero sifilítico. Kahn standard: 70 - 90 % de sensibilidad, 30 - 10 % de sensible. Kahn presuntivo: 99 % de sensibilidad.

*Especificidad* = Positividad. Sólo con suero sifilítico. Kahn standard: 99 a 99.5 por ciento de especificidad. Kahn presuntivo: 65 a 70 % de especificidad.

*En Lúes congénita*: Kahn standard o diagnóstico sensibilidad 90 % hasta los dos años de edad; decrece hasta 60 % en edad adulta.

*A mayor sensibilidad mayor inespecificidad*:

*Kahn presuntivo*: Único objeto captar el mayor número posible de sospechosos de Lúes. También se llama Kahn de exclusión porque cuando es negativo tiene gran valor para descartar la Lúes.

*Kahn standard*: Valor categórico cuando netamente positivo (4 Unidades o más) y/o se acompaña de algún síntoma clínico de Lúes y/o cuando en ausencia de sintomatología clínica permanece constantemente positivo en controles repetidos durante seis meses o más.

*Resultados de la Reacción de Kahn*:

a) positiva: Cuando hay floculación (grumos 420 micrones).

b) negativa: Cuando no hay floculación (grumos 60 micrones).

c) dudosa: Cuando la floculación es escasa o tardía.

*Clave*:

Reacciones positivas:

débil	=	+	P.D.
mediana	=	++	P.D.
intensa	=	+++	P.I.
muy intensa	=	++++	P.I.

Reacciones negativas (—).

Reacciones dudosas ±

*Reacciones cuantitativas*:

a) *Objeto*: apreciar intensidad de las reaginas y su declinación a través del tratamiento.

b) *Procedimiento*: diluciones sucesivas del suero del enfermo hasta el límite máximo capaz de producir floculación total (con cantidad determinada y constante de antígeno).

Se llama 4 U. Kahn a la menor cantidad reagina, que en suero sin diluir, produce floculación total.

Si suero diluido dos veces da floculación total (4 U.) =  $2 \times 4 = 8$  U.

Si suero diluido 60 veces da floculación total (4 U.) =  $60 \times 4 = 240$  U.

El número de Unidades es igual al número de veces que se diluyó el suero, multiplicado por 4.

Si el suero sin diluir no da floculación total, sino parcial, se dice que tiene 3 - 2 - 1 U., según grado floculación apreciado a ojo desnudo, en un tiempo determinado, y sobre fondo obscuro.

*Kahn verificación*: Sueros sifilíticos tienden a flocular con mayor intensidad a 37° que a 0° (específico). Sueros no sifilíticos tienden a flocular con mayor intensidad a 0° que a 37° (tipo biológico general).

Esta no es verificación real sino de aproximación (empírica).

El clínico debe tener gran cautela para interpretar "verificación".

Se llama de tipo biológico general porque tal anticuerpo no es la respuesta a un antígeno determinado y porque se encuentra muy difundido en las diferentes especies animales.

*Enfermedades capaces de dar reacciones de Kahn positivas inespecíficas*

Pian - Pinto - Lepra - Malaria - Vacuna - Mononucleosis infecciosa - Tuberculosis activa - Tifus exantemático - Gripe.

*Evolución de la serología*

1º Declinación progresiva título hasta desaparecer.

2º Aumento inicial título (reacción Herxheimer; reactivación de Millian) seguido de declinación progresiva hasta desaparecer.

3º Oscilación título serológico: alternativas positividad alta y baja o negatividad.

4º Persistencia título serológico en 16 U. o menos, pero sin desaparecer.

5º Combinación de uno o varios de los tipos anteriores.

NOTA.—Entre 72 altas seronegativas se observó que:

37	viraron en el 1º semestre.
13	" " " 2º "
7	" " " 3º "
7	" " " 4º "
3	" " " 5º "
4	" " " 6º "
1	" " " 7º "

72

Además, se ve que a medida que aumenta la edad inicial del niño que se trata, disminuye la rapidez y el porcentaje de seronegatividad; y aún ésta no se produce, sino que queda seroresistente.

*Reactivación de la serología*

Técnica de Millian: 3 inyecciones de penicilina u otro agente específico en dosis mínimas con intervalo de tres días y examen serológico diez días después de la última inyección.

*Seroresistencia*

Aquella positividad que a pesar de tratamiento correcto se mantiene más allá de seis meses. Si está sobre 16 U. hacer segunda cura.

NOTA.—Entre 40 seroresistentes, se observó lo siguiente:

De 0 a 3 meses	—
De 3 a 6 meses	—
De 6 ms. a 2 años	2
De 2 a 7 años	10
Mayores de 7 años	28

40

De estos 40, hubo uno entre 2 y 7 años, y tres mayores de 7 años, que todavía estaban seroresistentes, después de 42 meses de iniciado el tratamiento.

*Serología irreductible*

Aquella que a pesar de la repetición de dos curas o más, mantiene positividad más allá de los dos años (Practicar examen L.C.R.).

Porcentaje altas seronegativos varía en razón inversa a la antigüedad de la enfermedad.

Porcentaje seroresistencia varía en razón directa a la antigüedad de la enfermedad.

*Frente a seroresistencia*

(Irreductible). En la actualidad no hay criterio uniforme. Las hipótesis más señaladas son las siguientes:

1º La sífilis antigua no cura a pesar del tratamiento. De ahí la serología inmutable. Los autores que así piensan, especialmente franceses (Touraine) precorizan proseguir indefinidamente tratamiento de mantención.

2º El mecanismo formador de reagentes, una vez estimulado por cierto tiempo, continúa sin variación, a pesar del tratamiento. Los tejidos quedan sensibilizados y continúan elaborando reagentes. (Redmond - Prats: "La serología no va a virar mientras viva el enfermo, y no tiene importancia". Heywood: "En sífilis antiguas no debe esperarse viraje serológico por tratamiento. El objeto del tratamiento en sífilis antiguas no es producir reacciones negativas. Los intentos de viraje están destinados al fracaso por mal concebidos".

3º El tratamiento destruye los treponemas pero deja suficiente antígeno saludable en los tejidos del enfermo para que éstos continúen elaborando reagentes por tiempo indefinido.

Nosotros pensamos que es posible que seroresistencia como síntoma aislado, no tenga importancia, pero como no lo sabemos a ciencia cierta, la consideramos una incógnita, tanto en su interpretación, como en lo referente a su significado pronóstico. Nos esforzamos por vencerla.

## VI. NOVEDADES

1º Prueba de la inmovilización del Treponema de Nelson y Mayer. Estos autores, en 1949, demostraron experimentalmente la presencia de un anticuerpo en el suero de los animales y de los seres hu-

manos sífilíticos, que tiene la propiedad de inmovilizar al *treponema pallidum* virulento, en suspensiones especiales, y en presencia de complemento de cuy. Este anticuerpo es distinto a las reaginas de Wassermann y tiene carácter estrictamente específico. El test de Nelson tiene gran actualidad en EE.UU. y Europa. En Chile no se ha podido aplicar por no disponerse de cultivos de *treponemas*, etc.

2º Se anuncia nueva penicilina más activa y adecuada para el tratamiento de la Lúes. Benzetacil - Penicilina G Benztánica (Dipenicilina G Dibencil - etilendearnínica) Bicilin Wyeth. Se preconiza una sola inyección de 2,400.000 U., lo que debe acogerse con reservas.

## VII. CONCLUSIONES

1º La Lúes congénita ha disminuído considerablemente, pero no ha desaparecido.

2º Entre las formas clínicas, predominan actualmente la Lúes latente y la tardía.

3º El diagnóstico de Lúes congénita es difícil y laborioso, pues se requiere una investigación metódica para establecerlo o descartarlo.

4º El tratamiento de elección de la Lúes congénita es la penicilina (P.P.A. ó P.A.M.) en dosis total decreciente, según la edad, de 300 a 150 millones de U. por kg. de peso.

5º El porcentaje de altas seronegativas varía en razón inversa a la antigüedad de la enfermedad. En cambio, el porcentaje de seroresistencia varía en razón directa a la misma.

6º La seroresistencia mantenida más allá de los dos años después de iniciado un tratamiento que se ha repetido y consolidado correctamente, encierra una incógnita respecto al futuro del enfermo.

\*  
\* \*