

## *Problemas de la sífilis recientemente adquirida*

Por el Dr. JULIÁN  
MANZUKÍ<sup>22</sup>)

La sífilis reciente comprende los dos o tres primeros años de la enfermedad, los cuales tienen gran importancia desde el punto de vista sanitario, pues parece corresponder groseramente con la etapa de gran infecciosidad de la afección. Incluye: Las lesiones del período primario, el pequeño período de latencia cuando se presenta, todas las manifestaciones del período secundario, y la primera parte del gran período de latencia posterior a las lesiones del secundarismo.

Es erróneo pensar que estos estadios de la sífilis infecciosa representan fenómenos aislados que van desde la sífilis primaria hasta la sífilis latente precoz. Ellas no son más que diferentes expresiones de la continua batalla entre la espiroqueta y el huésped.

Después de los dos años los cambios inmunológicos que han ocurrido en la mayoría de los pacientes hacen imposible la proliferación de los T.P. en el portador y por lo tanto en sífilis tardía las lesiones no pueden ser infecciosas.

Los experimentos en presos, realizados en 1952, donde se practicaron inoculaciones de distintos millonajes de T.P., demostraron que solamente prenden cuando el inoculum está por encima de cierto millonaje. De ahí la gran importancia que tiene la clasificación sanitaria de la sífilis en

reciente y tardía. Las alteraciones inmunopatológicas que ocurren posteriormente a la sífilis infecciosa ofrecen una serie de hechos confusos e inexplicables, difíciles de correlacionar, cuales son por una parte la posibilidad de curación espontánea y por otra franca actividad que puede conducir a la muerte, años después de la infección.

En el reestudio practicado por *Gjestlatid* sobre el curso natural de la sífilis reciente no tratada basada en el material *Boeck-Bruusgard* se encontró:

- Sólo un 30 ó 40% tuvieron complicaciones de importancia por esta afección.
- El 60 ó 70% vivieron con un mínimo de inconvenientes a pesar de no haber recibido tratamiento.
- El 90% de las muertes obedecieron a causas ajenas a la sífilis.

### SINTOMATOLOGIA

El chancro es la manifestación clínica inicial de la sífilis adquirida. El sitio de penetración del agente etiológico, la *treponema pallidum*, en el organismo determina la localización de la lesión.

Como el chancro se adquiere generalmente por contagio venéreo, es razonable que se encuentre en las regiones genitales, con mucha mayor frecuencia que en ninguna otra parte.

---

<sup>22</sup> Especialista Auxiliar de Dermatología del Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

La característica de humedad de estas regiones debe facilitar la inoculación en ellas, ya que el *Treponema Pallidum* vive en medio húmedo y es destruido rápidamente en la sequedad.

Por tal motivo el índice de sospecha cae agudamente cuando la lesión no es de localización genital.

No describiremos aquí el chancro hunteriano con sus características lesionales y adénicas; las clásicamente "típicas" lesiones que se describen en todos los textos y por todos conocidas y fácilmente identificables probablemente ocurren con menor frecuencia que las variantes "atípicas". Estas variantes completamente atípicas aumentarían enormemente, si se examinaran sistemática y cuidadosamente los contactos de sífilis y se practicara examen ultramicroscópico de cuantas lesiones presentaran tales contactos. El número de lesiones atípicas sería sorprendente.

Las manifestaciones clínicas del secundarismo pueden aparecer después de una fase libre de lesiones. Otras veces rápidamente se establecen las lesiones secundarias persistiendo aún la lesión inicial.

La explicación inmunológica de estas variantes evolutivas permanece oscura al momento actual.

Habitualmente la sífilis secundaria aparece en forma explosiva. El aspecto dominante de ella está representado por las erupciones cutáneas y mucosas.

Es la etapa más contagiosa de la enfermedad, ya que hay múltiples lesiones desde las cuales la infección puede diseminarse mejor que desde la usualmente única de la sífilis primaria.

De ahí la importancia que tiene para el médico no especializado el conocimiento de su cuadro clínico.

La erupción secundaria puede variar también grandemente en apariencia y ser llamativas o no.

Morfológicamente pueden ser maculares, papulares, pápuloescamosas, raras veces pustulosas, pero nunca vesiculares o ampollares en el adulto.

En la mucosa oral las lesiones son usualmente erosionadas, a veces de aspecto blanquecino (placas mucosas) y alrededor de los genitales pueden ser vegetantes o condilomatosas.

La erupción típica es simétrica, no ocurriendo así en las variantes atípicas y las recaídas.

Las áreas tomadas usualmente son la mucosa oral, el área anogenital y palmas y plantas.

Las lesiones cutáneas son frecuentemente ligeramente induradas y no pruriginosas. Las adenopatías generalizadas constituyen un signo muy importante. Ocasionalmente existe alopecia en claros, iritis y frecuentemente angina.

Algunos pacientes tienen síntomas constitucionales tales como fiebre o malestar, que pueden pasar inadvertidos para el no experimentado.

En algunos casos los síntomas constitucionales pueden dominar el cuadro clínico.

A la etapa de sífilis secundaria sigue la de sífilis latente.

Puede presumirse la existencia de sífilis latente temprana si se tiene historia de probables lesiones primarias o secundarias dentro de los dos o cuatro años anteriores, o de pruebas no reactivas dentro del mismo período de tiempo seguidas de pruebas reactivas. La presencia de una serología cuantitativa alta repetidas y confirmadas como sifilíticas por un test de antígeno treponémico

eos en individuos de 25 años de edad o menos, es también evidencia presuntiva de probable sífilis latente temprana si se puede descartar razonablemente una sífilis congénita.

#### RECAIDA O REINFECCION

En los pacientes no tratados de su afección sifilítica puede verse durante la etapa de latencia precoz períodos de recaída a lesiones tipo secundario, seguidas por remisiones espontáneas. Esta tendencia a la recaída ocurre durante los dos primeros años de la infección habitualmente. Después, en un 95% de los casos ocurren cambios inmunológicos que no permiten la aparición de lesiones cutáneas infecciosas. Dicho en otras palabras, las etapas de sífilis primaria o secundaria deben considerarse como continuamente infectantes. La sífilis temprana latente también dependiendo de las recaídas.

El estudio de Oslo, cuidadosamente planeado y ejecutado, aportó notables datos en relación con la recaída clínica secundaria.

En este magnífico estudio de *Gjestland* sobre la historia natural de la sífilis se encontró que un 23.6% desarrollaron recaídas (244 pacientes).

	Recaídas
18.9% .....	2
0. ....	4%      4
3.3% .....	3
22.5% .....	múltiples

Más de las dos terceras partes de las recaídas ya habían ocurrido al final de los seis meses. Al final de los 5 años habían ocurrido el 100% de las recaídas.

El 85% tomaron boca, garganta o regiones ano genitales.

En este estudio se concluyó que la recaída clínica secundaria ocurre en ausencia de tratamiento. Otros estiman

que puede ocurrir después del tratamiento.

Frecuentemente es difícil determinar en un caso dado si se trata de recaída clínica secundaria o de reinfección, siendo importante esta decisión ya que la terapéutica antibiótica varía en cuanto a su cantidad.

A menudo la reinfección se revela por una nueva lesión primaria en un lugar diferente a la lesión primaria precedente, por una serología que sugiere primera infección y por una historia de exposición.

Algunos no aceptan la recaída clínica secundaria.

Las manifestaciones clínicas de sífilis tardía que aparecen precozmente (siguiendo a la cicatrización espontánea de la sífilis secundaria o después de un tratamiento inadecuado) representan para *OUinsky* y otros autores reinfecciones en personas sensibilizadas previamente al *treponema pallidum*. Estas lesiones habitualmente múltiples y no destructivas pueden ser distinguidas de la sífilis secundaria por la negatividad del campo oscuro.

Cuando estas lesiones desaparecen dejan cicatrices lo cual no es usual en sífilis secundaria.

Cuando más tiempo pase entre la sífilis reciente y la aparición de lesiones tardías benignas, tanto más escasas y destructivas serán.

#### MODO DE HACER EL DIAGNOSTICO PRECISO

Los procedimientos de laboratorio juegan un importante papel en el diagnóstico preciso de sífilis reciente, principalmente la demostración directa del *T. Pallidum* en las lesiones por lo que el examen ultramicroscópico es el método más seguro, rápido y mejor y por lo tanto el método de elección.

El examen al campo oscuro preparado adecuadamente revelará el germen causal en la mayoría de las lesiones sifilíticas cutáneas primarias o secundarias. También la punción de ganglios linfáticos satélites. Pero puede ser difícil de encontrar en lesiones en involución, en lesiones en considerable detritus o en aquellas en que se ha aplicado antisépticos tópicos o cáusticos.

Tales lesiones sucias o tratadas localmente, si se les somete a curas húmedas con solución salina por 1 ó 2 días, si son sifilíticas mostrarán las espiroquetas.

Es mejor leer el campo oscuro inmediatamente pero esto puede ser postpuesto si el suero es sellado en tubos capilares especiales para evitar que la muestra se deseque. En la cavidad oral, existen gérmenes saprofitos que recuerdan extraordinariamente el *Treponema Pallidum*, por lo tanto, el examen al campo oscuro de la cavidad oral no es confiable.

En este momento las técnicas de campo oscuro con fluoresceína se están evaluando con algún éxito inicial en muestras tomadas de lesiones sospechosas. La utilidad del método del campo oscuro puede así extenderse ya que este proceder permite que el espécimen se deseque y por lo tanto la lectura diferida, así como la diferenciación entre los *Treponemas* patógenos y las espiroquetas similares a ellos sea posible.

Un campo oscuro positivo permite un diagnóstico inmediato y absoluto de la enfermedad.

Es importante recalcar que la administración de dosis insuficientes de antibióticos hace negativo el examen ultramicroscópico, sin curar por supuesto la enfermedad, pudiendo obstaculizar una conclusión correcta, en esta fase tan importante donde un tratamiento correcto después de haber precisado el

diagnóstico impide la evolución de la enfermedad con sus consecuencias posteriores.

Por lo anteriormente expresado también es útil recalcar la importancia de la educación pública en cuanto al no uso de medicación local (antisépticos, cáusticos, etc.) en lesiones genitales.

Examen complementario capital es el serodiagnóstico que se basa en la evidenciación en el suero del enfermo de anticuerpos elaborados por el organismo bajo la acción del *Treponema pallidum*. Este como otros microorganismos posee múltiples antígenos que dan lugar a diferentes anticuerpos.

Se utilizan por una parte las pruebas de antígenos no treponémicos basadas en el sistema antígeno lipídico de Wasserman-reagina sifilítica; es decir usando antígenos preparados a base de corazón de buey más bien que con *T. pallidum* u otros treponemas. Por otra parte, las pruebas de antígenos treponémicos que utilizan los organismos enteros o fracciones de ellos. Muchas de ellas son específicas pues emplean como antígeno el agente etiológico; sin embargo, las pruebas de ITP son menos sensibles que las pruebas de antígenos no treponémicos y, en la sífilis precoz tardan más en ser reactivas. Por tanto, es posible que la prueba ITP no sea reactiva en algunos casos de sífilis precoz.

Es necesario recordar que también se han preparado antígenos a base de un treponema no patógeno (Reiter). Las evaluaciones hasta el momento de los procedimientos de fijación del complemento utilizando antígeno proteico de Reiter, han revelado un grado satisfactorio de sensibilidad y especificidad.

En cuanto a las pruebas empleadas corrientemente para medir la reagina son de dos clases principalmente: a) las de floculación y aglutinación y b) de fijación del complemento.

Entre las primeras las más usadas son: VDRL, las de cardioplipina de Mazzini y Kline y la de Kahn. .

La prueba de Kolmer es la más aceptada en el grupo de fijación del complemento.

Debe siempre tratar de conocerse el contenido en reagentas de toda reacción que ha resultado positiva. Por las excelentes informaciones que ellas proporcionan, y la gran simplicidad de su técnica esta práctica debe convertirse en habitual para el especializado.

El procedimiento más sencillo para dosificar la reagina es el llamado "de las diluciones". Se prepara una serie de diluciones del suero problema en suero fisiológico, se practica la reacción serológica con cada una de las diluciones y se anota la dilución más elevada que haya dado resultado positivo. No son directamente comparables entre sí más que los resultados obtenidos por medio de una misma técnica y con antígenos idénticos.

Los anticuerpos no aparecen en seguida en presencia de los treponemas y ha de transcurrir un cierto tiempo a partir del comienzo de la infección para que se manifiesten en el suero del enfermo (período preserológico).

El tiempo de aparición no es idéntico para los diferentes anticuerpos y un

mismo anticuerpo puede ser descubierto antes de lo usual si se utiliza un método serológico más sensible.

Por las técnicas corrientes se revelan las reagentas aproximadamente cuatro a seis semanas después del contagio.

Su nivel va aumentando hasta llegar a las cifras más altas durante el secundarismo. Durante el período terciario, se observa, según los sujetos una persistencia de títulos elevados o una disminución progresiva.

Después de la terapéutica penicilínica el nivel de reagentas disminuye hasta negativizarse en los casos de sífilis reciente, de 2 a 3 meses a 2 años de acuerdo con la etapa primaria o secundaria en que haya sido tratado. Si la enfermedad se trata tardíamente, las reacciones pueden ser positivas durante muchos años e incluso durante toda la vida del paciente.

El anticuerpo antiproteína de grupo evoluciona de una manera análoga.

La inmovilisina que se descubre por la prueba de Nelson aparece algo más tarde que la reagina y la antiproteína de grupo, de aquí su menor valor en el diagnóstico de sífilis reciente, sin embargo, desaparece su positividad posteriormente al test de reagentas y a veces persiste durante toda la vida del paciente tratado.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Pariser, H.*: Infectious Syphilis, M. Clin. North America. 48: 625-636, 1964.
2. —*Slatkin, M. H.*: Trends in the diagnosis and treatment of syphilis, M. Clin. of North America. 48: 823-846, 1965.
3. —La sífilis. Diagnóstico y tratamientos modernos. Publicaciones científicas No. 56. Organización Mundial de la Salud. Noviembre, 1961.
4. —*Kampmeier, R. H.*: The late manifestations of syphilis, M. Clin. of North America. 48: 667-698, 1964.
5. —*Fnuere, Pautrizel, Le Minor*: Como interpretar las reacciones serológicas. Ediciones Daimon, Barcelona, 1962,
6. —*Clark, E. G. and Danbolt, N.*: The Oslo Study of the natural course of untreated syphilis, M. Clin. North America. 48: 613-624, 1964.
7. —*Gillespie, E. J. and Brown, B. C.*: New laboratory methods in the diagnosis and management of syphilis, M. Clin. of North America. 48: 731-742, 1964.
8. —*Chediak, Haifa*: Estado actual de las reacciones de Kahn. Tesis de grado. La Habana, 1957.
9. —*Olansky, S.*: Late benign syphilis, M. Clin. of North America. 48: 653-667, 1964.
10. —Normas de epidemiología. Pags. 139-152. Pub. Ministerio de Salud Pública, 1962, República de Cuba.