

SUGESTIONES PARA EL USO DE LA PENICILINA

Actualmente y en base de las informaciones sobre el efecto de la penicilina en Sífilis Primaria en ésta y en la comunicación precedente, no es aun posible indicar el mejor método del uso de la Penicilina en Sífilis Primaria ni en ningún otro estado de la infección. Es sin embargo, posible adelantar algunas sugerencias mínimas para el tratamiento en base a las informaciones disponibles actualmente en la literatura y las que serán a la brevedad publicadas y además, señalar una serie de puntos que deben ser evitados:

Cuando se usan soluciones acuosas de penicilina sódica para el tratamiento de la sífilis en el hombre, las inyecciones deben ser dadas por vía intramuscular cada 2 ó 4 horas, preferentemente cada 2 ó 3 horas, día y noche continuamente, durante, por lo menos, 7 1/2 días ó 8 días. La presencia de Penicilina K. en la Penicilina comercial probablemente en cantidades variables e imprevisibles en los próximos meses, debe ser compensando por un aumento de la dosis individual y total, y si es posible por una disminución de 3 a 2 horas en el intervalo entre las inyecciones individuales.

SÍFILIS PRIMARIA SERONEGATIVA: La dosis mínima de penicilina comercial previamente producida y actualmente disponible debe ser para la sífilis primaria seronegativa no menos de 3,6 millones de unidades (90 inyecciones de 40.000 U. c/u. cada 2 horas ó 60 inyecciones de 60.000 U. c/u. cada 3 horas).

SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA PRECOZ SEROPOSITIVA: Para Sífilis Primaria y Secundaria precoz Seropositiva debe administrarse no menos de 5,4 millones de U. (90 inyecciones de 60.000 U. c/u. ó 60 inyecciones de 90.000 U. c/u.).

RECIDIVAS: Para la primera recidiva de Sífilis Primaria (incluyendo reinfección o recidiva infecciosa o serológica) después de un tratamiento previo, debe repetirse el curso con el agregado de 360 mgs. de clorhidrato de oxofenarsina o un análogo, administrando 2 ó 3 veces semanales, en 6 inyecciones endovenosas individuales de 60 mgs. c/u. y además, 1,200 mgs. de Subsalicilato de Bismuto dos veces semanales en 6 inyecciones individuales intramusculares de 0,2 grs. c/u.

Para una segunda recidiva de Sífilis Primaria después de tratamiento previo con Penicilina, debe evitarse completamente un nuevo curso de penicilina y hacer quimioterapia con arsénico y bismuto preferiblemente de acuerdo al plan de las 26 semanas empleadas por el Ejército y la Armada (40 inyecciones endovenosas de Clorhidrato de Oxofenarsina y 16 inyecciones intramusculares de Subsalicilato de Bismuto).

FRACASOS: No es aun satisfactoria la evidencia de los tratamientos con penicilina de los fracasos de una penicilinoterapia-

pía previa. Se señala que el fracaso después de un fracaso previo es considerablemente más frecuente que en pacientes que nunca fueron tratados. Esto puede, sin embargo, deberse solamente al factor duración de la enfermedad más bien que a resistencia a la penicilina de cepas especiales de organismos o a fracaso de los procesos de inmunidad del paciente mismo.

SÍFILIS TARDÍA: En los estadios últimos de la infección sifilítica en adultos (por ejemplo, Sífilis latente y tardía) la dosis mínima debe ser no menor de 3,6 millones de Unidades, y en ciertas manifestaciones tardías graves de la enfermedad como por ejemplo, en la demencia paralítica, debe ser quizás hasta 10 millones de Unidades administradas durante un período mínimo de 12 a 15 días.

SÍFILIS INFANTIL: En el tratamiento de los niños y teniendo en consideración la gravedad de la Sífilis congénita infantil, la dosis mínima total debe ser probablemente mayor que la que se aconseja para adultos y debe ser un total entre 100.000 a 400.000 U. por kg. de peso corporal. En niños mayores, el dosaje debe ser ajustado en una base de unidad por peso con una dosis mínima de 60.000 por Kg. de peso corporal (que corresponde al minimum total de 3,6 millones de Unidades para un adulto).

PENICILINA POR VÍA ORAL: Bajo ninguna circunstancia debe administrarse por vía oral, como tratamiento para la Sífilis, la penicilina actualmente disponible en esta forma farmacéutica.

PENICILINA DE ABSORCIÓN LENTA: Actualmente el único método satisfactorio de absorción lenta de penicilina, es la administración de Penicilina Cálcica en Aceite de Maní y Cera de Abeja. Todavía no se tiene información detallada sobre los efectos de esta preparación en serie extensa de pacientes con Sífilis primaria o en otro estadio de la enfermedad. Se sabe sin embargo, que una sola inyección intramuscular de 600.000 U. produce un nivel en la sangre terapéuticamente activo durante 20 a 28 horas. Si se usa Penicilina Cálcica en Aceite de Maní y Cera de Abeja en cualquier etapa de la infección sifilítica, la dosis diaria para un adulto debe ser de 2 cc. (600.000 Unidades) y la duración total del tratamiento de 8 a 15 días o más de acuerdo con el estadio de la infección. Para Sífilis Primaria una dosis total mínima aconsejable es de 4,8 a 6,0 millones de U. de esta preparación. La Penicilina Cálcica en Aceite de Maní y Cera de Abeja no debe ser administrada por vía subcutánea, ya que en estas circunstancias la frecuencia de reacciones de sensibilidad tal como urticaria gigante, y edema angioneurótico, es excesivamente alta.

AGREGADO DE CLORHIDRATO DE UXOFEN ARSINA: Hay evidencia obtenida en el Laboratorio Experimental y de la Clínica que la adición de arsénico (clorhidrato de oxofenarsina) en dosis subcurativas, a un tratamiento con penicilina, refuerza el efecto terapéutico de cada droga. Se sugiere para este propósito una dosis total de un arsenóxido de 300 a 360 mgs. administrados en inyecciones endovenosas divididas de 40 a 60 mgs. cada una,

durante un tiempo total de 1 a 4 semanas. Se sabe que la administración de arsénico a estas dosis introduce el riesgo de reacciones severas o muerte en proporción inversa al período de tiempo de su administración. Si 300 a 360 mgs. se administran en 7 a 9 días, la tasa de mortalidad probable es aproximadamente de 13.000 a 14.000. Si la misma dosis se administra durante un período total de 4 semanas este riesgo se reduce a alrededor de 130.000.

Debido a esto y a las posibles dificultades técnicas en la administración de arsénico o simplemente por la necesidad de prolongar el tratamiento, las opiniones están divididas sobre la utilidad de incluir esta droga en un plan de tratamiento con penicilina. La mayoría de las opiniones de un grupo de competentes expertos es que los resultados de la penicilina en las dosis y durante el tiempo recomendado son satisfactorios en una proporción suficientemente grande de enfermos con sífilis primaria tratados por primera vez, y justifica eliminar el arsénico durante el primer tratamiento reservándolo para los casos de recidiva.

SALES DE BISMUTO: Hay suficiente experiencia clínica y experimental para señalar que una sal insoluble de bismuto administrada por vía intramuscular en solución oleosa (por ejemplo Subsalicilato de Bismuto) produce un depósito de bismuto que se absorbe lentamente y que continuamente libera pequeñas cantidades de bismuto terapéuticamente efectivas durante un período de 3 a 6 semanas. Hay también evidencia que la adición del bismuto mejora materialmente los resultados de la quimioterapia metálica. Si el bismuto es agregado a un plan de penicilinoterapia o tratamiento con penicilina-arsénico para Sífilis primaria, puede anticiparse que la frecuencia de recidiva infecciosa será menor entre los primeros 6 a 12 meses después del tratamiento.

Esto probablemente ocurre durante los primeros meses que siguen al tratamiento por el efecto del bismuto solamente y las recidivas más tardías probablemente se previenen o minimizan por el desarrollo de la inmunidad propia del paciente. Que el bismuto tenga o no valor en producir la curación del paciente, debe ser, sin embargo, de ayuda considerable en disminuir las recidivas infecciosas y por lo tanto, reducir el riesgo de extender la infección.

Si se usa el bismuto, la dosis individual debe ser de 0,2 grs. (expresado como Subsalicilato, no como bismuto metálico). Un total de 1.000 mgs. (5 inyecciones) dadas día por medio, en un total de 9 días, muy raramente producirá estomatitis, excepto en pacientes con higiene eral extremadamente mala, o lesión renal en pacientes libres de ella previamente. Si la dosis total es mayor que 1.000 mgs. las inyecciones no deben darse con mayor frecuencia que 2 veces semanales. Sin embargo, la opinión de un grupo de expertos se halla también dividida sobre la utilidad de incluir bismutos en el primer tratamiento de Sífilis primaria con Penicilina. La mayoría cree, como para el arsénico, que el bismuto debe reservarse para los casos de recidiva.

PIKOTEKAPIA: La penicilina comercial en las dosis y por los métodos de administración sugeridos, puede ser combinada ventajosamente con piroterapia producida por malaria terciaria inducida, en cualquier forma de Neurosífilis.

El uso de la penicilina sódica en solución acuosa, es un procedimiento de hospital y no de consultorio privado.

Las inyecciones de algunos de cientos de miles de unidades administrados durante uno o pocos días, en el consultorio del médico deben ser evitadas. Debe insistirse que estas sugerencias sobre el uso de la penicilina en sífilis representa una combinación de preferencia médica y de practicidad. Están basadas en la información disponible hasta el presente, son solamente aproximadas y están sujetas a revisión dentro de pocos meses cuando se acumule mayor información. Debe destacarse vigorosamente que al adoptar la terapéutica con penicilina para sífilis, cuyo valor eventual no podrá ser determinado hasta dentro de varios años; el médico tiene la responsabilidad particular de seguir cuidadosamente y observar después del tratamiento repetida y frecuentemente todos los enfermos así tratados.

Tomados de El Día Médico, No. 30 del 22 de julio de 1946.

NOTAS VARIAS

En la sesión del primer sábado de Noviembre próximo pasado tomó posesión, la nueva Directiva que dirigirá los destinos de la Asociación Médica Hondureña, durante el período de 1947-1948; quedando integrada en la forma siguiente: