

# *Reacciones Serológicas para la Sífilis*

(PROBLEMAS DEL TRABAJO)

DR. HERNÁN CORRALES PADILLA (\*)

Las reacciones serológicas para sífilis se usan en la sífilis reciente y en la tardía. Es necesario saber algunos conceptos fundamentales de ellas. Dará tratar adecuadamente a los pacientes. El desconocimiento de los mismos induce al médico a una conducta inconveniente.

En el suero sanguíneo de enfermos de sífilis hay anticuerpos, y se ponen en evidencia utilizando como antígenos los treponemas o elementos derivados de ellos. He aquí pues un concepto preciso en el que se basan las reacciones serológicas para sífilis. También se basan en la propiedad de una sustancia conocida con el nombre de *reagina*, (que se deriva de la fracción globulina gama del suero), de conducirse como un anticuerpo en presencia de lipoides obtenidos de tejidos vegetales y animales. Resumamos lo anterior diciendo que una persona afecta de sífilis o algotras enfermedades producidas por treponemas, elabora varios anticuerpos: unos específicos por treponema y otros inespecíficos contra extractos tisulares diversos.

En 1906 se conoció la primera reacción serológica. basada en el fenómeno de fijación del complemento, fue la de Wassermann. Neisser y Bruck.

En 1907, Michaelis empleó las técnicas de floculación.

En 1941 Mary G. Pangborn encontró un fosfolípido serológicamente activo, en el extracto alcohólico del corazón de buey; le llamó cardioli-pina. Pues bien, éste unido a la licitina y al colesterol forma la mezcla de lipoides antigénicos que se utiliza muy frecuentemente para los exámenes serológicos de sífilis. Esta es cabalmente la que se emplea en las reacciones V.D.R.L.

Una prueba serológica para sífilis debe poseer dos cualidades, tales son: sensibilidad y especificidad.

Sensibilidad es la capacidad de encontrar anticuerpos en el suero de un sífilítico. Especificidad es la cualidad de la prueba serológica de dar resultados negativos en sueros no sífilíticos.

Pero ese ideal de una reacción serológica con sensibilidad y especificidad ciento por ciento, no se ha alcanzado.

Recordemos que una reacción positiva no significa existencia de sífilis siempre. Hay varios estados patológicos en los que se encuentra po-

(\*) Catedrático de Clínica Dermatológica - Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

sitividad muy frecuentemente tales como el lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis, la lepra lepromatosa, el paludismo, etc., a estas pruebas positivas producidas por cuadros ajenos a la sífilis se les designa "Reacciones falsas positivas biológicas".

Existen también las "reacciones falsas positivas técnicas" y son aquellas que se producen por error en el laboratorio. Trepanomatosi, como "el mal del pinto" producen también reacciones positivas en momento determinado de su evolución.

La infección sifilítica en su principio produce resultados serológicos negativos, es decir que atraviesa por un período de latencia serológica porque los anticuerpos no han alcanzado aún niveles efectivos. Por tanto una reacción negativa, no quiere decir siempre que no haya existencia de sífilis.

La positividad de las reacciones que se usan corrientemente puede persistir de modo indefinido y es a esto a lo que se llama "reacción irreductible y que no significa que la enfermedad esté activa.

Las reacciones de fijación del complemento y aquellas, en las que se utilizan treponemas y sustancias, derivadas de las mismas, se usan en la actualidad para casos especiales. En el trabajo rutinario se emplean las reacciones de floculación.

Se debe exigir a las reacciones que se usan habitualmente que sean permanentes y concordantes. Es decir, que la discrepancia marcada entre dos o más reacciones o las variaciones intensas en plazos cortos, nos obligan a desconfiar de tales reacciones, pues lo apuntado ocurre en afecciones distintas de la sífilis.

Las reacciones positivas indican la presencia de reagina, son pues cualitativas y es aconsejable la cuantificación de las mismas, que revela la cantidad de aquella sustancia. La determinación se hace en unidades de dilución, que representan la máxima dilución en que se obtiene un resultado positivo.

Mediante las reacciones cuantitativas se conoce la respuesta al tratamiento, así como la sero-resistencia, y nos revelan las "recaídas serológicas" que suelen preceder a las residivas clínicas. Las reacciones cualitativas asimismo nos ayudan a diagnosticar los casos dudosos y a distinguir las reacciones "falsas, biológicas positivas". Nos ayudan a conocer una "nueva infección", posibilidad esta última más frecuente en los últimos tiempos por la curación rápida y fácil que se obtiene con la penicilina. Deseo destacar en esta parte la necesidad de llevar "una curva de cuantificación", para conocer la efectividad del tratamiento.

Quando hay ausencia de sintomatología clínica y la existencia de la enfermedad se determina únicamente a través del estudio serológico, es decir en los "períodos latentes", es cuando se debe extremar la interpretación correcta de las reacciones. Sífilis latente o asintomática es la que en una revisión completa del paciente no manifiesta síntomas o signos clínicos propios de la enfermedad, especialmente de los sistemas, nervioso y cardiovascular, y que sólo se revela por la positividad de las reacciones serológicas.

Al establecimiento del diagnóstico de sífilis latente se llega: (a) por una historia clínica indudable de sífilis; tal es el caso del individuo que

informa con absoluta seguridad haber padecido de sífilis anteriormente confirmada en su tiempo por un especialista, (b) Cuando una madre aparentemente sana, da a luz a un niño con sintomatología clara de sífilis (reciente o tardía), (c) Por la práctica de estudios serológicos rutinarios en hospitales o en otras colectividades, ya sea por razones de trabajo, certificados prenupciales, etc., etc.

He aquí, en este último caso, en donde existe el peligro de negar trabajo a una persona que lo solicita; el médico debe extremar su juicio para actuar justamente.

Se debe pedir que el examen provenga, de un laboratorio calificado, practicado por experto; descartar las causas de reacciones falsas positivas, repitiendo las reacciones y cuantificándolas cuantas veces sea necesario.

Es muy común el temor a la posibilidad de transmisión de la enfermedad entre compañeros de trabajo o las personas que entran en contacto con él. Hay que saber que la infección se transmite en su periodo de evolución reciente, o sea cuando existen las lesiones cutáneo-mucosas, vale decir en los dos primeros años. En los períodos latentes, prácticamente no existe posibilidad de contagio, salvo en la mujer embarazada. En el período tardío de la sífilis también es improbable su transmisión. Pero hay que proteger al propio individuo enfermo, emprendiendo tratamiento adecuado con el cual se protege también a la colectividad.

La sero resistencia indica que la reagina sigue circulando a pesar de que los treponemas ya hayan sido destruidos. La presencia de reagina no es la enfermedad en sí y debe considerarse únicamente como un resultado de ésta y valorarla dentro de ese límite. Las falsas reacciones serológicas exhiben títulos bajos generalmente, no son persistentes en exámenes repetidos y no revelan concordancia cuando empleamos diversas técnicas.

Algo que agobia al médico tratante es el problema de la sifilofobia que lleva al paciente a sobretatamientos innecesarios y a deambular de clínica en clínica, agotando la paciencia del profesional, creando un cuadro de angustia en el consultante.

Es lógico que con los tratamientos modernos, un paciente que ha sido tratado en la fase de sero negatividad al principio de la enfermedad, nunca tendrá reacciones positivas y si se presenta positividad en este período, es simplemente indicativo de que aquél no fue efectivo<sup>1</sup>. Efectuado el tratamiento en pacientes con reacciones ya positivas, la titulación de la reagina va descendiendo lentamente y transcurre un período de seis meses y hasta un año para que se negativice; sin embargo, en este tiempo, el paciente que por su propia cuenta se hace reiterados exámenes serológicos y sobre todo exámenes exclusivamente cualitativos, exige a los médicos nuevos tratamientos y algunos no vacilan en realizarlos. Hay que insistir, y explicarlo muy bien al paciente, empleando todo el tiempo que sea necesario, el hecho de que algunos casos no llegan nunca a la negatividad absoluta, y que en tal circunstancia lo que guía es la cifra baja en la titulación de reaginas, la cual debe mantenerse entre límites que ya han sido convencionalmente aceptadas entre 4y 16 unidades Kahn o las correspondientes diluciones de la reacción V.D.R.L. Hay que vigilar pues, atentamente, cualquier alza de este título para reconocer a tiempo una recaída de la enfermedad o una reinfección.

Hay que explicar al paciente que cuanto más antigua es la enfermedad, más remota es la posibilidad de obtener negativización absoluta de las pruebas serológicas y enseñarle, conociendo este hecho, a evaluarlo, porque de ello depende su tranquilidad y se le evita ese terrible mal de la "sifilofobia".

De un tiempo para acá, se emplean serológicas a base de treponemas o sustancias derivadas de ellos, que evidentemente son más específicos. Así tenemos la de Nelson que tiene su fundamento en la inmovilización del treponema; luego se han conocido otras como la de inmuoadherencia y la fijación del complemento, las cuales emplean treponemas vivos. Como es fácil comprender presentan inconvenientes para algunos ambientes científicos tales; como, la dificultad para obtener los treponemas y el costo de las técnicas.

Una prueba que utiliza treponemas cultivados no patógenos y de los cuales Reiter obtuvo una fracción proteica que es utilizada en la reacción llamada R.P.C.F. (fijación del complemento con proteína Reiter) está siendo usada más frecuentemente en la actualidad.

Los resultados positivos de este tipo de reacción se modifican muy lentamente después del tratamiento específico y aún ha habido casos en que permanecen sin cambio por toda la vida; se ha comprobado que también pueden dar, aunque con menor frecuencia, reacciones falsas positivas. Y podría decir, que al momento, no hay pruebas serológicas para la sífilis que sea absolutamente específica, pues las pruebas treponémicas, es cierto que se acercan al ideal pero no lo alcanzan aún, como se creyó rotundamente al principio.

Estas reacciones que emplean treponemas o sustancias derivadas de ellas, deben dejarse para diferenciación de las falsas biológicas positivas, cuando tal cosa sea posible en un ambiente determinado<sup>1</sup>, pues como ya dijimos, son costosas.

Actualmente, se recomienda hacer una sola prueba rutinariamente, preferentemente de floclucina con antígeno de cardiolipina. La prueba de V.D.R.L. es sencilla y económica. Desde luego que cada caso especial demanda, según su naturaleza, el empleo de otras como la de Kahn y Mazzini, etc., para ratificación de la primera.

Para investigar reagina en el líquido céfalo raquídeo se usan reacciones de fijación del complemento el cual es útil cuando estamos frente a un caso de neurosífilis asintomática.

Concluimos diciendo<sup>1</sup>, que la reacción serológica positiva por sí sola no significa sífilis y que el estudio completo del paciente continúa siendo formidable pilar del diagnóstico<sup>1</sup>. No debe omitirse un interrogatorio exhaustivo que investigue antecedentes de lesiones mucocutáneas, especialmente genitales, promiscuidad sexual, serologías anteriores, etc., etc.; no debe olvidarse el examen físico completo, sobre todo los aparatos cutáneo cardiovascular y nervioso, ni omitir estudio radiológico de corazón, grandes vasos y de líquido céfalo-raquídeo.

En definitiva, la valoración de los resultados serológicos, a través de un enfoque cuidadoso desde el punto de vista clínico, será lo que nos formará un criterio acertado.

*B I B L I O G R A F Í A*

- 1.—BREÑA VILLASEÑOR G. Y MALACARA M.: Estudios Serológicos en Enfermos de Lepra. Dermatología, Rev. Mex., 2:56, 1958.
- 2.—CORRALES PADILLA, H.; y LOZANO CABALLERO, C.; Sífilis latente antigua. Revisión de 2 años y medio del Departamento de Dermatología del Hospital San Felipe. Rev. Med. Hondur. 25:42. 1957.
- 3.—ESCALONA, M.: Reacciones Serolúéticas y Problemas de Trabajo. Bol. Dermat. Meq., 1:7; 1960.
- 4.—HECHT, H.: Half a Century of Serodiagnosis of Syphilis. A. M. A. Arch. Derm., 73:426; 1956.
- 5.—KOLMER, J. A.: Serologic Tests for Syphilis. Special Reference to their Historical Aspects. J. A. M. A. Arch. Derm., 73:455; 1956.
- 6.—NIEDELMAN, M. L.: Penicillin in Late Latent Siphillis. Arch. Dermat. 73:503, 1956.
- 7.—PENICHE, J.: Interpretación de las Reacciones Serológicas para la Sífilis. Dermatología, Rev. Mej., 3:159; 1959.
- 8.—RANDAZZO, S. O.: Negatividad Serológica en la Sífilis Primaria Actual. Dermatología, Rev. Mex., 5:12; 1961.
- 9.—KOSTANT, G. H.; LANDY, S. E.; and KELCEC, L. C.: Long term Serologic Studies with Treponemal Procedures. Arch. Dermat. 84:310, 1961.