

Reacciones de Eagle Vdri y Kahn en Lepra (*)

Por Arnoldo Castro Jenkins

Director del Laboratorio Ministerio de Salubridad Pública, San José de Costa Rica.

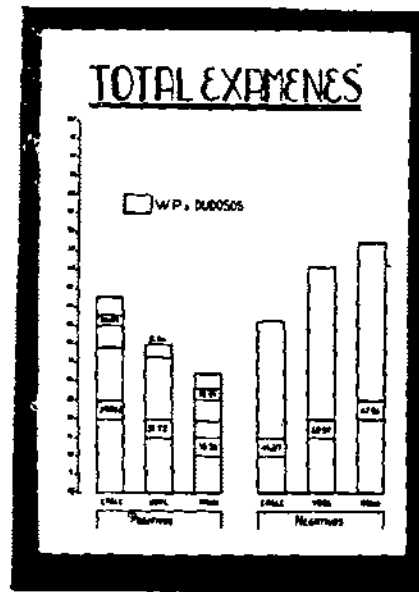
Cuando en febrero de 1949 tuvimos el agrado de recibir en nuestros Laboratorios a los personeros de la Oficina Sanitaria Panamericana, Srta. Genevieve Stout y Dr. Juan M. Funes, tuvimos la oportunidad de observar por primera vez la práctica de la reacción de VDRL, ya que en ocasión de la visita del Dr. Portnoy y del Dr. Funes a nuestros laboratorios, un año antes, no estábamos nosotros al frente de los mismos.

Nos fué muy oportuno el arribo del antígeno y de la técnica de VDRL, por el hecho de que para esos días disponíamos de un lote de antígeno de Eagle de una sensibilidad muy alta y en cambio uno de Kahn que se comportaba todo lo contrario, es decir, con una sensibilidad muy baja. Ambos eran de la Casa Difco. Así, la llegada del antígeno de VDRL nos puso en claro el por qué de las discrepancias que a menudo se nos presentaban con la práctica de aquellas dos reacciones.

Como desconocíamos que hubiera publicaciones con respecto a la práctica de la reacción de VDRL en Lepra, desde un principio fué nuestro afán hacer un "survey" serológico en nuestro Sanatorio Nacional de las Mercedes, haciendo un estudio comparativo de las tres reacciones que nos era dable practicar. En mayo del año 1949 nos trasladamos al Sanatorio de Lepra y ahí obtuvimos muestras de 128 pacientes.

Los resultados obtenidos en la totalidad de los pacientes están representados en la Gráfica N° 1. Se nota, en primer lugar, que la incidencia de positivos en nuestros enfermos es menor que la reportada por otros autores, lo que para nosotros es un reflejo de las buenas condiciones, en cuanto a Lepra se refiere, de nuestros asilados. Se nota, asimismo, un hecho que se repetirá casi invariablemente a lo largo del trabajo: una escala descendente en positividad, Eagle, VDRL, Kahn, no sólo observada en Lepra sino también en reacciones de casos comprobados de Sífilis, con o sin tratamiento, por lo cual no atribuimos esa mayor o menor positividad a una mayor o menor especificidad, sino únicamente al hecho apuntado, de la diferente sensibilidad de los

(*) Trabajo presentado al III Congreso Centro-Americano de Venereología.

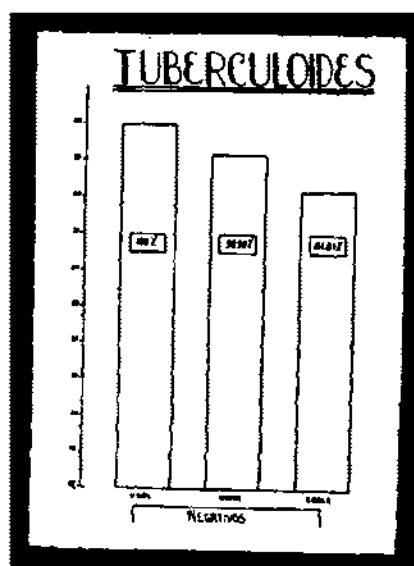


Gráfica N° 1

antígenos de Eagle y de Kahn. En otros falsos positivos, como por vacuna antivariolosa, paludismo, etc. la escala descendente la observamos sólo de Eagle a Kahn, ya que el VDRL nos dió siempre resultados más específicos.

La gráfica N° 2 nos muestra la incidencia de negatividad de las reacciones en casos de Lepra Tuberculoide; fué muy interesante para nosotros encontrar que el 100% de los casos dieron reacción negativa con VDRL, superando así al Kahn que siempre dió más reacciones negativas por las razones expuestas. Si bien el hallazgo es muy interesante y de acuerdo a lo reportado por otros autores de una mayor negatividad en Lepra Tuberculoide, el reducido número de casos (once) hacen que este hecho quede sujeto a una mayor investigación.

Como una anotación al margen de esos hallazgos en el Sanatorio, queremos decir que en el Dispensario de Lucha contra la Lepra hemos seguido practicando las tres reacciones a los enfermos Tuberculoides ambulatorios y hasta la hora hemos controlado siete casos más, entre los cuales hemos encontrado un paciente con Eagle positivo, otro con Kahn positivo y ninguno con VDRL; esto nos da una positividad del 16.66% con Eagle y de 11.11% con Kahn. No obstante que el número de casos si-

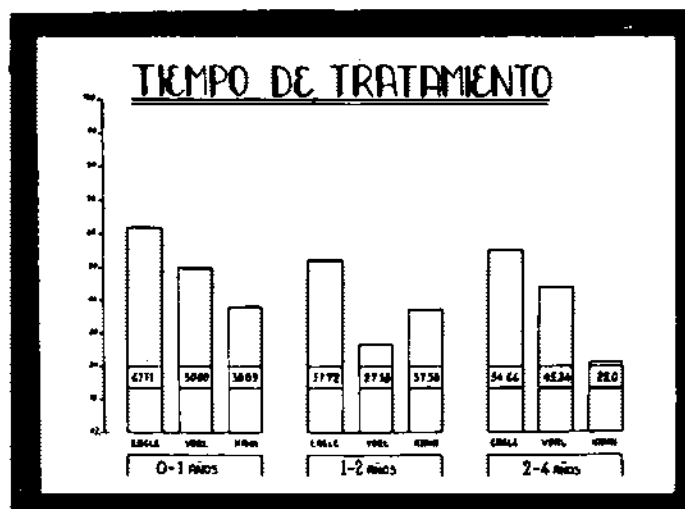


Gráfica N° 2

que siendo muy reducido, dieciocho, este hallazgo nos lleva a formular la siguiente pregunta: a menor producción de reagina. Lepra Tuberculoide, podremos esperar una especificidad 100% del antígeno más específico, en este caso el VDRL?

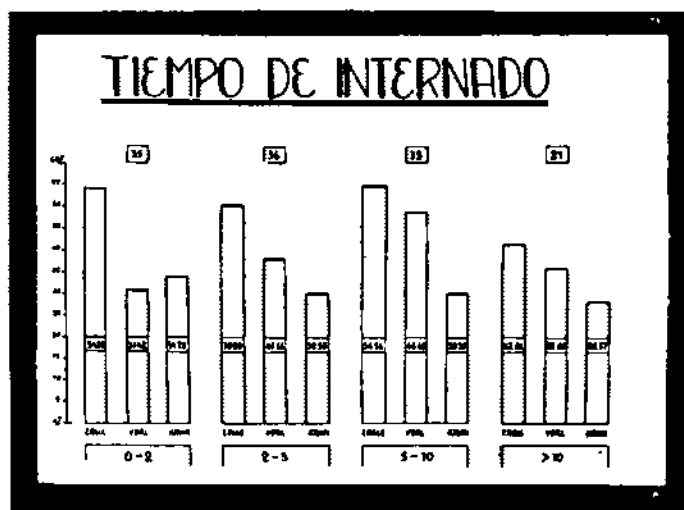
En la gráfica siguiente y en las que le siguen, hemos tomado bajo la clasificación de "Positivos", los positivos débiles (W. P.) o dudosos y los positivos francos.

En la Gráfica N° 3 hemos relacionado la positividad de las reacciones con el tratamiento, pero únicamente en lo que se refiere a las sulfonas, de tal forma que los tratamientos más viejos datan de cuatro años atrás cuando se introdujeron las sulfonas en nuestro Sanatorio de Las Mercedes. Hemos dividido el tiempo de tratamiento en tres grupos, a saber: de 0 a 1 año, de 1 a 2 años, y de 2 a 4 años. Si bien se podría esperar una menor positividad en las reacciones de este grupo, el último, vemos que es mayor que el 2°, lo cual tiene dos causas justificativas: a) entre los que tienen 4 años de tratamiento se encuentran todos los casos más avanzados de la enfermedad y, b) en el grupo anterior, de 1 a 2 años de tratamiento se encuentran una serie de casos descubiertos y diagnosticados en etapas iniciales de la enfermedad, y para nosotros a ello se debe la menor incidencia de positi-



Gráfica N° 2

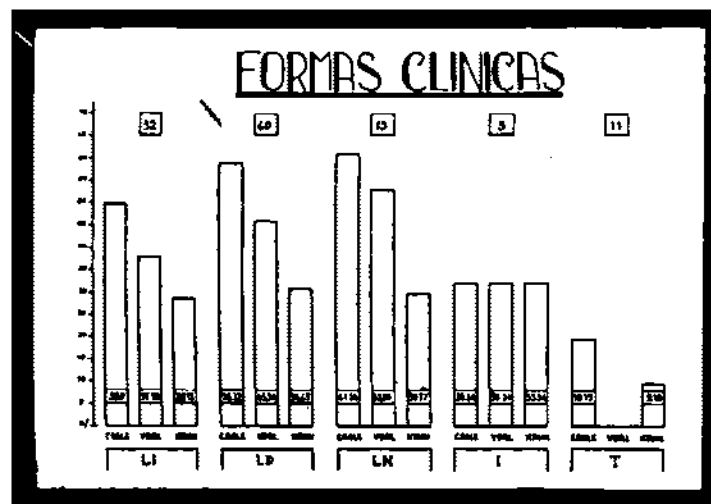
vos en dicho grupo. Es también notorio, en este grupo de enmedio, que no se repite el hallazgo continuo de una mayor positividad con VDRL que con Kahn; a este respecto nos permitimos conjeturar que dada la buena condición de muchos de los pa-



Gráfica N° 4

cientes de ese grupo, se puede esperar una mayor especificidad de la reacción de VDRL con relación a las otras.

En la Gráfica N° 4 tenemos representada la positividad de las reacciones en relación al tiempo internado. Vemos en el primer grupo, de 0 a 2 años, se repite el mismo fenómeno de la gráfica anterior, es decir, una menor positividad con VDRL que con Kahn, lo que atribuimos a la buena condición de algunos pacientes de es grupo; por otra parte, no se notan diferencias grandes entre los tres primeros grupos y sí un descenso en el cuarto y último donde están incluidos los pacientes con más de 10 años de internado. En un principio resultó un tanto confuso para nosotros dicho hallazgo, pues, precisamente se encuentran en ese grupo todos los casos viejos y que son los más avanzados y por tanto se podría esperar una mayor positividad que en los grupos anteriores; la explicación llegó cuando realizamos que dicho grupo comprende la mayoría de los casos de Lepra Tuberculoide (cinco) y a ello se debe, exclusivamente, la menor positividad. En efecto si de los 21 casos comprendidos en este grupo restamos 5 casos tuberculoides, tenemos que la positividad con el Eagle sube a 56%, con Kahn a 37% y con VDRL a 50%, más alta cualquiera de ellas que las halladas en los grupos anteriores. En la gráfica en que se relaciona la positividad al tiempo del tratamiento (la anterior) no encontramos el mismo fenómeno, de una mayor negatividad sino todo lo contrario, precisamente porque



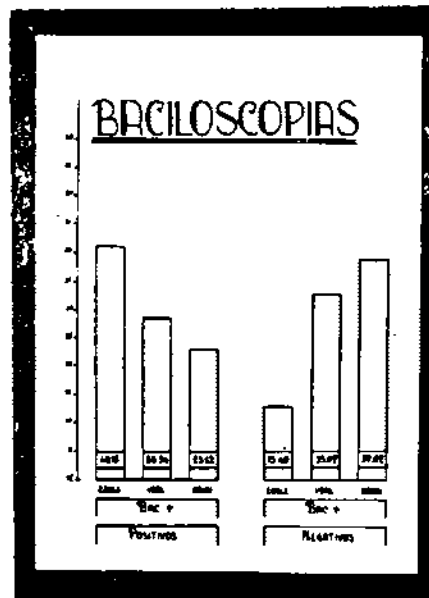
Gráfica N° 5

esos casos no entran en consideración en esa gráfica por no tener tratamiento.

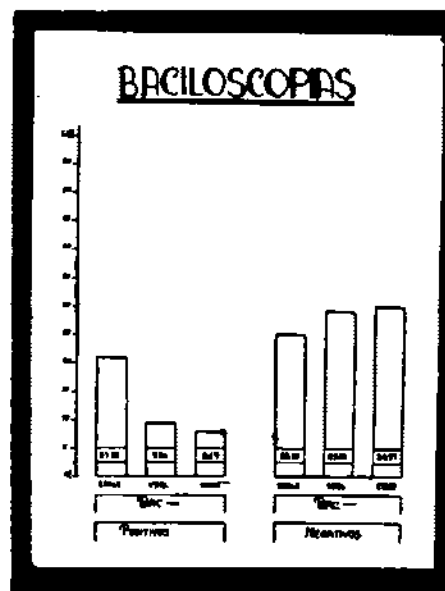
En la Gráfica N° 5 vemos representados nuestros hallazgos relacionando la positividad de las reacciones a las formas clínicas de la enfermedad; si bien está muy de acuerdo la positividad en relación a grado de severidad en lo que se refiere a las tres formas clínicas principales, primero Lepromatosa, luego Indiferenciada y por último Tuberculoide, cabe hacer notar que con relación a las formas indiferenciadas, no se puede llegar a ninguna conclusión en este presente trabajo, ya que dispusimos de sólo tres casos incluidos en esa clasificación, uno de los 3 dió positivo con las tres reacciones siendo los otros 2 negativos. Si es importante, por la relación que tiene con las conclusiones de las últimas gráficas, el hecho de que el paciente con reacciones positivas sea Indiferenciado Positivo por Bacilos de Hansen, siendo los otros 2 casos de Baciloscopia Negativa.

Muy interesante es el hecho de que en la forma Lepromatosa Nodular, la más benigna de las formas lepromatosas, encontremos una mayor incidencia de positivos; nos permitimos atribuir el hallazgo al hecho de que son precisamente esos enfermos los más difíciles de negativizar en sus baciloscopías, pues los bacilos se encuentran encapsulados en los nódulos y es muy difícil llegar a ellos con el tratamiento. Como veremos en las gráficas siguientes, guardan estrecha relación la positividad en las reacciones con la positividad a Bacilos de Hansen. En base de esas apreciaciones se podría esperar siguiera en la escala descendente de positividad la forma Lepromatosa Infiltrativa, la siguiente en cuanto a gravedad de la enfermedad se refiere y a negativización de la Baciloscopia ya que es más grave que la Nodular pero menos que la Difusa y negativiza primero que aquella pero después de esta última; mas la gráfica nos muestra un cuadro diferente; sigue en incidencia de reacciones positivas la Lepromatosa Difusa y atribuimos esa mayor positividad a la mayor cantidad de casos viejos y muy avanzados entre los Lepromatosos Difusos, casos que como hemos visto nos dan la más alta positividad en las reacciones, aun a despecho de mayor tratamiento.

En la 6a. y 7a. gráficas hemos relacionado los resultados de las reacciones serológicas a la positividad o negatividad de las Baciloscopías por Bacilos de Hansen. Vemos en primer término la relación que existe entre reacciones positivas y Baciloscopías positivas, con un porcentaje de más del doble del encontrado para reacciones positivas y Baciloscopías negativa (N° 7). Las reacciones negativas encontradas en individuos negativos por Bacilos de Hansen, superan en mucho a aquellas positivas del mismo grupo (N° 6). En cuanto a las reacciones negativas con ba-



Gráfica Nº 6



Gráfica Nº 7

ciloscopías positivas (Nº 7), nos dan nueva idea de la sensibilidad de los antígenos, pues las menos son con Eagle, luego con VDRL y las más con Kahn.

Sumario y Conclusiones:

1º) Encontramos un alto por ciento de sero-reacciones para sífilis positivas en Lepra, pero en menor grado que lo reportado por otros autores. El Eagle nos dió siempre una mayor positividad, siguiendo el VDRL y luego el Kahn, hecho de que para nosotros en modo alguno habla de la especificidad de esas reacciones, en especial con relación a las dos últimas, sino que tiene su explicación en base de la alta sensibilidad del primero de esos antígenos y la muy baja del último de ellos en los lotes que disponíamos; este hallazgo no fué patente sólo en Lepra sino en todas las reacciones de rutina.

2º) Basados en los casos benignos de Lepra Lepromatosa, y en los casos de Lepra Tuberculoide, suponemos una mayor especificidad para el VDRL en esta enfermedad.

3º) Aunque sujeto a una mayor investigación por el pequeño número de casos de Lepra Tuberculoide, fué muy interesante encontrar un 100% de negativos con reacción de VDRL en esta entidad clínica.

4º) Se relacionan los resultados de las reacciones serológicas con el tiempo de tratamiento con sulfonas y el tiempo de internado y se hacen algunas observaciones al respecto.

5º) También relacionamos los resultados serológicos a las distintas formas clínicas de Lepra y encontramos: a) Una mayor incidencia de positivos en la forma Lepromatosa, siguiendo la Indiferenciada y luego la Tuberculoide es decir, en escala descendente de acuerdo a la gravedad de la enfermedad. b) Se encuentra una mayor positividad a las reacciones en casos de Lepra Lepromatosa Nodular y consideramos sea debido al hecho de que son esos casos los más difíciles de negativizar en sus Baciloscopías por B. Hansen.

6º) Encontramos marcada correlación entre la positividad de las reacciones y las positividades a Bacilos de Hansen asimismo, como entre negatividad de una y otra.

Agradecimiento

Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a la Srta. Genevieve W. Stout por el suministro de Antígeno de VDRL, por sus indicaciones y sus gentilezas y al Dr. Arturo Romero López, Director de la Lucha contra la Lepra y del Sanatorio Nacional de las Mercedes, por su valiosa ayuda e interesantes sugerencias.
