

NEUROSIFILIS TODAVIA UN PROBLEMA CLINICO

M. GUZMAN

La sífilis sigue siendo la más importante de las enfermedades de transmisión sexual; a pesar de los programas de control que todos los países tienen, la entidad continúa burlando los mecanismos de vigilancia epidemiológica, diseminándose subterráneamente dentro de la población general, favorecida por factores como desconocimiento general del problema, urbanización de las comunidades, desempleo, libertad sexual, uso de anticonceptivos y explotación comercial del erotismo. En nuestra patología colombiana ocupa un lugar destacado entre las diez enfermedades transmisibles más importantes. Si a esto unimos el hecho cierto de que existe confusión en su diagnóstico y manejo terapéutico, encontramos la razón de por qué en nuestros días es posible ver con alguna frecuencia sífilis congénita y sífilis tardía, situaciones clínicas prevenibles en un alto porcentaje (1).

La sífilis es una entidad que solemos clasificar en adquirida cuando su mecanismo de transmisión es fundamentalmente sexual y congénita cuando es transmitida de la madre al feto; cualquiera que sea el estado de la sífilis materna, ésta siempre será transmitida al feto. La sífilis adquirida se suele dividir en dos grandes fases: aquella que cursa por debajo de un año desde el momento de su adquisición constituye la forma reciente con sus fases primaria, secundaria y latente reciente; aquella que sobrepasa el año de evolución corresponde a la fase tardía que puede ser latente o sintomática con manifestaciones clínicas de tipo cardiovascular, nervioso o presentar las formas gomosas benignas (2). La sífilis

congénita reproduce en el niño dos fases similares (2).

Lo interesante de esta presentación de la enfermedad son las implicaciones de su comportamiento biológico; en tanto que la fase reciente es rica en *T. pallidum*, altamente infectiva, curable sin secuelas, quedando el paciente nuevamente susceptible a la infección; la forma tardía es muy pobre en *T. pallidum*, no es infectiva y el tratamiento aunque erradica el agente etiológico no logra la recuperación del paciente por las lesiones destructivas permanentes que produce; estos pacientes no son susceptibles a la reinfección. Este comportamiento clínico es lo que hace tan dramáticamente importante el hecho de que la sífilis sea descubierta en su fase reciente, diagnosticada con precisión y tratada adecuadamente amputándole, de esta manera, la posibilidad de pasar a la fase tardía y de causar formas clínicas destructivas (3-6).

Puesto que la sífilis es un problema de salud pública, su manejo concierne a todos los profesionales de la salud y por lo tanto el conocimiento de los procedimientos diagnósticos debe ser del dominio de estos profesionales. Sabido es que sobre la sola base clínica es difícil hacer un diagnóstico preciso, toda vez que la entidad asume características que la hacen similar a muchas otras enfermedades y por ello los recursos de laboratorio son indispensables. Entre ellos, en primer término se cuenta con la visualización directa del *T. pallidum* mediante el sistema de campo oscuro. Ya que la visión de un solo *Treponema* establece el diagnóstico, ninguna institución de atención médica debería carecer de este recurso elemental (2). Por otra parte, las pruebas serológicas adecuadamente estandarizadas constituyen herramienta valiosa en el diagnóstico y manejo terapéutico de la entidad (7).

Dentro de las formas tardías de la sífilis posiblemente las más frecuentes sean las laten-

* Dr. Miguel Guzmán: Jefe Grupo de Inmunología, Instituto Nacional de Salud. Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Guzmán.

tes, que solo es posible descubrir mediante los estudios serológicos. Las formas sintomáticas son raras, pero, dentro de ellas ciertamente la neurosífilis no es infrecuente y en nuestra patología colombiana es la forma tardía más comúnmente vista. El *T. pallidum* afecta el sistema nervioso central muy precozmente, aun desde la forma reciente, y en la fase tardía es frecuente su ataque causando cuadros clínicos muy variables que con excepción, posiblemente, del tabes dorsal que tiene un cuadro clínico muy claro, los demás no pueden diagnosticarse con precisión sin el recurso del laboratorio (8, 9); por ello, el estudio del LCR es imprescindible y si se tiene en cuenta que ésta bien puede cursar asintomática, dicho estudio adquiere aún más trascendencia ya que su normalidad o anormalidad determina la conducta terapéutica.

En la neurosífilis, sintomática o no, el LCR muestra alteraciones, las más importantes son el aumento de linfocitos, el aumento de proteínas y la presencia de anticuerpos contra el *T. pallidum*, evidenciados por la prueba VDRL la cual es diagnóstica, ya que las reacciones falsas positivas frecuentes en suero, son excepcionalmente raras en LCR. Estos anticuerpos son sintetizados en el sistema nervioso central como resultado de la infección sifilítica y no un simple paso de anticuerpos séricos (10); se sintetizan a concentraciones muy bajas, razón por la cual la prueba VDRL en líquido, utiliza un antígeno sensibilizado y una técnica especial para captarlos. Esta prueba y el número de linfocitos constituyen los dos elementos diagnósticos más importantes (2). Otros recursos como las técnicas FTA-LCR y FTA-ABS son de tipo experimental y su utilidad diagnóstica en neurosífilis es controvertida (11).

La historia clínica completa y los estudios de laboratorio permiten con seguridad diagnosticar los cuadros de neurosífilis asintomática o sintomática.

En el presente número de Acta Médica Colombiana, Uribe y col (12) y Schiemann y col (13) presentan dos trabajos sobre neurosífilis, que ponen de manifiesto que esta entidad no es infrecuente; anteriormente

Uribe y col (14) habían estudiado e informado un considerable número de casos. En estos estudios se combina un buen análisis clínico, con un adecuado uso del laboratorio para llegar a un diagnóstico correcto. La situación de la neurosífilis traída a la atención del cuerpo médico de Colombia con la publicación de estos artículos hacen énfasis, una vez más, en que esta entidad continúa burlando los mecanismos de vigilancia epidemiológica y que serán necesarias acciones más coordinadas de la salud pública para descubrirla y tratarla en sus fases recientes. De otra manera, los esfuerzos ingentes de los programas de estandarización de los recursos diagnósticos, que venimos impulsando desde hace quince años en el Instituto Nacional de Salud, no serán más que eso, un esfuerzo y seguiremos viendo casos de sífilis congénita y casos de neurosífilis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MOSKOVITZ BL, KLIMED JJ, GOLDMAN RL, et al. Meningovascular syphilis after appropriate treatment of primary syphilis. Arch Intern Med 1982; 142: 139-140.
- 2.- GUZMAN MA. Sífilis. Diagnóstico y manejo serológico. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, 1983; Tercera Edición.
- 3.- CLARK EG, DANBOLT N. The Oslo study of the natural course of untreated syphilis. Med Clin North Amer 1964; 48: 613-623.
- 4.- MAGNUSON HI, THOMAS EW, OLANSKY S, et al. Inoculation syphilis in human volunteer. Medicine 1956; 35: 33.
- 5.- PARISER H. Infectious Syphilis. Med Clin North Amer 1964; 48: 625-636.
- 6.- KAMPMEIER RH. The late manifestations of syphilis: skeletal, visceral an cardiovascular. Med Clin North Amer 1964; 48: 667-697.
- 7.- SPARLING PF. Diagnosis and treatment of syphilis. N Engl J Med 1971; 284: 642-653.
- 8.- MERRITT HH, ADAMS RD, SOLOMON HC. Neurosyphilis. New York, Oxford University Press. 1946.
- 9.- SIMON RP. Neurosyphilis: an update. West J Med 1981; 134: 87-94.
- 10.- FELGENHAUER K, NEKIC M, ACKERMAN R. The demonstration of locally synthesized herpes simplex IgG antibodies in CSF by a sepharose 4 B linked enzyme immunoassay. J Neuroimmunol 1982; 3: 149-152.
- 11.- DAVIS LE, SPERRY S. The CSF-FTA test and significance of blood contamination. Am Neurol 1979; 6: 68-69.
- 12.- URIBE CS, MUÑOZ AI, ARENA A, ISAZA R. Mielitís sifilítica aguda. Acta Med Col 1987; 12: 87-88.
- 13.- SCHIEMANN J, OSUNA E, CAMACHO H y COL. Sífilis del sistema nervioso. Acta Med Col 1987; 12: 49-54.
- 14.- URIBE CS, ARENA A, BORREGO C, CORNEJO W. Estudio clínico y serológico de 22 pacientes con sífilis del sistema nervioso central. Acta Med Col 1985; 10: 125-129.