

LA PENICILINOTERAPIA EN LA GONOCOCCIA INFANTIL
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA GONOCOCCIA INFANTIL
CON PENICILINA INYECTABLE

(ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL SUMINISTRO DE LA DROGA
POR VIA ORAL Y POR VIA INYECTABLE)

POR EL

PROF. DR. ALFREDO WIEDERHOLD y DRA. ANTONIETA MENDEZ
Del Hospital "Roberto del Río", Santiago de Chile

A mediados del año pasado presentamos un trabajo titulado "Tratamiento ambulatorio de la gonococia infantil con penicilina por vía oral".

En esa exposición anotamos lo siguiente: de 25 enfermitos tratados con la droga por vía bucal, que fueron observados por un período superior a seis meses y sometidos a una enérgica reactivación con Protargol y Neo-Gynergeno, todos llegaron a la curación tanto bacteriológica como clínica.

En esa ocasión, por los resultados obtenidos, pudimos deducir que la penicilina suministrada por vía oral, se absorbe y elimina en cantidad suficiente y en forma rápida, que no hay necesidad de mantener una penicilinemia uniforme y constante y que bastan pequeñas descargas repetidas de la droga por la orina, para destruir el gonococo de Neisser.

Por estas razones creemos, que el tratamiento de la gonococia infantil con penicilina, suministrada por vía bucal, es perfectamente viable y su resultado es favorable, siendo sólo cuestión de dosis.

La simplificación que trae su uso, sin los inconvenientes ni las molestias de las inyecciones y porque garantiza más efectivamente el secreto profesional, son causas suficientes para que este tratamiento merezca la consideración de los colegas en la práctica de su profesión.

En la exposición anterior ya mencionamos la experiencia actual con penicilina inyectable que habíamos iniciado en ese entonces. Tomamos 26 casos, los últimos de los cuales tienen un período de observación superior a 8 meses y los primeros casos tratados están bajo un control superior a un año. Usamos la sal sódica en suspensión de aceite de oliva.

Con el deseo de hacer un estudio comparativo, vamos a mostrar el cuadro que sigue:

	<i>Penicilina por vía oral</i>	<i>Penicilina lenta oleosa</i>
Edad	8 meses a 12 años	2 a 12 años.
Sexo	21 mujeres 4 hombres	25 mujeres. 1 hombre.
Duración de la enfermedad	5 días a 3 años; término medio 6 meses a 1 año	4 días a 1 año; término medio. 3 meses.
Tratamientos anteriores ..	14 con sulfapreparados 2 con sulfapreparados y foliculina 1 con lavados exclusivos 8 sin tratamiento previo	18 con sulfapreparados 2 con sulfapreparados y foliculina. 6 sin tratamiento previo.

Como puede verse, el conjunto de niños tratados por ambas vías se presta bastante para hacer comparaciones.

Modo de proceder.—En todos los casos efectuamos previamente un examen bacteriológico de la secreción uretral o vulvovaginal y sometimos a tratamiento los que eran francamente positivos y con abundante secreción purulenta.

Dosificación de la penicilina.—Al emplear la vía bucal, de acuerdo con algunos autores, usamos dosis 6 veces superior a la inyectable (en la mayoría de los casos 300 a 600.000 unidades).

En el trabajo presente empezamos a usar por inyección 100.000 unidades, pero esta dosis debimos después aumentarla en los enfermos en que persistió la secreción y los frotos resultaron positivos.

Al emplear la vía inyectable usamos:

En 3 casos, 100.000 unidades en 2 inyecciones de 50.000 unidades cada 24 horas.

En 16 casos, 100.000 unidades en una sola inyección.

En 2 casos, 150.000 unidades.

En 4 casos, 200.000 unidades.

En 1 caso, 250.000 unidades.

La penicilina lenta oleosa por vía inyectable la mandamos preparar en los laboratorios farmacéuticos. Usamos la penicilina sódica que se emplea para la inyección corriente y cuya solución es acuosa. Como esa droga la inyectamos dentro de las 48 horas después de preparada, consideramos que se podría recurrir perfectamente a la sustancia sódica.

Las 100.000 unidades se suspendían en 2 cm³ de aceite de oliva y a continuación se esterilizaba.

Por la experiencia adquirida en nuestro trabajo anterior supimos que para destruir el gonococo de Neisser bastaban los golpes penicilínicos y no era necesario mantener en el paciente una penicilinemia uniforme y constante. Era esta la razón por la cual recurrimos al aceite de oliva para

suspender en él la droga. No nos importaba por lo tanto que este vehículo se absorbiera más rápidamente que el aceite de maní con cera de abejas. Nunca observamos en nuestros pacientes la formación de algún absceso por infección del aceite-vehículo de la penicilina sódica.

21 de estos enfermos sanaron clínicamente y bacteriológicamente los 5 restantes, los que recibieron más alta dosis, siguieron presentando frotos positivos al gonococo y abundante secreción purulenta y al no obtener resultado con el aumento de la dosis, los sometimos a la terapéutica por la vía oral con la cual obtuvimos una completa mejoría bacteriológica y clínica.

Reactivación.—Por la experiencia adquirida en nuestro trabajo anterior, también recurrimos a la reactivación en nuestros enfermitos. En esa ocasión dijimos que la reactivación fisiológica más intensa que se conoce es la menstruación. El sarampión, como enfermedad catarral, nos reactivó dos casos. Empleamos, para hacer una reactivación artificial, instilaciones de Protargol al 10 %. Impuestos en esta ocasión del uso de Neo-Gynergeno como el más enérgico de las sustancias reactivadoras, usamos esta droga. No nos extenderemos mayormente sobre ella porque en el trabajo anterior han quedado expuestas ya en forma detallada, sus cualidades clínicas y farmacológicas. Nuestra experiencia nos demostró que en realidad, es un reactivador artificial muy enérgico y por lo tanto acordamos emplearlo en forma exclusiva en el trabajo presente, en forma y dosis ya indicadas en nuestra exposición anterior.

Consideramos entonces, que un enfermito reactivado con Neo-Gynergeno y cuyos resultados indiquen una negatividad absoluta bacteriológica a repetición de la secreción vulvovaginal o uretral, podemos considerarlo prácticamente curado de su gonococcia. Nos basamos para sostener estos principios, en la observación bastante prolongada de los niños de nuestro trabajo anterior que han sido controlados algunos por más de dos años y la mayoría por un período superior a un año. Agregamos a ello los casos observados en la presente experiencia que como dijimos están controlados por más de 8 meses algunos, y otros, por más de un año. Todos estos pacientes sometidos a la penicilino terapia sumaron 63 casos.

De los pacientes tratados con penicilina por vía oral, hasta la fecha ninguno ha presentado una recaída de su afección gonocócica. Sólo nos ha llamado la atención un hecho: tres de estos enfermitos tuvieron después secreción purulenta más o menos acentuada; pero cuyo examen bacteriológico repetido fué negativo para el gonococo de Neisser. Consideramos estas vulvovaginitis como debidas a infecciones secundarias que se implantan con mayor facilidad sobre órganos previamente lesionados por la infección gonocócica.

Tratamos estas infecciones banales con instilaciones de nitrato de plata al 1 x 5.000, con lo cual se consiguió la desaparición de la secreción.

EXPOSICION COMPARATIVA ENTRE TERAPEUTICA DE LA GONORREA
INFANTIL CON PENICILINA POR VIA ORAL Y CON PENICILINA
POR VIA INYECTABLE

Antes de entrar en los detalles, queríamos referirnos al trabajo que publicó el cirujano suizo Prof. A. Brünner, de la Clínica Universitaria de Zurich. Artículo: "Posibilidades y límites de la penicilinoterapia en cirugía", que apareció en el "Schweizerische Medizinische Wochenschrift" del 3 de mayo de 1947, que dice:

"Desgraciadamente la terapéutica penicilínica oral ha fallado aún con dosificación cinco veces superior a la vía inyectable y con suficientes preparados tampón para neutralizar el ácido clorhídrico gástrico, excepto en lactantes y en infecciones de las vías urinarias, sin la uretra.

"En los lactantes, en los primeros meses de la vida, según Enderson y Mac Adam, es aún superior a la terapéutica por vía inyectable. En las infecciones de las vías urinarias rara vez se recurre a la penicilina vía oral, porque generalmente intervienen en ellas el bacilo coli y el enterococo".

De los 25 pacientes tratados en forma ambulatoria con penicilina por vía oral, todos sanaron con dosis que oscilaban entre 200.000 y 1.500.000 unidades. La mayoría de ellas tratadas con dosis de 300 y 600.000 unidades. Dijimos en esa ocasión que sólo era cuestión de dosis y que hasta entonces no se había encontrado casos penicilinoresistentes.

Que esta terapéutica tenía las ventajas expuestas ya al comienzo de este trabajo, que sólo se usaba mayor dosis, cosa que en realidad no desempeña un rol importante en la actualidad, porque no hay escasez de la droga en el comercio y es relativamente barata.

Al usar la vía inyectable necesitamos dosis menores, de 100 a 200 a 250.000 unidades, pero algunos de los casos no sanaron con este tratamiento y así posteriormente con la terapéutica por vía oral.

No deseamos abanderarnos a una de estas terapéuticas determinadas, sino únicamente queremos exponer a los colegas un método más como es el de la vía oral, para tratar esta enfermedad infantil, el cual por lo menos es tan eficaz como el de la vía inyectable y tiene las ventajas ya enunciadas.

Creemos que los colegas podrán recurrir a uno u otro de los procedimientos según las indicaciones, según las circunstancias y según las condiciones en las cuales deban actuar y esto se dejará al criterio de cada cual.