
WASSERMANN IRREDUCTIBLE

DOCTOR ALVARO SALCEDO GIL
BOGOTA

La Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía destinó durante el mes de mayo de 1932, bajo la presidencia del Profesor Pautrier, una sesión al estudio de las suerologías irreductibles.

Schulmann y Levy comenzaron, con muy buen criterio, por definir lo que debíamos comprender bajo el nombre de suerología irreductible. Podemos hablar de suerología irreductible, dicen ellos, cuando las reacciones continúan positivas a pesar de un tratamiento intenso durante dos años, por lo menos, en ausencia de todo accidente cutáneo o mucoso, de toda manifestación visceral apreciable, en especial de todo síntoma neurológico, siendo indispensable que la punción lumbar sea normal.

Moore en su libro "Tratamiento Moderno de la Sífilis", dice: el Wassermann de la sangre persistentemente positivo (Wassermann firme o Wassermann resistente) es el tésigo del médico. Algunos médicos entienden por el término de irreductible, aquellos casos en los cuales las pruebas suerológicas resultan siempre positivas durante toda la vida. Algunos otros usan la palabra irreductible, en relación con un cierto período de tiempo o con un cierto lapso de tratamiento. Para llegar a algún convenio de la discusión, se puede entender por Wassermann irreductible, según los norteamericanos, en la sífilis inicial, aquellos casos en los cuales las pruebas no han venido a ser negativas después de seis meses de tratamiento y en la sífilis tardía, cuando no se han hecho negativas después de doce meses de tratamiento.

Se desprende claramente de lo que acabamos de ver que hay una gran diferencia de apreciación entre lo que consideran como Wassermann resistente, los norteamericanos y los europeos. Creemos que nosotros también debemos adoptar alguna definición acerca de lo que debemos considerar como Wassermann irreductible, para poder seguir un tratamiento apropiado. Entenderemos por Wassermann irreductible en la sífilis inicial, aquellos casos que han alcanzado la mitad del tratamiento indicado por nosotros, sin que las reacciones suerológicas se hayan negativizado, en ausencia de accidentes secundarios, de manifestaciones viscerales, de síntomas neurológicos y con un líquido céfaloraquídeo absolutamente normal; en tiempo vendría a corresponder a siete meses y en cuanto al tratamiento mismo, al final de la tercera serie de bismuto, del esquema antes dicho. Hasta el momento, en el

Consultorio Externo Nº 1 del Instituto de Higiene Social, no se ha presentado ningún caso de irreductibilidad ni siquiera lo que pudiéramos llamar semi-irreductibilidad, con el tratamiento que hemos seguido, en los casos de sífilis inicial.

En cuanto se refiere a la sífilis latente o tardía, podemos considerar como irreductibles aquellos casos en los cuales la suerología sigue positiva, después de terminar el tratamiento por nosotros aconsejado, cuya duración total, como sabemos, es de catorce meses, y que incluye 10 series de medicamentos, de las cuales 5 son de neo-salvarsán y 5 de una sal de bismuto, con un total de 11 Wassermann persistentemente positivos, claro está que en ausencia de síntomas neurológicos, de síntomas viscerales apreciables y siendo la punción lumbar normal; es el caso de la historia Nº 173.

Muchos autores han criticado el nombre de *irreductible*, prefiriendo los de *resistente* o de *rebelde*. La frase en ausencia de todo accidente, ha hecho que muchos sifilógrafos, entre otros Hudelo, se preguntaran si podemos afirmar semejante cosa. Antes de la punción lumbar no se sospechaba la posibilidad de la sífilis meníngea latente y, no obstante, en evolución. Quizás en estos casos de suerología llamada irreductible, existen lesiones en evolución, que desconocemos y que explicarían en la mayor parte de los casos estas suerologías irreductibles. ¿Cuál es la frecuencia de estas suerologías rebeldes? Según las estadísticas extranjeras, vendría a ser de un uno a dos por mil. Entre las 772 historias del Consultorio Externo Nº 1, que hemos estudiado con detención, solamente hemos encontrado una historia que reúna todas las condiciones necesarias, para poder sus reacciones suerológicas ser consideradas como irreductibles. Las otras dos historias que aquí presentamos pueden ser consideradas como de suerología semi-irreductible, ya que no reúnen las condiciones necesarias para ser consideradas como tales, desde luego que no han completado el tiempo necesario, entre otras cosas. La historia Nº 188 nos muestra, de una manera clara, las modificaciones que puede sufrir un tratamiento que ha sido seguido de una manera constante y al mismo tiempo nos indica que no debemos apresurarnos a cambiar de tratamiento, ni a intentar aplicaciones sino hasta cuando se hayan llenado los requisitos que nosotros proponemos. El Wassermann solamente se hizo negativo nueve meses después de iniciado el tratamiento.

La parte tal vez más importante de las suerologías rebeldes, se refiere a la explicación de las mismas: cómo explicar esta irreductibilidad. Muchas son las hipótesis emitidas. Ante todo, la existencia de un foco treponémico en evolución o un nido de treponemas momentáneamente encapsulados. Pero los resultados de los exámenes suerológicos no tienen nada de específico y no están en relación con la existencia en el organismo, de una cantidad mayor o menor de treponemas.

Otros autores, inclusive algunos médicos colombianos, han recriminado el exceso de colesiterina en la sangre, pero no todos los hiper-

coolesterinémicos tienen un Wassermann positivo. En un estudio reciente hecho en los Estados Unidos de Norteamérica, en sangres de una gran cantidad de señoras embarazadas (hipercoolesterinémicas) pero que no tenían antecedentes específicos, las reacciones dieron un resultado que oscilaba entre el 99% y el 100% de negatividad, según los laboratorios. Cabanis y otros han dicho que la cantidad de colesiterina aumenta en la sangre, bajo la influencia de un tratamiento arsenical, y sin embargo, como lo hemos visto en el Consultorio Externo N° 1 de este Instituto, las suerorreacciones se han hecho negativas, en un porcentaje muy elevado, después de haber terminado la primera serie arsenical. Algunos autores, entre los que se encuentran Percy y Resner, han reducido la suerorreacción rebelde, administrando a los pacientes colesiterina.

Según Ravaut y otros autores, tal vez puede pensarse en una secuela definitiva, irreductible, comparable a un estado cicatricial. Según otros, se trataría de un estado coloidal anormal, definitivamente adquirido, pero sin una relación directa con la infección sífilítica, quizás una hiperfloculación del suero, pero cuyas causas son absolutamente desconocidas.

Algunos aseguran que la irreductibilidad suerológica depende en cualquier estado de la infección sífilítica, de la prueba serológica empleada y que probablemente desaparecerá con los adelantos de la técnica de laboratorio.

La Cooperativa Clínica Norteamericana estudió el asunto del Wassermann irreductible en la sífilis inicial, y concluyó: que dependía únicamente de la clase de tratamiento empleado. Casi nunca se presenta cuando se ha seguido un tratamiento continuo. El porcentaje se eleva cuando se ha seguido un tratamiento intermitente, aun con curas intensas. Las historias de los pacientes que presentamos, nos indican que los enfermos habían sido tratados anteriormente con un tratamiento intermitente e insuficiente.

Al lado del tratamiento empleado o de los intervalos entre las curas, el único factor descubierto, para que sea responsable del Wassermann resistente, es un ataque del sistema nervioso central. Aquí en este caso la coincidencia del Wassermann positivo está en relación directa con las anormalidades del líquido céfalo-raquídeo (sífilis nerviosa latente). De esto se desprende claramente que en aquellos casos de sífilis inicial, en los cuales después de haberse cumplido el plazo del tratamiento fijado, para ser considerados como irreductibles (fin de la tercera serie de bismuto, según nosotros), se debe pensar en la posibilidad de una sífilis nerviosa asintomática o sífilis nerviosa latente, y como consecuencia se debe hacer inmediatamente un examen del líquido céfalo-raquídeo, en aquellos pacientes en los cuales por cualquier motivo no se les hubiera efectuado al final de la segunda serie arsenical.

De los detenidos estudios hechos por Stokes, Busman y Lord, se desprende que la mayor parte de los pacientes que presentan una sue-

rología irreductible, han tenido lesiones definidas y que afectan en orden de frecuencia: el sistema nervioso central, el aparato cardiovascular y los huesos. Sigue en frecuencia un número considerable de pacientes de sífilis tardía congénital, algunos de los cuales presentan también lesiones de los huesos, pero en la mayoría de los cuales ninguna lesión es descubierta. En muchos casos existe un ataque de más de un órgano o de un sistema, por ejemplo, lesiones del sistema nervioso central y sífilis cardiovascular, o sistema nervioso central y sífilis ósea; algunas veces están atacados todos tres a la vez.

Los últimos estudios salidos de la Clínica de Johns Hopkins, pero cuyos datos al respecto no están completamente demostrados, nos indican que existen algunos casos de Wassermann irreductible, en pacientes que presentan varios tipos de infección sífilítica, a pesar de haberseles dado un tratamiento moderno y bien conducido.

Desde el punto de vista del *pronóstico*, algunos consideran, entre otros Marchionini y Rošt, estas suerorreacciones rebeldes como sin importancia, pero no ocurre lo mismo con la mayor parte de los autores que ven en ellas un indicio de una infección en evolución y por consiguiente que debe hacerse un pronóstico reservado.

Exceptuando la asociación del Wassermann irreductible y de la sífilis nerviosa latente, parece que no hay otras relaciones entre ésta y la lesión original o con las recaídas en general, o con un tipo especial de recaídas. Kemp y Moore han presentado la evidencia, que las recaídas y en especial las recaídas infecciosas cutáneas o mucosas son menos frecuentes en aquellos pacientes de sífilis inicial, cuyo Wassermann cae lentamente, que en aquellos que tienen una tendencia opuesta: como pasa en la sífilis secundaria seronegativa o prematuramente negativa.

Los norteamericanos, al Wassermann irreductible de la sífilis inicial, lo llaman "Wassermann entretenedor", pero no hay evidencia de que en la sífilis inicial, el Wassermann irreductible sea de un pronóstico grave para el porvenir del paciente. Algunos de ellos parecen permanecer clínicamente bien, en una proporción alta, como en aquellos en los cuales las reacciones suerológicas se hicieron negativas desde el principio del tratamiento. Según algunos observadores, estos cursos de la sífilis inicial se deben a un alto grado de resistencia del paciente en frente de la infección, mas bien que a una persistencia de organismos virulentos en sitios inaccesibles de los tejidos vivos, teoría que, como podemos observar, no está de acuerdo con las teorías francesas al respecto.

En resumen, sabemos muy poco de la naturaleza y de la causa o causas de estas suerologías irreductibles.

Claramente se ve que del modo como se considere el pronóstico, se desprenderá el tratamiento que se debe seguir. Los que no ven en estas suerorreacciones rebeldes ningún signo de gravedad, consideran inútil seguir el tratamiento; algunos prefieren correr el albur de las intoxicaciones, intensificando el tratamiento antisifilítico, (Chevalier). La

mayor parte de los autores están de acuerdo en continuar uno de los tratamientos antisifilíticos clásicos.

Hubschmann asocia las preparaciones azufradas (Colloidal mercury sulphide al 2% o el tiosulfato de soda) con los preparados antisifilíticos corrientes. Talón, discípulo de Ravaut, pondera los maravillosos resultados obtenidos con el hiposulfito de soda. Este autor cree que los efectos del hiposulfito de soda no parecen ser debidos al azufre, sino a sus propiedades desensibilizantes. En algunos casos. Dujardin ha obtenido buenos resultados con la proteínoterapia. Emery y Fuchs, con la electropirexia. Entre las proteínas que han sido usadas, se encuentran el suero de caballo, la leche, la peptona, aplicadas en inyecciones intradérmicas cada ocho días. Algunos otros, producen reacciones intensas con vacunas: Tífica, Dmelcos, con propidón. Usan la trementina, el nucleinato de soda, el exametileno entetramina en solución coloidal, le phlogetán en inyecciones subcutáneas, algunos otros usan también con muy buen éxito, la malaríoterapia. Todos estos procedimientos obran por el mismo mecanismo de la proteínoterapia; ninguno es específico.

El Wassermann irreductible de la sífilis tardía es de un gran interés para el médico y a juzgar por la escasa literatura que existe a este respecto, probablemente por el porcentaje tan bajo de casos que se presentan, la cuestión que más interesa al sifilógrafo es, sin duda alguna, lo siguiente: ¿qué se debe hacer en frente de un paciente con Wassermann irreductible? ¿En qué momento se debe modificar el tratamiento para tratar la irreductibilidad? Cada año un gran número de publicaciones se hacen en la prensa para sugerir la conveniencia de usar tal o cual droga, o éste o aquél método de terapéutica no específica, para los pacientes con Wassermann irreductible. De todo esto se desprende, como lo dijimos atrás, que no existe tratamiento especial para estos casos y que debemos obrar lo más inteligentemente posible hasta nueva información sobre las causas ciertas del Wassermann irreductible y de su verdadera significación para el futuro del paciente.

En la gran mayoría de los enfermos con sífilis inicial, cuyo Wassermann irreductible está de acuerdo con la definición que hemos dado, con un líquido céfalo-raquídeo normal, claro está, y en los cuales se sigue el tratamiento más allá, las pruebas vienen a ser negativas, generalmente después de un año. De este hecho importantísimo se desprende que no debemos suspenderle el tratamiento a ningún enfermo que haya presentado un Wassermann irreductible, sino al menos doce meses después de haberse negativizado las reacciones suerológicas y de haber seguido un tratamiento continuo, de modo que se puede sentar el siguiente postulado: *Después de que el Wassermann se ha hecho negativo, el tratamiento debe ser continuado por un año completo.*

Algunos sostienen que el Wassermann irreductible es un compañero de los casos graves de sífilis. Lo más importante de todo es no intentar modificaciones en el procedimiento de tratamiento para reducir

el Wassermann a negativo; resulta mejor investigar cuidadosamente la o las causas que están produciendo o mejor, sosteniendo, esa irreducibilidad del Wassermann. En el caso de que un primer examen no haya demostrado ninguna lesión especial, es absolutamente necesario hacer un nuevo examen, extremadamente cuidadoso, haciendo hincapié particularmente en los sistemas cardiovascular, óseo y nervioso central. El examen radiológico del aparato cardiovascular, debe ser hecho, para estar seguro de que no se ha pasado por alto una dilatación de la aorta, en los primeros exámenes. Los huesos que son accesibles deben ser cuidadosamente palpados, no olvidando el tabique nasal, porque es un hecho que pudiéramos llamar curioso, que una lesión gomosa relativamente trivial de este hueso de la nariz, es la responsable de un Wassermann irreducible, y cualquier rugosidad o endurecimiento debe ser estudiado por medio de los rayos X. El líquido céfalo-raquídeo debe ser examinado; no hay que olvidar que la neurosífilis, generalmente, es asintomática. Antes de hacer todos estos exámenes cuidadosos, no es recomendable discutir acerca de lo que se debe hacer.

Si la causa aparente de la persistencia del Wassermann irreducible, es debida a una lesión del aparato cardiovascular, visceral, o del sistema nervioso central, el tratamiento que se debe seguir es el adecuado para estos casos y no se debe prestar atención al hecho de que la sangre siga siendo positiva. El desiderátum no es en este caso hacer el Wassermann negativo, sino aliviar, detener o mejorar la sintomatología de la enfermedad, previniendo la progresión clínica y prolongando la vida. Si estos puntos son llenados, no importa que las reacciones serológicas sean negativas o positivas.

Si la causa aparente es una sífilis cutánea, ósea o tardía congénital, pero sin ninguna evidencia de sífilis cardiovascular, visceral o del sistema nervioso, el paciente puede ser mirado como de la misma categoría de aquellos pacientes de sífilis latente. Las lesiones que presentan curan rápidamente y la frecuencia de las recaídas no es más frecuente que en aquellos pacientes que no presentan un Wassermann irreducible. El tratamiento debe seguirse en la mayor parte de los casos sobre la base de lesiones aún no aparentes; la razón de esto es que el Wassermann irreducible se presenta antes de que se hayan presentado las manifestaciones clínicas de la enfermedad (cardio-vascular, visceral y del sistema nervioso central). El tratamiento del Wassermann irreducible de la sífilis tardía congénital, ósea o de la sífilis latente, debe ser prolongado, no por las lesiones que padece actualmente el paciente, sino por las que seguramente irá a presentar si se deja de tratar concienzudamente. Es una costumbre en muchas clínicas de Norteamérica, tratar estos pacientes por un período no menor de dos años con Aisfenamina (606) y un metal pesado alternado. Ningún intento es hecho para hacer descender el Wassermann: siguen utilizando no más que las drogas usuales, nada de intensificación de tratamiento o de adopción de medios no específicos como la fiebre terapéutica.

Al completar los dos años de tratamiento, el enfermo es puesto en observación, como si la respuesta del Wassermann hubiera sido muy satisfactoria. Es necesario un examen físico periódico de por vida, en especial del aparato cardiovascular. Es bastante curioso el hecho de que en los casos benignos de Wassermann irreductible, especialmente en los casos de sífilis latente, pero también en la ósea y en la congénital, hay una tendencia muy marcada del Wassermann a hacerse espontáneamente negativo, después de la cesación del tratamiento.

Refiriéndonos a este caso, especialmente, en el cual no encontramos manifestaciones clínicas de ninguna naturaleza, es lógico preguntarnos: ¿Qué vamos a hacer con este caso clásico de Wassermann irreductible? Nosotros aconsejaríamos: 1º Como no se le ha hecho aún un examen del líquido céfalo-raquíneo, hacérselo inmediatamente para despistar una sífilis nerviosa latente; 2º, un examen radiológico del aparato cardiovascular; 3º, un examen cuidadoso de todas las vísceras; 4º, un examen de los huesos, completado, si es el caso, con un examen radiológico. Si alguno de estos o varios de estos sistemas se encuentra lesionado, entonces se debe seguir el tratamiento apropiado a cada caso en particular.

Ahora, si estos exámenes son negativos, se puede pensar en dos cosas: o en seguir la escuela de los que sostienen que se debe hacer bajar el Wassermann, con cualquiera de los medios que ya hemos visto; o, 2º, seguir con el tratamiento continuo hasta completar dos años de tratamiento y suspenderlo, dejando al paciente en observación de por vida.

Nos parece que lo que debemos hacer es continuar el tratamiento continuo, hasta completar dos años, ensayando al mismo tiempo alguno de los tratamientos no específicos como la electropirexia, o el hiposulfito de soda, que tienen la ventaja sobre los otros métodos indicados atrás, de no producir trastornos generales, como los producidos por el Dmelcos, la vacuna tífica, etc., métodos a los cuales no se sometería este paciente, y nosotros creemos que tampoco la mayor parte de los pacientes.

En el caso de que no se haga negativo con estos medios, entonces debemos suspenderle el tratamiento y dejarlo en observación de por vida; en el caso contrario, según el postulado que sentamos atrás, se le debe continuar el tratamiento hasta completar un año de negatividad.

Para terminar, diremos algunas palabras referentes al Wassermann *irreductible* y a sus efectos psicológicos sobre el paciente. Los individuos sífilíticos inteligentes, teniendo en frente de sí un período de tratamiento, medido generalmente en años, insisten en exigir alguna evidencia tangible de la marcha de su tratamiento. Después de que sus lesiones han desaparecido, la única escala que les puede servir para medir la marcha de su tratamiento, son las reacciones serológicas. Seguramente necesitan saber los resultados de los exámenes de su sangre, hechos durante el tratamiento y por esa razón preguntarán cada vez:

¿cuántas cruces hay todavía? Y como consecuencia se desesperarán generalmente por la persistencia del Wassermann positivo, que los hace deprimidos y pesimistas para el futuro; o bien desalentados por su aparente falta de fuerza para la lucha, resuelven abandonar el tratamiento, sin que aún se les haya administrado el minimum de drogas que se les debe dar. Es necesario explicar, en detalle, el asunto al paciente: decirle que en su sífilis, en cada caso, sea cardiovascular, visceral o del sistema nervioso, el punto de mira no es el Wassermann irreductible, sino que está basado íntegramente en el sostenimiento de la salud física; explicarle si tiene sífilis ósea, latente o tardía congénital, la necesidad de prolongar el tratamiento y la subsecuente observación desde el punto de vista de la profilaxia para el futuro. En todo caso es necesario hacerle notar que un Wassermann resistente de la sangre, no es incompatible con una buena salud y una larga vida. También, y esto es muy importante, que cuando el Wassermann individual es irreductible, pero después de haber seguido un tratamiento apropiado, se puede contraer matrimonio y tener hijos, sin peligro de transmitirle la infección ni a ellos, ni a la esposa, exactamente lo mismo que si el Wassermann hubiera venido a ser, desde el comienzo, permanentemente negativo.

Bogotá, agosto 31 de 1935.

Alvaro Salcedo Gil,

Practicante interno del
Instituto de Higiene Social.

